

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**MAGISTERSKÉ / PREZENČNÍ STUDIUM  
2012 – 2014**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Lenka Heřmanová

Vliv prvků expresivní terapie na rozvoj osobnosti žáků s mentálním  
postižením a jinými poruchami duševního vývoje

**Praha 2014**

**Vedoucí diplomové práce:**  
PhDr. Olga Opekarová, PhD.

**JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE**

**MASTER/FULL-TIME STUDIES  
2012 - 2014**

**DIPLOMA THESIS**

Lenka Heřmanová

The influence of the elements of expressive therapy on the  
personality development of pupils with mental disabilities and other  
associated developmental disorders

**Prague 2014**

**The Diploma Thesis Work Supervisor:**  
PhDr. Olga Opekarová, PhD.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V..... dne .....

*Jméno autorky .....*

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce PhDr. Olze Opekarové, PhD. za velkou trpělivost, toleranci, odborné vedení, cenné připomínky a čas, který mi věnovala při sepisování předkládané práce.

Můj dík v neposlední řadě patří i rodičům žáků s poruchami autistického spektra a speciálním pedagogům ze základní školy speciální za ochotu při poskytování informací pro výzkumnou část práce.

## **Anotace**

Předkládaná diplomová práce se zabývá vlivem prvků expresivní terapie na rozvoj osobnosti žáků s mentálním postižením a dalšími přidruženými poruchami duševního vývoje. Práce je rozdělena na dvě části, tzn. na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je charakterizován jedinec s mentálním postižením, včetně klasifikace etiologie a diagnostiky kategorie mentální retardace a dalších přidružených poruch duševního vývoje, které mohou být diagnostikovány u jedinců s mentálním postižením. Teoretická část se zabývá i dílčími vlastnostmi i schopnostmi jedinců s mentálním postižením, jako jsou např. komunikační dovednosti, emocionalita a pozornost. Závěr teoretické části je věnován terapeutickým postupům využívaných ve speciálně pedagogické praxi s podrobnější analýzou expresivních terapií. Cílem práce bylo zkoumání vlivu prvků expresivních terapií na rozvoj osobnosti žáků s mentálním postižením a přidruženými dalšími poruchami duševního vývoje, zejména vlivu popisovaných terapeutických postupů na vývoj dílčích aspektů osobnosti vybraných respondentů. V praktické části diplomové práce bylo provedeno výzkumné šetření u vybraného vzorku respondentům – s mentálním postižením, Downovým syndromem a některým typem pervazivních vývojových poruch, resp. autismem.

## **Klíčové pojmy**

Autismus, expresivní terapie, Downův syndrom, kazuistika, mentální postižení, muzikoterapie, osobnost jedince s mentálním postižením, pervazivní vývojové poruchy.

## **Annotation**

This thesis project examines the influence that elements of expressive therapy have on the personality development of pupils with mental disabilities and other associated developmental disorders. The thesis is divided into two sections: a theoretical and a practical section. The part devoted to theoretical issues characterizes individuals with mental disabilities, and includes the classification of the etiology and diagnostics of the category of mental retardation and other associated developmental disorders that can be diagnosed in individuals with mental disabilities. The theoretical section also studies the partial personality traits and abilities of individuals with mental disabilities, such as communication skills, emotionality and attentiveness. The theoretical part closes with an overview of the therapeutic procedures used in special pedagogical practice and a detailed analysis of expressive therapies. The purpose of this paper is to examine the influence that elements of expressive therapy have on the personality development of pupils with mental disabilities and other associated developmental disorders., particularly the influence of the described therapeutic processes on the development of partial aspects in the personalities of selected respondents. The practical part of the thesis describes the findings resulting from the research done on a selected sample of respondents – those with mental disabilities, Down Syndrome and certain types of pervasive development disorders, namely autism.

## **Key words**

Autism, expressive therapy, Down syndrome, case report, mental disability, music therapy, Personality traits of individuals with mental disabilities, pervasive development disorders

## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1. Jedinec s mentální retardací .....</b>	<b>11</b>
1.1 Jedinec s mentální retardací .....	11
1.2 Etiologie mentální retardace.....	12
1.3 Diagnostika mentální retardace .....	14
1.4 Klasifikace mentální retardace.....	16
1.4.1 Jedinec s lehkou mentální retardací.....	16
1.4.2 Jedinec se středně těžkou mentální retardací.....	18
1.4.3 Jedinec s těžkou mentální retardací.....	20
1.4.4 Jedinec s hlubokou mentální retardací .....	22
1.4.5 Jedinci s jinou mentální retardací .....	23
1.4.6 Jedinci s nespecifikovanou mentální retardací.....	23
<b>2. Výběr přidružených poruch duševního vývoje.....</b>	<b>24</b>
2.1. Pervazivní vývojové poruchy.....	24
2.1.1 Dětský autismus .....	25
2.1.2 Atypický autismus.....	26
2.1.3 Rettův syndrom.....	26
2.1.4 Jiná desintegrační porucha v dětství.....	27
2.1.5 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby .....	27
2.2. Downův syndrom.....	28
2.3.1 Příčiny vzniku Downova syndromu.....	28
2.3.2 Charakteristické symptomy Downova syndromu .....	29
<b>3. Základní kategorie osobnosti jedinců s mentálním postižením</b>	<b>31</b>
3.1 Komunikační dovednosti .....	31
3.2 Adaptabilita a sociabilita.....	32
3.3 Emocionalita.....	32
3.4 Volní vlastnosti.....	33
3.5 Pozornost.....	33
<b>4. Terapie ve speciální pedagogice .....</b>	<b>35</b>
4.1 Pojem terapie .....	35
4.2 Terapie ve speciální pedagogice.....	37
4.3 Typy terapeutických přístupů ve speciální pedagogice .....	38
4.3.1 Terapie hrou .....	38
4.3.2 Činnostní a pracovní terapie.....	39
4.3.3 Psychomotorická terapie .....	41
4.3.4 Expresivní terapie.....	42
4.3.5 Terapie s účastí zvířete .....	42
4.4 Další terapeuticko-formativní přístupy .....	44
<b>5. Expresivní terapie .....</b>	<b>48</b>
5.1 Arteterapie .....	48
5.2 Paradivadelní systémy .....	50

5.2.1	Dramaterapie .....	51
5.2.2	Teatroterapie .....	52
5.2.3	Psychodrama .....	53
5.2.4	Sociodrama .....	54
5.2.5	Psychogymnastika .....	54
5.3	Muzikoterapie .....	55
5.4	Biblioterapie .....	59
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>61</b>
	<b>1. Výzkum .....</b>	<b>61</b>
1.1	Cíl výzkumu .....	61
1.2	Výzkumný vzorek .....	62
1.2.1	Výběr respondentů .....	62
	<b>Základní škola speciální .....</b>	<b>63</b>
1.3	Hypotézy výzkumu .....	65
1.4	Metody výzkumu .....	66
1.5	Průběh výzkumného šetření .....	67
	<b>2. ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT .....</b>	<b>68</b>
2.1	Pozorování a kazuistiky .....	69
2.2	Využití muzikoterapeutické prvky .....	86
2.3	Analýza výzkumných dat v podsouborech .....	87
2.3.1	1. podsoubor (Skupina A) .....	87
2.3.2	2. podsoubor (Skupina B) .....	89
2.4	Shrnutí výsledků výzkumu .....	90
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>93</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>96</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK .....</b>	<b>100</b>



## ÚVOD

Když se narodí dítě, má většina rodičů potřebu jej chovat, kolébat a zpívat mu. O to víc, když jejich dítě pláče protože mají pocit, že je to uklidní. Od dětství mu zpívají či pouštějí reprodukovanou hudbu, kterou děti rády poslouchají nebo při ní tancují. Dětské pokojíčky se pak rodiče snaží vyzdobit – barevné zdi, které jsou zdobeny např. nálepkami, obrázky, lustry s obrázky medvídků a další. I rodiče tzv. bez fantazie jsou často ochotni hodiny hrát to, co po nich děti chtějí, ať je to hra na obchod, či hry s hračkami (např. hra na rodinu s pomocí panenek), snaží se každý večer sedět u svých usínajících dětí a číst jim pohádky. Když jsou jejich děti nemocné, někteří s knihou v ruce s nimi tráví dlouhé hodiny a poctivě čtou pohádky a říkanky, s účelem je uklidnit. To vše dělají rodiče intuitivně, a mají hned zpětnou vazbu – vidí, jak jsou děti klidnější a šťastnější, a to ať se jedná o děti s postižením či bez postižení.

Ve všech výše uvedených situacích bychom mohli nalézt základ pro dále popisované terapeutické činnosti. Všechny tyto terapeutické přístupy mají základ z takto „obyčejných“ situací, které využívali již léčitelé před 5000 lety nebo šamani přírodních národů.

Naše společnost se v současné době často obrací k přírodě. Snažíme se využívat alternativní zdroje, stavíme větrné a vodní elektrárny, demonstrujeme proti jaderným elektrárnám, vybíráme si bio potraviny, utíkáme z měst do lesů a chaloupek bez elektřiny a mobilního signálu. Mnozí odmítají léky, přiklánějí se k homeopatikům a k alternativní medicíně, ale k terapeutickým přístupům, využívaným např. ve speciální pedagogice, se laická veřejnost často staví jako k „šarlatánství“. Přestože tyto přístupy využívají vyškolení terapeuti a psychoterapeuti, laická veřejnost v nich mnohdy nevidí pozitiva, či je vidí jako něco, co se využívá jen pro „nemocné“ či pro „blázný“. A i přes tento zdánlivý „nezájem“ jsou však pulty obchodů plné hudebních CD s názvy jako „Muzikoterapie pro těhotné“, „Muzikoterapie pro nespavost“ či knihy „Základy arteterapie“, „Úvod do muzikoterapie“.

Pod pojmem muzikoterapie si společnost často představuje pouhé zpívání u kytary či klavíru, nebo poslouchání jakékoliv hudby. Arteterapie bývá podobně chápána jako „nějaké kreslení“ nebo navštěvování muzeí, dramaterapie je vytváření „nějaké“ scény a biblioterapie je považována jako „něco s biblí“, případně „něco se čtením“. Samotní terapeuti a speciální pedagogové, pak tyto přístupy nevyužívají,

protože tyto přístupy vyžadují čas na přípravu a mnoho energie při jejich realizaci, nemluvě o nutnosti speciálního vzdělání pro jejich výkon.

Pro výběr tématu předkládané diplomové práce, jsem měla 3 důvody. Prvním důvodem byla mnoholetá praxe s žáky s mentálním postižením a jinými poruchami duševního vývoje. Druhým důvodem byl zájem o terapeutické činnosti a jejich vliv na jedince s mentálním postižením. Třetí důvod je podložen nezávaznými rozhovory s lidmi mimo obor speciální pedagogiky, kdy se mnohdy setkávám s nepochopením těchto terapií a již výše zmíněnými, ne zcela objektivními představami o jejich náplni. Poslední zmíněný argument ve mně vytvořil pocit, že by bylo dobré se snažit o osvětu v této problematice pro odbornou i širší laickou veřejnost. Všechny zmíněné důvody byly „hnacím motorem“ pro vytvoření sepsání předkládané diplomové práce, a především pro náročnou přípravu a následné zrealizování výzkumného šetření.

Jako vychovatelka ve školní družině při základní škole speciální se snažím aplikovat prvky expresivních terapií. A to nejen v organizované činnosti, jako jsou např. výtvarné nebo hudební činnosti, ale i ve „vypjatých“ chvílích, kdy děti nejsou v „psychické pohodě“. Zaujaly mě reakce žáků na tyto přístupy, které jsou blíže popsány v praktické části této práce. Proto jsem se rozhodla se jednak dále v této oblasti vzdělávat, a dále využít téma expresivních terapií pro mou diplomovou práci.

Předkládaná diplomová práce je rozdělena na dvě části a to na část teoretickou a část praktickou. *Teoretická část* je členěna na dvě části. První část se zabývá problematikou jedinců s mentálním postižením a dalšími přidruženými poruchami duševního vývoje. Důraz je kladen na fakt, že nositelem mentálního postižení je člověk, jakožto lidská bytost. V mnoha odborných studiích se někdy stává, že mluví převážně o odborných kategoriích, nikoliv o člověku. Druhá část teoretické analýzy se zabývá tematikou terapií ve speciální pedagogice se zaměřením na expresivní terapie. Problematika terapií ve speciální pedagogice nebyla dosud v odborné literatuře podrobněji popsána a vliv těchto terapií na rozvoj lidského jedince nebyl zcela vysvětlen. Odborné zdroje se sice shodují, že psychoterapie a terapie ve speciální pedagogice spolu úzce souvisí, ale už se nezabývají hlavními rozdíly a cíli. Proto jedna z kapitol diplomové práce byla věnována analýze těchto rozdílů a základních principů.

Na část teoretickou navazuje v předložené diplomové práci i *část praktická*, která je zaměřena na popis projevů vybraných dětí v běžných situacích, s následným popisem projevů při vybraných terapeuticky upravených činnostech.

Tvorba a realizace *praktické části* diplomové práce byla ovlivněna mou mnohaletou praxí s žáky s mentální retardací. Respondenti byli převážně vybráni na základě dlouhodobé práce s nimi. Díky tomu jsem mohla cíleně vybrat žáky, které jsem následně dlouhodobě zapojila do terapeuticky upravených činností. Celému výzkumnému šetření předcházelo mé studium odborné literatury a osobní absolvování certifikovaných kurzů a seminářů s tematikou expresivních terapií či jiných terapeuticko-formativních přístupů. Poznatky z těchto kurzů a seminářů byly hlavním impulzem pro zvolení tématu předkládané diplomové práce. Pro výzkumné šetření byla vybrána metoda strukturovaného pozorování, kterému předcházelo podrobné zkoumání anamnestických dat respondentů, a které bylo doplněno řízenými rozhovory s rodiči. Techniky a prostředky terapeuticky upravených činností byly zvoleny na základě řízeného výběru žáků s přihlédnutím k jejich schopnostem a možnostem.

Cílem diplomové práce bylo ověření, že expresivní terapie, či výběr jejich prvků, mají vliv na formování osobnosti jedinců s mentálním postižením a dalšími přidruženými poruchami duševního vývoje. Chtěla jsem tak dokázat, že tento způsob práce je důležitý a má smysl dělat maximum pro jeho zavádění do škol a školských zařízení.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Jedinec s mentální retardací

Předkládaná kapitola nabízí obecnou charakteristiku jedinců s mentální retardací, jakožto skupiny jedinců, u kterých se projevuje duševní opoždění projevující se ve všech vývojových obdobích narušenými dovednostmi, sníženou úrovní inteligence (tzn. narušení schopností poznávacích, řečových, pohybových a sociálních) a zároveň zasahující všechny složky osobnosti jedince s mentální retardací, tzn. složku duševní, tělesnou a sociální. Dle statistických údajů se v populaci v České republice vyskytuje cca 3-4 % jedinců s mentální retardací. (Bendová, Zikl, 2011)

### 1.1 Jedinec s mentální retardací

Výchovná a vzdělávací péče o jedince s mentálním postižením spadá mimo jiné do kategorie pomáhajících profesí. V průběhu historie proběhl významný proces ve významu a používání odborné terminologie. V historii pak bývala terminologii zneužita, i naší vinou, ve formě nadávek, čímž získala pejorativní zabarvení a stávala se tak postupně společensky nepřijatelná a odborně obtížně zargumentovatelná. Zmíněná terminologie je upravována na pravidelných konferencích Světové zdravotnické organizace a zakotvena v příslušných publikacích jako např. v současné době platné 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10), která např. nahradila „odborné“ pojmy jako debilita, imbecilita, idiocie a idioimbecilita odbornými pojmy lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace a hluboká mentální retardace. Tento proces můžeme nazvat všeobecnou humanizací. (Valenta, 2012)

V četné odborné literatuře, např. ČERNÁ (2008), VALENTA (2012), se můžeme setkat s dalšími terminologickými nejasnostmi, jako jsou např. odborné pojmy mentální retardace a mentální postižení. Mentální postižení je nejčastěji používáno odborníky v pedagogické a školské poradenské praxi, kde je zakotveno v prováděcích Vyhláškách 116/2011 Sb. a 147/2011 dle „Školského zákona“ č. 561/2004 Sb. a je chápáno jako „širší pojem“. Odborníci v oblasti medicíny chápou mentální retardaci

jako synonymum mentálního postižení. (Valenta, 2012) Pro potřeby diplomové práce jsou zmíněné odborné pojmy, tzn. mentální postižení a mentální retardace, chápány jako synonyma.

VALENTA chápe mentální postižení jako „širší pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol“ a mentální retardaci jako pojem, který „lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.“ (Valenta, 2012, s. 30-31)

ŠVARCOVÁ chápe mentální retardaci jako: „trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku nebo nedostatečné funkce centrální nervové soustavy.“ (Švarcová, 2011, s. 29)

Při definici odborné kategorie mentální retardace mnozí autoři, VÁGNEROVÁ (1999), VALENTA, MÜLLER (2003), PIPEKOVÁ (2010), KREJČÍŘOVÁ, ŘÍČAN (2006), např. neuvádějí, že nositelem této diagnózy je lidská bytost – člověk, který má svá práva stejně jako všechny ostatní lidské bytosti. Zmínění autoři pracují s pojmy, jako je lehká mentální retardace, nikoliv s pojmy jako jedinec s lehkou mentální retardací.

Ve společenství jedinců s mentálním postižením nenajdeme dva stejné jedince a to jak z pohledu rysů jejich osobnosti, tak z pohledu fyziognomie, tzn., že každý člověk s mentálním postižením je jedinečnou osobností.

## 1.2 Etiologie mentální retardace

Odborný pojem etiologie je chápán jako „nauka o původu a příčinách nemocí“. (Hartl, Hartlová, 2004, s. 144)

Za hlavní příčinu vzniku mentální retardace je považováno postižení centrální nervové soustavy. Toto postižení může vzniknout různými způsoby, může se následně projevit jak kvantitativně, tak kvalitativně v klinickém obrazu (jedná se o závažnost tohoto postižení a o převládající symptomy). Dle VÁGNEROVÉ je mentální postižení „multifaktoriálně podmíněné postižení“ (Vágnerové, 2008, s. 290). V následujícím textu

je předložena klasifikace příčin dle ŠVARCOVÉ (2011), PIPEKOVÉ (2010) a RENOTIÉROVÉ, LUDÍKOVÉ (2006).

*„Mentální retardace je důsledkem organického poškození mozku, které vzniká na základě strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku.“* (Švarcová, 2011, s. 28) Z této definice vychází rozdělení mentální retardace dle vývojového období, kdy k ní dochází. Dle ŠVARCOVÉ (2011) rozlišujeme:

- A. Oligofrenii – opoždění duševního vývoje v období prenatálním, perinatálním a časně postnatálním (tzn., nejdéle do 2. roku života dítěte)
- B. Demenci – důsledek poškození mozku různého druhu v průběhu života jedince a to nejdříve po završení 2. roku života jedince.
  - dle PIPEKOVÉ (2010) rozlišujeme demenci dětskou a stařeckou

Dle PIPEKOVÉ (2010) a dle RENOTIÉROVÉ a LUDÍKOVÉ (2006) můžeme příčiny mentální retardace rozdělit na příčiny:

1. Endogenní = vnitřní
  - „Jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejich spojením vzniká nový jedinec.“ (Renotiérová, Ludíková, 2006, s. 163)
2. Exogenní = vnější
  - zpravidla se jedná o poškození mozku plodu nebo dítěte
  - tyto příčiny můžeme dál dělit dle období, kdy mentální retardace vznikla na:
    - a. Prenatální – infekční onemocnění matky během těhotenství, špatnou výživou, působení toxických látek a záření, úrazy matky a další
    - b. Perinatální – hypoxie plodu, protahovaný porod
    - c. Postnatální – infekce novorozence záněty mozku, úrazy, špatná výživa

### 1.3 Diagnostika mentální retardace

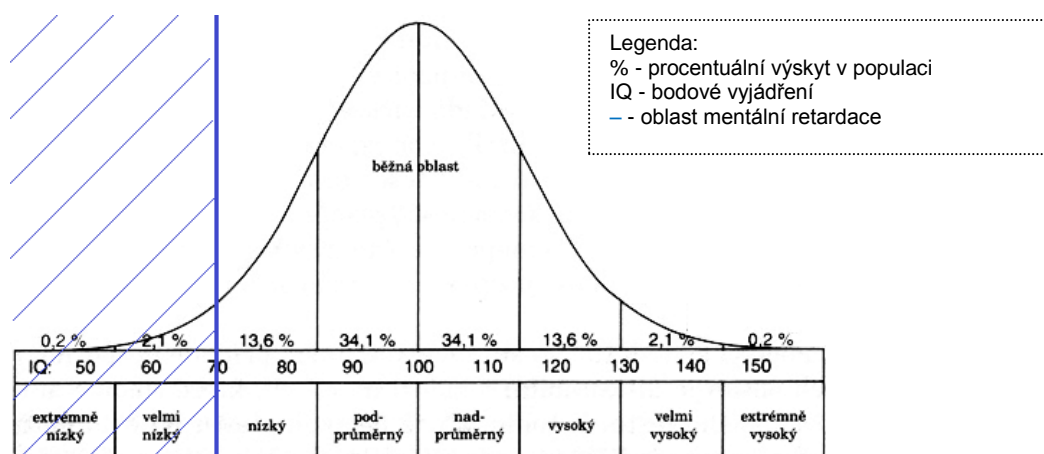
Význam diagnostikování úrovně rozumového vývoje člověka má značný až determinující význam pro všechny výchovné a vzdělávací strategie v lidské společnosti.

*„Diagnostika je dlouhodobý proces, který musí brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují vývoj dítěte. Na základě stanovené diagnózy pak můžeme volit optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a výchovy dítěte a dosahovat tak postupných změn ve vývoji dítěte. Komplexní diagnostika vyžaduje zkoumání dítěte v jednotě biologické, psychologické i sociální.“* (Švarcová, 2011, s. 33-34)

Dle ŠVARCOVÉ (2011) je následná diagnóza mentální retardace souhrn vyšetření psychologického, neurologického a psychiatrického, doplněné o dlouhodobé pozorování dítěte v přirozeném prostředí. Tzn., že je třeba provést *„standardizované, individuální aplikované testy inteligence, stupnice zralosti a adaptace, rozhovor s rodiči či vychovatelem, eventuálně vyšetření psychiatrické či vyšetření neurologické.“* (Šnýdrová, 2008, s. 127)

Jedním z doplňkových hodnotících kritérií, při diagnostice jedinců s mentálním postižením, je měření rozumových schopností (inteligence). Měření rozumových schopností je založeno na principu, předkládání řady úloh, při jejichž řešení je nutná myšlenková činnost určitého typu, dle HRABALA (1989), jde o „čisté“ schopnosti. *„Počet správně řešených úloh, kterého dosáhne testovaný jedinec ve stanovaném čase, se porovnává s výsledky jeho vrstevníků a vyjádří se ve standardních jednotkách, zpravidla v IQ stupnici.“* (Hrabal, 1989, s. 65) Zmíněné IQ neboli inteligenční kvocient, je v současné době chápán jako *„jednotka standardního hodnocení testového výkonu“*. (Hrabal, 1989, s. 65) Průměrná hodnota, kterou můžeme chápat jako „normu“, je vyjádřena hodnotou 100 IQ. Pro názornost byl přiložen obrázek. č. 1, který znázorňuje rozložení inteligence v populaci podle tzv. Gaussovy křivky, na které je vidět klasifikační škála, která odpovídá diagnostickým kritériím při posuzování rozumových schopností jedinců s mentálním postižením.

Obrázek 1: Rozložení inteligence na Gaussově křivce



VALENTA (2012) uvádí následná diagnostická kritéria mentální retardace: „*snížení intelektových funkcí (IQ 70 a méně); souběžný deficit v oblasti adaptability jedince a to nejméně ve dvou z následujících oblastí – komunikace, sebeobsluha, život v domácnosti, sociální a interpersonální dovednosti, využití komunitních zdrojů, sebeřízení, funkční (akademické) dovednosti, práce, odpočinek, zdraví, bezpečnosti; začátek poruchy před 18. rokem života.*“ (Valenta, 2012, s. 33)

Shrnutí předkládané kapitoly vhodně shrnuje VALENTA (2012): „*Cílem vyšetření je stanovení jak úrovně rozumových schopností a celkového stupně vývoje, tak i postižení pozitivních stránek osobnosti. Na diagnostice participuje psycholog (diferenciální diagnostika, mapování vývojového deficitu) a speciální pedagog (pozitivní stránky osobnosti klienta s cílem jeho další stimulace, reedukace dílčích fcí).*“ (Valenta, 2012, s. 18)

Problematika procesu diagnostiky jedinců s mentálním postižením je nesmírně složitý a důležitý proces. Předkládaná kapitola neměla ambice pojmut celé téma diagnostiky, pouze nastínit základní aspekty, které mají souvislost s dalšími kapitolami.



## 1.4 Klasifikace mentální retardace

Předkládaná klasifikace mentální retardace vychází z MKN-10, a je založena na psychologické diagnostice inteligence, která využívá celou řadu standardizovaných psychologických testů, a získané výsledky srovnává s výsledky v rámci celé populace. Psychologické kategorie inteligence je vyjádřena tzv. inteligenčním kvocientem. Norma v populaci, resp. průměrná hodnota psychologické kategorie inteligence je 100 bodů, neboli IQ 100. Dle MKN-10 (2000) je hranice pro mentální retardaci hodnota 70 bodů (IQ 70). Psychologickou diagnostiku inteligence, jakožto kvantitativní hodnocení rozumových schopností, nelze brát jako jediné diagnostické vodítko pro stanovení mentální retardace, ale jen jako doplňkový nástroj, protože nebere v úvahu „celou řadu kvalitativních znaků rozumových schopností mentálně postiženého jedince.“ (Vágnerová, 2008, s. 301)

Obecně nejznámějším a nejvyužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je považován model zavedený W. Sternem (viz. obrázek 2). „Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem.“ (Švarcová, 2011, s. 37)

Obrázek 2: Vzorec pro výpočet IQ dle Sterna (In: Švarcová, 2011)

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

MKN-10 (2009) předkládá následující klasifikaci mentální retardace: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nspecifikovaná mentální retardace.

### 1.4.1 Jedinec s lehkou mentální retardací

Pro jedince s lehkou mentální retardací (dál též jen LMR) je charakteristický opožděný či zpomalený psychomotorický vývoj dítěte. (Švarcová, 2011)

Jedinci s LMR jsou schopni účelně užívat řeč a protože v sociálním kontaktu nebývá kladen důraz na teoretické znalosti, nemusí jim tedy diagnóza LMR v sociální interakci působit výraznější problémy. V praxi to znamená, že jedinci s LMR jsou na „první poslech“ nerozpoznatelní od jedinců bez LMR. (Bendová, Zikl, 2011)

Již zmíněný inteligenční kvocient jedinců s LMR se pohybuje v pásmu 50-69 bodů, mentální věk pak na úrovni 10-11 let. Autoři zabývající se popisovanou problematikou uvádějí, že lehká mentální retardace je nejrozšířenější formou mentální retardace, a je zjištěna u zhruba 80-85% jedinců s mentálním postižením. (Švarcová, 2011, Thorová 2006)

Níže jsou uvedeny dílčí vývojové oblasti u jedince s lehkou mentální retardací (viz Tabulka č. 1). (srv. Švarcová, 2011, Pipeková, 2010)

**Tabulka 1: Dílčí vývojové oblasti u jedince s lehkou mentální retardací**

Příčina mentální retardace	Jako příčina LMR bývá uváděn vliv dědičnosti, sociokulturní deprivace či nedostatek stimulace.
Oblast komunikace a řeči	Jedinci s LMR jsou schopni vést konverzaci a bez závažnějších problémů se jsou schopni začlenit do sociálního prostředí. Vývoj řeči bývá oproti normě opožděn. Pro řeč jedinců s LMR je typická malá slovní zásoba, opožděný vývoj řeči a komunikativních dovedností, různé vady řeči a obsahová chudost. I přes tyto nedostatky jsou schopni zobecňovat a abstrahovat, ale schopnost usuzování je výrazně narušena, což narušuje celý komunikační proces.
Myšlení	U jedinců s LMR se vyskytují problémy v konkrétním mechanickém myšlení a bývá omezená schopnost logického myšlení.
Oblast emocionální	U jedinců s LMR se objevuje značná citová nezralost a neadekvátnost citů na podněty oproti normě, stejně jako nízká sebekontrola. Tito jedinci mívají zvýšenou tendenci k podlehnutí manipulace ze strany dominantnějšího osoby.
Vzdělávání	Jedinci s LMR jsou vzdělávání dle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání – příloha pro vzdělávání žáku s lehkým mentálním postižením (RVP ZV – LMP), nejčastěji na základní škole praktické, ale mohou být i integrováni do běžné základní školy. Po absolvování povinné školní docházky jsou schopni zvládnout jednoduché učební obory nebo zaškolení v jednoduchých manuálních činnostech. Zmíněné navazující vzdělání těmto jedincům poskytují odborná učiliště či dvouleté praktické školy.

	Objevují se specifické problémy ve čtení a psaní.
Výchova	Výchova je u jedinců s LMR zaměřena na rozvíjení jejich dovedností a kompenzaci nedostatků. Nezbytné je důsledné působení, které má velký význam pro socializaci.
Jemná a hrubá motorika	Oproti normě je u jedinců s LMR jemná i hrubá motorika opožděna, mohou se objevit i poruchy pohybové koordinace.
Sebeobsluha (jídlo, mytí, oblékání, hygiena)	Většina jedinců s LMR je schopna dosáhnout úplně nezávislosti v osobní péči, i když vývoj této schopnosti bývá oproti normě výrazně pomalejší.
Práce schopnost	Většina jedinců s LMR je schopna práce, která vyžaduje spíše praktické než teoretické znalosti. Jedná se o nekvalifikované nebo méně kvalifikované manuální práce.
Přidružené vady	U jedinců s LMR se mohou objevit další poruchy či vady jakou jsou např. poruchy autistického spektra, další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení

#### 1.4.2 Jedinec se středně těžkou mentální retardací

Psychomotorický vývoj je u jedinců se středně těžkou mentální retardací (dále také jen SMR) nápadně opožděn. (Pipeková, 2010)

Pro jedince se SMR je charakteristické opoždění rozvoje jak expresivní (produkce řeči) tak receptivní (vnímání a porozumění řeči) složky řeči, tzn., že komunikační schopnosti těchto jedinců jsou po celý život výrazně omezeny. Typické pro kategorii SMR jsou výrazné individuální rozdíly v oblasti komunikace, tzn., že v popisované kategorii se vyskytují jedinci, kteří:

- a. jsou schopni jednoduché komunikace (jak verbální, tak pomocí alternativní a augmentativní komunikace)
- b. jsou schopni vyjádřit své základní potřeby jen s velkými obtížemi
- c. se nikdy nenaučí mluvit, byť jsou schopni řeči porozumět a pomocí gestikulace a jiným formám nonverbální komunikace vyjádřit co potřebují. (Bendová, Zikl, 2011)

Intelligenční kvocient jedinců se SMR, se pohybuje v pásmu 35-49 bodů, mentální věk pak na úrovni 4-8 let. V kategorii mentální retardace je druhou nejčastější, vyskytuje se až u 10 % jedinců. (Pipeková, 2010)

Níže jsou uvedeny dílčí vývojové oblasti u jedince se středně těžkou mentální retardací (viz Tabulka č. 2). (srv. Švarcová, 2011, Pipeková, 2010)

**Tabulka 2: Dílčí vývojové oblasti u jedince se středně těžkou mentální retardací**

Příčina mentální retardace	Příčinou SMR bývá „ <i>organické etiologie (nejčastěji s anatomickým nálezem v oblasti centrální nervové soustavy)</i> “. (Valenta, 2012, s. 55)
Oblast komunikace a řeči	U jedinců se SMR je výrazně opožděn vývoj řeči, který přetrvává do dospělosti. Řeč bývá velmi jednoduchá, slovník obsahově chudý, v řeči se vyskytují časté agramatismy. Jedinci se SMR tvoří jednoduché věty a větné spojení. Pokud jsou schopni verbálně komunikovat, vyskytuje se špatná artikulace.
Myšlení	U jedinců se SMR je slabá schopnost kombinace a usuzování.
Oblast emocionální	U jedinců se SMR je patrná labilita, časté nepřiměřené afektivní reakce (srovnání s normou).
Vzdělávání	Jedinci se SMR jsou vzdělávání dle Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální – díl I. - vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením, nejčastěji v základní škole speciální (RVP-ZŠS – I díl.), ale mohou být i integrováni do běžné základní školy. Následné vzdělávání je pak možné v praktické škole jednoleté či dvouleté. Jedinci se SMR si jsou schopni osvojit základy čtení, psaní a počítání.
Výchova	Výchova u jedinců se SMR je zaměřena na rozvíjení jejich dovedností a kompenzaci nedostatků. Základním cílem výchovy je dosažení co největší úrovně socializace.
Jemná a hrubá motorika	Vývoj jemné a hrubé motoriky je u jedinců se SMR je zpomalen, v dospělosti zůstává i celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů (tzn. omezená manuální zručnost).
Sebeobsluha	Jedinci se SMR bývají samostatní jen částečně, tzn., že

(jídlo, mytí, oblékání, hygiena)	v dospělosti je jen zřídka možný úplně samostatný život, ale základní sebeobslužné návyky (umytí rukou po záchodě, najíst se pomocí příboru, ...) jsou schopni vykonávat s dohledem.
Práce schopnost	Jedinci se SMR jsou v dospělosti schopni jednoduché manuální práce. Nezbytný je dohled nebo chráněné prostředí, stejně jako strukturování činnosti a zajištění odborného dohledu. Pro jedince se SMR je ideální pracovní zařazení v chráněných dílnách či na chráněných pracovištích.
Přidružené vady	U jedinců se SMR je častý výskyt epilepsie, pervazivních vývojových poruch (zejména poruchy autistického spektra) a tělesné potíže.

### 1.4.3 Jedinec s těžkou mentální retardací

Psychomotorický vývoj je u jedinců s těžkou mentální retardací (dále též jen TMR) výrazně opožděn již v předškolním věku. (Pipeková, 2010)

Dle ŠVARCOVÉ (2011) a THOROVÉ (2006) se klinický obraz v mnohém podobá předcházející kategorii, tzn. středně těžké mentální retardaci, i když jsou problémy výraznější.

Intelligenční kvocient se pohybuje v pásmu 20-34 bodů, mentální věk pak na úrovni 3,5 let-18 měsíců. V kategorii mentální retardace je TMR diagnostikována u zhruba 5% jedinců. (Pipeková, 2010)

Níže jsou uvedeny dílčí vývojové oblasti u jedince s těžkou mentální retardací (viz Tabulka č. 3). (srv. Švarcová, 2011, Pipeková, 2010)

**Tabulka 3: Dílčí vývojové oblasti u jedince s těžkou mentální retardací**

Příčina mentální retardace	Příčinou mentální retardace bývá jak genetická tak i negenetická příčina (tzn. poškození zárodečné buňky, infekce a další).
Oblast komunikace a řeči	<i>„Řeč se u dětí s těžkou mentální retardací buď vůbec nevytvoří, anebo zůstává na stupni základních elementů projevové složky řeči, tj. pudových hlasových projevů, jež jsou obměňovány podle toho,</i>

	<p><i>jedná-li se o projev spokojenosti, přání, odporu či zlosti.</i>“ (Bendová, Zíkl, 2011, s. 14)</p> <p>Jedinci s TMR mají narušenou dynamiku a melodii hlasu, které jsou nevyvážené. Charakteristická je i echolálie, tzn., že zvuky či slova opakují bez porozumění smyslu. Někteří jedinci s TMR jsou schopni používat pár jednoduchých vybraných slov.</p> <p>Pro podporu a rozvoj komunikačních schopností jedinců s TMR bývá využívána alternativní a augmentativní komunikaci.</p>
Myšlení	U jedinců s TMR jsou značně omezené psychické procesy a poruchy pozornosti.
Oblast emocionální	U jedinců s TMR je zřetelné výrazné narušení afektivní sféry, což se projevuje nestálostí nálad, impulzivita a častým sebepoškozováním.
Vzdělávání	Jedinci s TMR jsou vzdělávání dle Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální – díl II. - vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžnými postižením více vadami v základní škole speciální s využitím rehabilitačního vzdělávacího programu. (RVP-ZŠS – II díl.)
Výchova	Vzdělávání směřuje k celkovému rozvoji motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, k rozvoji samostatnosti a k celkovému zlepšení kvality života jedinců s TMR prostřednictvím systematické a kvalifikované rehabilitační péče.
Jemná a hrubá motorika	Většina jedinců s TMR trpí poruchou motoriky nebo jinými přidruženými stavy. Objevují se stereotypní automatické pohyby.
Sebeobsluha (jídlo, mytí, oblékání, hygiena)	Jedinci s TMR si jsou schopni osvojit základní hygienické návyky a prvky sebeobsluhy. Někteří ale nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Jedinci s TMR jsou celoživotně závislý na péči jiné osoby.
Práce schopnost	Jedinci s TMR nejsou schopni pracovní činnosti.
Přidružené vady	U jedinců s TMR jsou časté somatické vady a příznaky celkového poškození CNS.

#### 1.4.4 Jedinec s hlubokou mentální retardací

Psychomotorický vývoj je u jedinců se s hlubokou mentální retardací (dále též jen HMR) výrazně opožděn již v předškolním věku. (Pipeková, 2010)

*„Jedinci s hlubokou mentální retardací jsou těžce omezeni ve své schopnosti rozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět.“* (Bendová, Zikl, 2011, s. 15)

Intelligenční kvocient je nižší než 20 bodů, mentální věk je nižší než 18 měsíců. HMR je diagnostikována asi u 1% mentálně retardovaných. (Pipeková, 2010)

Níže jsou uvedeny dílčí vývojové oblasti u jedince s hlubokou mentální retardací (viz Tabulka č. 4). (srv. Švarcová, 2011, Pipeková, 2010)

**Tabulka 4: Dílčí vývojové oblasti u jedince s hlubokou mentální retardací**

Příčina mentální retardace	Stejně jako v předchozí kategorii, je příčina HMR přičítána organickým příčinám.
Oblast komunikace a řeči	U jedinců s HMR je výrazně porušeno chápání a používání řeči, ale jsou schopni reagovat na jednoduché instrukce. Svoje potřeby, přání či pocity většinou nejsou schopni vyjádřit, a pokud ano, je to formou neartikulovatelných zvuků, které občas vyjadřují momentální emocionální rozpoložení. Charakteristické pro jedince s HMR je používání nonverbální komunikace bez smyslu, časté výkřiky a grimasy.
Myšlení	Myšlení u jedinců s HMR je pouze na úrovni rozeznávání libého a nelibého.
Oblast emocionální	U většiny jedinců s HMR je značně narušena oblast afektivní sféry (nestálost nálad, impulzivita, a další) a s tím spojené časté sebepoškozování.
Vzdělávání	Jedinci s HMR jsou vzdělávání dle Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální – díl II. - vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžnými postižením více vadami
Výchova	v základní škole speciální s využitím rehabilitačního vzdělávacího programu. (RVP-ZŠS – II díl.) Výchova a vzdělávání jedinců s HMR se zaměřuje na rozvoj

	motoriky, kognice, komunikace, na sebeobsluhu a sociální adaptaci pomocí speciálních metod a technik, jako je např. bazální stimulace či metoda DOSA (pohybová komunikace).
Jemná a hrubá motorika	Pro jedince s HMR je charakteristické těžké omezení motoriky – většina jedinců je imobilních nebo jsou výrazně omezeni v pohybu, velmi časté jsou i stereotypní automatické pohyby.
Sebeobsluha (jídlo, mytí, oblékání, hygiena)	<i>„Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a neustálý dohled.“</i> (Bendová, Zíkl, 2011, s.15)
Práce schopnost	Jedinci s HMR většinou nejsou schopni pracovní výdělečné činnosti.
Přidružené vady	U jedinců s HMR je častý souběžný výskyt např. pervazivních vývojových poruch (nejčastěji atypický autismus), kombinace s postižením sluchu, zraku a těžkými neurologickými poruchami (jako např. epilepsie), velmi časté jsou i poruchy postihující hybnost.

#### 1.4.5 Jedinci s jinou mentální retardací

Tato diagnostická kategorie bývá využívána u jedinců, u kterých nelze stanovit úroveň rozumových schopností, ale i přesto je zřejmé snížení rozumových schopností. *„Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště neskonné nebo nemožné pro přidružené sensorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených.“* (MKN-10, 2000, s. 220)

#### 1.4.6 Jedinci s nespecifikovanou mentální retardací

Popisovaná diagnostická kategorie se využívá v případě, že není dostatek informací pro zařazení do výše zmiňovaných kategorií. *„Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií.“* (MKN-10, 2000, s. 220)



## 2. Výběr přidružených poruch duševního vývoje

Předchozí teoretická analýza byla zaměřena výlučně na kategorii mentální retardace a to z hlediska etiologie, diagnostiky a klasifikace. Následující teoretický rozbor se zabývá poruchami duševního vývoje a zdravotním postižením, které bývají často přidružené k již zmíněné mentální retardaci, a které byly pro účely práce souhrnně nazvány jako „další poruchy duševního vývoje“.

V návaznost na další text (konkrétně na část praktickou) byly vybrány následné poruchy duševního vývoje: některé pervazivní vývojové poruchy u nichž se často objevuje mentální retardace a Downův syndrom.

### 2.1. Pervazivní vývojové poruchy

Odborný pojem pervazivní chápeme jako všepromikající, všeprostupující, tzn., že „*pervazivní porucha je taková, která zcela proniká osobností dítěte a výrazně mění jeho chování, možnosti socializace, vzdělávání atd. Rozeznáváme několik pervazivních vývojových poruch, které vykazují v některých ohledech odlišné symptomy.*“ (Valenta, Müller, 2003, s. 44-45) To znamená, že ovlivňuje fungování jedince téměř ve všech oblastech jeho vývoje, konkrétně v kognitivních (tzn. poznávacích) a osobnostních schopnostech (tzn. emoce, zájmy, chování).

Dle MKN-10 (2000) řadíme do kategorie pervazivních vývojových poruch následující poruchy: Dětský autismus, Atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom, Jiná desintegrační porucha v dětství, Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby, Jiné pervazivní vývojové poruchy a Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná.

V rámci pervazivních vývojových poruch jsou dále rozlišovány poruchy autistického spektra (dále také jen PAS), do kterých patří Dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom a Jiná desintegrační porucha v dětství. Tzn., že zmíněné poruchy patří jak do kategorie pervazivních vývojových poruch, tak do PAS. Toto dělení je důležité pro následnou diagnostiku. „*Při autismu se mohou vyskytnout všechny stupně IQ, ale asi u tří čtvrtin případů se vykytuje signifikantní mentální retardace.*“ (MKN-10, 2000, s. 84)

„Současná odborná lékařská, psychologická a speciálně pedagogická literatura relativně shodně uvádí, že i přes široké spektrum symptomů poruch autistického spektra, projevuje se kvalitativní postižení ve 3 oblastech vývoje a lidského fungování.“ (Heřmanová, 2012, s. 14) Zmíněné tři oblasti nazýváme tzv. „triádou postižení“ a konkrétně to je:

1. Komunikace a sociální vztahy – problémy s abstrakcí, s chápáním symbolů, souvislostí, s generalizací, se zájmeny, s pamětí, neschopnost sdílet pozornost, zážitky a zkušenosti, neschopnost interpretovat výrazy obličeje, postoje, gesta, tón a další (Jelínková, 1999)
2. Představivost a hra – „Kvalitativní postižení v oblasti představivosti se manifestuje repetitivním chováním, rituály a omezeným okruhem zájmů.“ (Jelínková 2000, s. 4). V oblasti hry je problém spojen s imaginací. Hračky používají „špatným“ způsobem – panenky skládají do řady dle velikosti, místo aby o ně pečovaly jako o miminko, s autíčky si nejezdí po zemi, ale točí pneumatikou a další
3. Specifické způsoby chování a zájmů – rituály, rutiny, nutkavé chování, stereotypní chování, motorické stereotypy, odpor ke změnám, vyžadování neměnnosti sbírání předmětů a další (Jelínková, 2000)

Konečná diagnosa pervazivních vývojových poruchy by měla být stanovena na základě komplexního multidisciplinárního vyšetření. Tzn., že by se na ní měli podílet nejen odborníci z řad pediatrie, neurologie, ale i např. z foniatry, logopedie, psychiatrie, psychologie, speciální pedagogiky či ergoterapie.

### **2.1.1 Dětský autismus**

V minulosti nazýván též jako časný infantilní autismus, klasický autismus či Kannerův syndrom. Poprvé byl popsán v roce 1943 Leo Kannerem. Musí se projevit do 3 let věku dítěte. Charakteristická je mentální retardace různého stupně. Obecně jsou projevy v škále od mírné formy po těžké. Kromě poruch v diagnosticky klíčové triádě postižení mohou trpět řadou dalších dysfunkcí, které se mohou projevovat odlišným, abnormálním, někdy až bizarním chováním. Typická je sociální neaktivnost, neadekvátní reakce na emocionální podněty, neschopnost přizpůsobovat se

i sebemenším změnám. U dětského autismu se často objevuje epilepsie. Uvádí se, že je 3-4x častější u chlapců než u děvčat. (srv. Ošlejšková, 2008, Thorová, 2006, Pipeková, 2010)

U dětského autismu bývají přidružené všechny stupně mentální retardace. (MKN-10, 2000)

### 2.1.2 Atypický autismus

Dříve se používal pojem „autistické rysy“, v současné době je používán jen laickou veřejností.

Tento typ „autismu“ je diagnostikován až po 3 roce života dítěte. Nenaplnuje kritéria dané pro PAS a to buď *„dobou vzniku nebo nenaplněním všech tří sad diagnostických kritérií“*. V praxi to znamená, že dítě je např. schopné docela dobře fungovat v sociálních vztazích, orientuje se uspokojivě, ale při nějaké nenadálé tísní nebo nejistotě zareaguje trochu bizarně. (Pipeková, 2010, s. 325)

Dle BEDNOVÉ a ZIKLA (2011) se k atypickému autismu mohou přidružovat *různé stupně mentální retardace*.

### 2.1.3 Rettův syndrom

Tento syndrom byl poprvé popsán v roce 1966, do podvědomí odborné veřejnosti se dostal až roku 1983 a do oficiálního diagnostického systému MKN-10 mezi pervazivní vývojové poruchy až roku 1992. (Thorová, 2006)

Jedná se o geneticky heterogenní syndrom, dosud znám jen u dívek. *„Chlapcům stejná mutace genu způsobí natolik těžkou encefalopatii (nedisponují druhým nenarušeným X chromozomem), že plod nebo novorozenec nepřežije.“* (Thorová, 2006, s. 2012) Z 80 % se jedná o abnormální gen na chromozomu X, konkrétně gen MECP2. Typický je normální vývoj do 7-24 měsíců života dítěte, následuje regres, dochází k postupné ztrátě manuálních a verbálních dovedností společně se zpomalením růstu hlavy. (srv. Thorová, 2006, Ošlejšková, 2008)

Charakteristická, pro popisovaný syndrom, je ztráta funkčních pohybů ruky, stereotypní kroutivé svírání ruky a hyperventilace, velmi časté je i nadměrné slinění

s vyplazováním jazyka a problém se žvýkáním. Oproti např. dětskému autismu mají dívky s Rettovým syndromem dobrý sociální kontakt. Častá je i přidružená epilepsie a vždy je Rettův syndrom spojen s mentální retardací, zpravidla *těžkou mentální retardací*. (srv. Thorová, 2006, Ošlejšková, 2008)

#### **2.1.4 Jiná desintegrační porucha v dětství**

Tato porucha byla poprvé popsána rakouským speciálním pedagogem Theodorem Hellerem v roce 1908. Dříve byla známa pod názvy „Hellerův syndrom“ nebo „desintegrační psychóza“. (Thorová, 2006)

Stejně jako u Rettova syndromu probíhá normální vývoj a to do 2,5-4 roku (nejdéle do 6-10 let věku). Následuje regres řeči, chování autistického typu, rozpad kognitivních schopností a ztráta dříve získaných dovedností. Mezi další charakteristické projevy patří emoční labilita, záchvaty vzteku, potíže se spánkem, agresivita, úzkostnost, dráždivost, hyperaktivita, neobratnost při chůzi, abnormální reakce na sluchové podněty a další. Příčina dosud není známá, prognóza bývá špatná - u většiny jedinců je diagnostikována *těžká mentální retardace*. (Thorová, 2006, Ošlejšková, 2008)

#### **2.1.5 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby**

Dle MKN-10 (2000) do této kategorie patří děti s *těžkou mentální retardací*, u kterých se projevuje stereotypní chování, v dětství je typická hyperaktivita, v adolescenci pak hypoaktivita.

*„U tohoto syndromu je také obvyklé, že je sdružen s různým zpožděním ve vývoji, ať už specifickým nebo globálním. Není známo, do jaké míry lze tento typ chování přičíst nízkému IQ nebo organickému poškození mozku.“* (MKN-10, 2000, s. 242)

Legislativní dokumenty zabývající se problematikou povinné školní docházky, již od roku 1996 (Školský zákon 258/1996 Sb.) neuznává pojem „nevzdělavatelnost.“

To znamená, že každý člen naší společnosti má právo na výchovu a vzdělávání dle svých možností a potřeb. Včetně jedinců s nejtěžšími formami mentálního a duševního postižení.

## 2.2. Downův syndrom

*„Downův syndrom, patří k poruchám, které jsou zřejmé ihned po narození. Vzniká v důsledku abnormálního vývoje plodu.“ (Selikowitz, 2005, s. 37)*

Dle ŠVARCOVÉ (2011) a SELIKOWITZE (2005) je Downův syndrom v populaci jedinců s mentálním postižením zastoupen nejvýrazněji a patří k nejběžnějším chromozomálním aberacím. Mentální retardace je přítomna vždy a to v rozsahu od lehké až po hlubokou mentální retardaci, i když nejčastěji je diagnostikovaná *středně těžká mentální retardace*. Tito jedinci jsou vzdělávání v základní škole speciální. (srv. Pipeková, 2010, Švarcová, 2011)

*„Onemocnění bylo poprvé popsáno v roce 1866 anglickým pediatrem Johnem Downem, ale poznámky o takto nemocných lze údajně najít již v literatuře z 15. a 16. století.“ (Švarcová, 2011, s. 145) Až roku 1932 byla doktorem Waardenburgem poprvé vyřčena myšlenka, že Downův syndrom by mohla být chromozomální odchylka. Roku 1959 francouzský team badatele Lejeuna potvrdil myšlenku doktora Waardenburgera, že se jedná o jeden nadbytečný chromozom – tzv. trizomii 21. chromozomu. (srv. Švarcová, 2011, Selikowitz, 2005)*

### 2.3.1 Příčiny vzniku Downova syndromu

Všeobecně bývá uváděno, že jedna z hlavních příčin, vedle genetiky, je věk rodičů (matka nad 35 let a otec nad 50 let). (Selikowitz, 2005)

*„Z genetického hlediska se lidé s Downovým syndromem liší od ostatní populace stavbou buněk. Každá buňka jejich organismu obsahuje jeden chromozom navíc, takže místo obvyklých 46 chromozomů uspořádaných ve 23 párech mají v každé buňce 47 chromozomů (22 párů a jednu trojici). Dispozice pro vznik DS jsou uloženy na jednom z ramen chromozomu č. 21.“ (Švarcová, 2011, s. 149)*

Dle Švarcové (2011) rozlišujeme 3 typy Downova syndromu:

- Nondisjunkce = prostá Trisomie 21. chromozomu,
  - 93 % případů není dědičná
  - dochází k ní již při prvním dělení pohlavní buňky, tzn., že při každém dělení se pak tato chyba opakuje, takže každá buňka v těle jedince s Downovým syndromem má 47 chromozomů
- Mozaiková forma – 3 % případů, není dědičná
  - k chromozomální chybě dochází až po dělení pohlavní buňky, tzn., že jen část buněk má o chromozom navíc a zbylá část má správný počet chromozomů (tzn. 46)
- Translokace – 4 % případů – může být dědičná
  - 21. chromozom může být již v některých zárodečných pohlavních buňkách rodiče, takový rodič je tzv. přenašečem, který ovšem nemá žádné symptomy tohoto syndromu

### 2.3.2 Charakteristické symptomy Downova syndromu

Jak již bylo v textu výše uvedeno, u jedinců s Downovým syndromem bývá často patrná jistá typická tělesná stigmatizace, zejména v obličejových partiích. Vedle genetické výbavy matky a otce (díky které jim bude podobný v barvě vlasů, očí, a další) mají specifickou genetickou výbavu, díky trizomii 21. chromozomu, která je naopak odlišuje od příbuzných. (Švarcová, 2011)

Nejzřetelnějším znakem Downova syndromu je fyziognomie **hlavy**. Oproti běžné populaci mají jedinci s tímto syndromem menší hlavu, která bývá v zadu zpravidla plošší, díky čemuž vypadá kulatější. Laická veřejnost si myslí, že tyto děti mají šikmé **oči**. Ve skutečnosti, je tvar očí normální, „*pouze jejich oční víčka jsou úzká a šikmá a ve vnitřním koutku oka je u většiny dětí výrazná oční řasa (bilaterální epikantus)*“, to podporuje domněnku šikmých očí (Švarcová, 2011, s. 146). **Ústní otvor** bývá menší a jazyk naopak o něco větší. Proto je poměrně časté, že se tyto děti naučí vyplazovat jazyk. Patro v ústech bývá ve většině případů nižší. Některé zuby mohou

mít nesprávné postavení, z důvodu malé čelisti, jejich růst bývá opožděn, kazivost nebývá zvykem. Vedle již popisované fyziognomie hlavy je poměrně zřetelný i **krk**, který je oproti populaci širší a mohutnější. **Vlasy** bývají zpravidla rovné a velmi jemné. (srv. Švarcová, 2011, Selikowitz, 2005)

**Ruce** bývají široké, s krátkými baculatými prsty. A u asi poloviny dětí s Downovým syndromem se na dlani objevuje jen jedna rýha, která se táhne napříč dlaní – jedná se o tzv. „opičí rýhu“. **Nohy** jsou zpravidla silnější a mívají širokou mezeru mezi palcem a ukazováčkem. Velmi častá je ortopedická vada – ploché nohy. (srv. Selikowitz, 2005, Pipeková, 2010)

Asi nejcharakterističtější symptom je celková **hypotonie** (snížený svalový tonus) a celková ochablost vazů, díky čemuž mají tyto děti volné klouby, což nezpůsobuje žádné problémy. V praxi to znamená, že tyto děti nemají problém dát si naráz obě nohy za hlavu, v tureckém sedu si lehnout na břicho a dotknout se země. (srv. Švarcová, 2011, Pipeková, 2010, Selikowitz, 2005)

Typický bývá pomalejší fyzický **růst**, konečná tělesná výška bývá oproti populaci výrazně menší. Muži mívají 147-162 cm, ženy pak 135-155 cm. Výsledná tělesná **váha** je závislá na životním stylu a stravě, ale i přesto mívají sklon k obezitě. (Pipeková, 2010)

Vedle fyziognomie jsou poměrně důležité i anatomické zvláštnosti. Mezi nejčastější bývají uváděny srdeční vady, kterými trpí až 40 % jedinců s Downovým syndromem. Neméně časté bývají i smyslové vady, nejčastější jsou problémy se zrakem a to ve formě krátkozrakosti, dalekozrakosti a šilhání. Asi 60 % dětí je i lehce nebo těžce sluchově postižených. (srv. Švarcová, 2011, Pipeková, 2010, Selikowitz, 2005)

Co se zdravotních problémů týče, velmi časté jsou infekce horních cest dýchacích, ucpání ucha, zácpa, problémy se štítnou žlázou a další. (Selikowitz, 2005)

### 3. Základní kategorie osobnosti jedinců s mentálním postižením

Předchozí teoretická analýza diplomové práce byla věnována definici mentální retardace a přidružených poruch. Předkládaná kapitola se zabývá z hlediska záměrů praktické části práce *pouze* vybranými dílčími schopnostmi a vlastnostmi osobnosti jedinců se *středně těžkým a těžkým mentálním postižením*, jako jsou komunikační dovednosti, adaptabilita a sociabilita, emocionalita, volní vlastnosti a pozornost.

#### 3.1 Komunikační dovednosti

Komunikační dovednost je jednou z kategorií osobnosti jedince, která spočívá ve schopnosti a dovednosti dorozumět se se svým okolím. U jedinců s mentálním postižením jsou tyto dovednosti výrazně narušené. Mentální postižení bývá často spojeno s problémy v motorických funkcích, proto také výrazně ovlivňuje motorickou, jazykovou a kognitivní oblast řeči. Výkony v řečových dovednostech bývají omezené. Omezené dovednosti se projevují v rozsahu kapacity slovní zásoby, schopnosti adekvátně reagovat v rámci konverzace, dále je omezená i schopnost využívání paralingvistických aspektů řeči, jako je např. hlasitost řeči, plynulost a tempo řeči a další. Pasivní slovní zásoba výrazně převyšuje úroveň aktivní slovní zásoby. (Valenta, 2012)

Pro řečový projev u jedinců, zvláště se střední a těžkou (vč. hluboké) mentální retardací bývá charakteristická méně přesná výslovnost, což bývá zapříčiněné organickým porušením či celkovou neobratností mluvidel nebo deficitem ve sluchové percepci. Z důvodu omezenější slovní zásoby bývá pro jedince s mentálním postižením obtížnější porozumět běžnému verbálnímu projevu. Při komunikaci lépe rozumí konkrétním a jednoduchým sdělením, naopak ironii, žertu, metafoře či složitějším slovním obrátům nerozumí vůbec. (Křeččířová, 2003)



### 3.2 Adaptabilita a sociabilita

Pojem adaptabilita chápeme jako přizpůsobivost, sociabilitu pak jako družnost, či schopnost navazovat a udržovat sociální vztahy. (Valenta, Müller, 2003)

Z důvodu nedostatečného vývoje dílčích funkcí, či jejich většiny, a dále omezené schopnosti se samostatně učit, dochází k obtížnější adaptaci jedince s mentálním postižením na podmínky a požadavky běžného života. Tyto obtíže výrazně narušují i proces socializace. Míra schopnosti se přizpůsobit je závislá na stupni mentální retardace, tzn., že jedinec s lehkou mentální retardací se lépe přizpůsobí okolí než jedinec s hlubokou mentální retardací. Jedinec pak není schopen řešit běžné situace, což se projevuje poruchami afektivity a chování, stejně jako výskytem neurotických potíží, úzkostí, sociální plachostí, agresivitu, zvýšenou dráždivostí, hyperaktivitou, automatickými stereotypními pohyby a další. (Valenta, 2012)

Sociální interakce je výrazně narušena jak neporozuměním řeči, tak i neschopností samostatného vyjádření. Reakcí na neschopnost komunikace mohou být již zmíněné úzkosti, neurotické potíže, automatické stereotypní pohyby a další. (Krejčířová, 2003)

### 3.3 Emocionalita

Oblast emocionality je jednou z nejvýznamnějších oblastí osobnosti, která významně ovlivňuje prožívání a chování jedinců s mentálním postižením. (Švarcová, 2011)

*„V emoční sféře dětí s mentálním postižením se setkáváme s určitými specifiky, jež jsou spojena zejména s nízkou řídicí funkcí mozku. Pro děti s mentálním postižením je charakteristická netlumená intenzita emocí, citová otevřenost (pozn.: souvisí s nižší schopností seberegulace), city jsou neadekvátní svojí dynamikou a intenzitou k podnětům a intenzita emočních reakcí klesá spolu se zvyšujícím se věkem jedinců s mentálním postižením.“* (Bendová, Zíkl, 2011, s. 21)

Pro jedince s mentálním postižením bývají charakteristické egocentrické emoce, které výrazně ovlivňují tvorbu hodnot a postojů. Stejně typické je i afektivní

chování, poruchy nálad, které jsou však svými nástupy překvapující. U jedinců s mentálním postižením se problematicky vytváří vyšší city (svědomí, odpovědnost, smysl pro povinnost a další). (Bendová, Zikl, 2011)

Jedinci s mentální retardací „jsou zvýšeně citlivé na emoční podněty z okolí (silná reakce na konflikty, napětí v rodině), snadněji se u nich rozvíjejí úzkostné reakce mající mnohdy charakter fobií“. (Valenta, 2012, s. 124)

### 3.4 Volní vlastnosti

U jedinců s mentální retardací je specifikace v oblasti vůle a ztráta či snížení kvality volních vlastností. „Dítě s mentálním postižením zpravidla není schopno podřídit své chování dosažení určitého úkolu, automaticky řídit své jednání.“ (Bendová, Zikl, 2011, s. 22)

Volní vlastnosti se u jedinců s mentálním postižením projevují nedostatkem iniciativy, neschopností řídit své vlastní jednání a překonávat překážky. „Pro tyto jedince je i typická sugestibilita, nekritické přijímání rad a pokynů od okolních lidí, neschopnost ověřit si je a srovnat s vlastními zájmy a zkušenostmi...“ (Švarcová, 2011, s. 60) I přes popisovanou sugestibilitu (tendence k přejímání myšlenek a názorů jiných lidí) jsou ale titíž jedinci schopni naprosté ignorace vůči požadavkům a pokynům svého okolí, a mají tendenci si dělat věci po svém. (Švarcová, 2011)

Popisované znaky volních vlastností jsou vnímané jako projevy nezralé osobnosti, která se projevuje primitivními bezprostředními reakcemi. Tyto reakce bývají impulzivní, vznikají z náhlého, okamžitého popudu a jsou vyvolány jakýmkoliv podnětem z okolního prostředí. (Švarcová, 2011)

### 3.5 Pozornost

Pozornost, jakožto jedna z kognitivních funkcí (motivace, emoce a jiné), je „zodpovědná“ za efektivitu vnímání, učení a myšlení, a je neodmyslitelně spojena se základními složkami osobnosti (např. potřeby, schopnosti a další). (Valenta, Müller, 2003)

Schopnost jedince s mentálním postižením udržet pozornost je výrazněji nižší, než u jedinců v běžné populaci. Záměrná pozornost jedinců s mentálním postižením je charakteristická nestálostí, snadnou unavitelností, neshodnost sledovat více objektů. Bezděčná pozornost těchto jedinců se zásadně zaměřuje na silné podněty, jako je např. intenzivní zvuk. (Valenta, Müller, 2003)

## 4. Terapie ve speciální pedagogice

Následující teoretická analýza diplomové práce je zaměřena na základní vhled do problematiky terapií ve speciální pedagogice. Kapitola nabízí nejen základní dělení terapií, ale i nastínění rozdílů psychoterapie a terapie ve speciální pedagogice. Závěr kapitoly je věnován dalším terapeuticko-formativním přístupům, které mohou doplňovat jak terapii ve speciální pedagogice, tak např. již zmiňovanou psychoterapii.

### 4.1 Pojem terapie

Terapie a terapeutické přístupy používají vyškolení profesionálové, kteří prošli nejčastěji výcvikem či jinou formou vzdělávání v jednotlivých terapiích (kterými jsou např. arteterapie, muzikoterapie a další). Takové profesionály nazýváme terapeuty. Pro terapii je typická i přítomnost klienta a terapeuta, probíhá v určitém prostředí a má určitý průběh (fáze). (Müller, 2007)

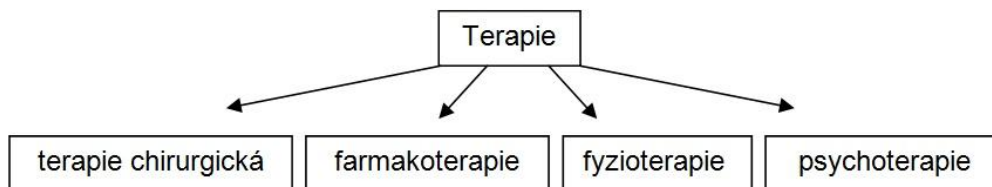
*„Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickém výkonu). Tomu odpovídá rovněž etymologie termínu terapie, jehož řecko-latinský původ odkazuje na léčení, ošetřování, ale také na starání se, pomáhání, cvičení.“ (Müller, 2007, s. 13)*

Pro všechny terapie platí následující podmínky:

- *„Probíhají v určitém prostředí a v určitém čase*
- *Mají určitou organizační formu*
- *Odpovídají určité orientaci terapeuta*
- *Závisí na věku, příčinách potíží a symptomech klienta*
- *Mohou být prvotně zaměřeny na somatické, nebo na psychické změny u klienta*
- *Bývají začleněny léčivě, ale také preventivně a rehabilitačně“.* (Müller, 2007, s. 13)

MÜLLER (2007) uvádí následnou přehlednou základní klasifikaci terapií, dle využívaných prostředků (viz. Obrázek 3).

Obrázek 3: Terapie



Zařadit terapie ve speciální pedagogice do již zmíněné klasifikace je obtížné a to z důvodu historického vývoje (urychlený vědecký rozvoj, poznatky z praxe a následné mezioborové přesuny). I přes popsání obtíže můžeme dle MÜLLERA (2007) vycházet z již zmíněné čtveřice terapeutických přístupů (viz. Obrázek č. 3) a jako jeden z hlavních zdrojů speciálně pedagogické terapie označit psychoterapii. Terapie ve speciální pedagogice a psychoterapie jsou si velmi blízké charakterem prostředků, které využívají, stejně jako objektem svého zájmu – člověka. Rozdílné jsou např. ve vymezování svých cílů a obsahů. (Müller, 2007)

Dle MÜLLERA (2007) plní terapie ve speciální pedagogice cíle, které vedou k maximálnímu rozvoji kognitivních funkcí a k uvědomělému užívání jejich schopností v životě jedince s mentálním postižením. Tyto cíle jsou definovány dle zásad speciální pedagogiky a přímo souvisí s výchovou a vzdělávací činností jedinců s mentální retardací. Mohou to být např. cíle symptomatické, které upravují symptomy znemožňující „normálně“ žít ve společnosti.

Psychoterapie neplní výchovně vzdělávací či speciálně pedagogické cíle. Hlavním cílem psychoterapie je navozování změn v osobnosti jedince nejčastěji podmíněné sebepoznáním, tzn., vede k osobnostnímu rozvoji jedince. Tyto cíle jsou naplňovány prostřednictvím psychologických prostředků, „tj. vztahem a komunikací s terapeutem, kolektivní zkušeností a zabudováním těchto nových zkušeností do osobnostní struktury a vývoje.“ (Vymětal et kol., 2004, s. 42)

Pro pochopení souvislostí je důležité definovat si pojem psychoterapie. „Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce anebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí.“ (Prochaska, Norcross, 1999, s. 16)

Vedle psychoterapie se v terapii ve speciální pedagogice prolínají i jiné obory, jako jsou např. medicína (znalosti o vzniku, projevech či léčbě poruch orgánů), psychologie (poznatky o pojetí, změnách a vývoji psychiky), pedagogika (znalosti o možnostech cíleného formování určitých kvalit osobnosti), sociologie (poznatky o sociálních determinantech lidského společenského života), filosofie (pohled na člověka a jeho pojetí), ale také např. fyzioterapie. (Müller, 2007)

Názory, definice a přesahy mezi obory se liší dle toho, z jaké oblasti působnosti vycházíme. Medicína bude definovat terapie ve speciální pedagogice jinak, než např. zmíněná oblast psychoterapie. I přesahy do oborů bude medicína charakterizovat jiným způsobem. Předkládané definice a klasifikace vychází výlučně z pohledu speciálně pedagogického.

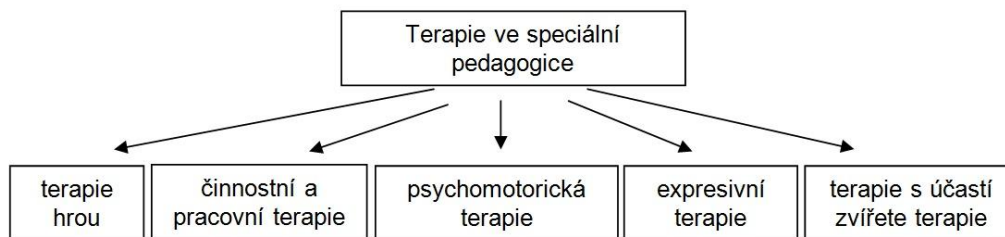
## 4.2 Terapie ve speciální pedagogice

Tendence využívat terapeutické a „alternativní“ přístupy v oblasti pedagogiky a speciální pedagogiky nejsou novinkou. V menší či větší míře byly tyto přístupy uplatňovány od počátku vzniku institucí pro osoby se speciálními potřebami. Postupem času se tyto snahy transformovaly do samostatných jednotek, které vybudovaly disciplínu speciálněpedagogických terapií. (Müller, 2007)

*„Speciálněpedagogické terapie buď navazují na léčbu (doplňující léčbu) nemocí v oblasti medicíny, nebo slouží jako svébytný druh pomoci při potížích vyplývajících z významných kulturních či sociálněadaptačních odlišností – přitom jsou zaměřeny na ty důsledky těchto problémů, jež se projevují ve snížených schopnostech (neschopnosti) normální životní seberealizace – ve vzdělávání, v práci, v bydlení, v zájmových aktivitách atd.“ (Müller, 2007, s. 20)*

Jak již bylo v textu zmíněno, terapie ve speciální pedagogice sice vychází především z psychoterapie, ale svoji činnost „podřizuje“ hlavně výchovně vzdělávacím a speciálně pedagogickým cílům. RENOTIEROVÁ, LUDÍKOVÁ (2006) a MÜLLER (2007) terapie ve speciální pedagogice rozdělují do 5 základních skupin (viz Obrázek 4)

Obrázek 4: Terapie ve speciální pedagogice



### 4.3 Typy terapeutických přístupů ve speciální pedagogice

Následující kapitola předkládá popis terapií ve speciální pedagogice. Konkrétně se jedná o terapii hrou, činnostní a pracovní terapii, psychomotorické terapie, expresivní terapie a terapii s účastí zvířete.

#### 4.3.1 Terapie hrou

Pro pochopení předkládaného terapeutického přístupu je důležité charakterizovat odborný pojem hra. Hra, společně s učením a prací, patří k základním lidským aktivitám. U dětí má hra formu smyslové činnosti, která je motivována hlavně prožitky. Prostřednictvím hry dítě poznává své okolí. Hra u dospělých je charakteristická stanovením pravidel, cílů a bývá doprovázená pocity napětí a radosti. V terapii jde o významný nástroj v přístupu ke klientovi, slouží ke komunikaci. (srv. Hartl, Hartlová, 2004, Müller, 2007)

V širším slova smyslu: „*Terapie hrou lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci prostředků hry použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.*“ (Müller, 2007, s. 25) Tzn., že jde o terapeutické využití hry:

- a. v různých formách (dramaterapeutická hra v dramaterapii),
- b. v různých oborech (ve speciální pedagogice, v klinické psychologii).

Z výše uvedeného textu vyplývá, že terapii hrou můžeme chápat jako využívání terapeutického potenciálu hry, samozřejmě v nevidadelním slova smyslu. Toto pojetí

se nejčastěji využívá při individuální práci s dětmi nemocnými, sexuálně zneužitými, dětmi trpícími rozvodem, dětmi s poruchami učení a chování a jiné. Dle VALENTY (2011) terapie hrou a herní specialista (popsán viz níže) vychází z psychoterapie, kde se využívá divadelních technik a postupů. (Valenta, 2011)

V užším slova smyslu pak chápeme terapii hrou jako terapii aplikovanou v práci herního specialisty. V následujícím textu budeme vycházet z užšího slova smyslu, tzn., budeme pracovat s pojmem herní specialista. *„Herní specialista je kvalifikovaný pracovník dětských oddělení nemocnic, jehož hlavním posláním je udržet přirozený vývoj dětí a mladistvých hospitalizovaných v nemocnicích, humanizovat prostředí nemocnic, motivovat děti ke hře i v tomto pro ně málo bezpečném prostoru a snažit se eliminovat na minimální míru jejich úzkost a strach z operací a léčebných zákroků.“* (srv. Müller, 2007, Valenta, 2011, s. 15)

MÜLLER (2007) uvádí následující přehled kompetencí herního specialisty: zajišťuje přátelské, bezpečné a pro dítě vhodné nemocniční prostředí, tzn., doplňuje a zprostředkovává informace o potřebách dítěte ostatním zdravotníkům, navrhuje spolu s rodiči plán herních aktivit, provádí individuální terapeutickou hru, doprovází děti a jejich rodiče na vyšetření či lékařské zákroky a jiné.

Herní specialista používá látkové figuríny (Pétu a Petrušku), které jsou vybavené zjednodušenou podobou orgánů na suché zipy, fotoalby, ve kterých jsou zaznamenány figuríny na konkrétních nemocničních pracovištích při konkrétních zákrocích. Působí převážně na ambulanci, na standardním lůžkovém oddělení, na JIP, v menší míře pak v domácnosti. Vedle práce v nemocničních zařízeních může herní specialista své služby poskytovat i dětem v rámci zvláštních osvětových programů. (Müller, 2007)

#### **4.3.2 Činnostní a pracovní terapie**

Pro oba přístupy, tzn., pro činnostní a pracovní terapii platí, že se jedná o *„odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci manipulací s materiálním okolím (například manipulací s předměty, surovinami a materiály) použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobností strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.“* (Müller, 2007, s. 26-27)



Pracovní terapii jinak nazýváme pojmem ergoterapie. „*Ergoterapie je lékařem předepsaná léčebná činnost pro tělesně, duševně nebo smyslově postižené osoby, kterou vede ergoterapeut.*“ (Kubínková, Křížová, 1997, s. 7) Pro každého klienta (ve zdravotnictví spíše používán pojem rehabilitant) je vypracován individuální léčebný program, při kterém jsou užívané specifické formy a metody péče. Ergoterapie je spíše chápána jako zdravotnický obor. KUBÍNKOVÁ a KŘÍŽOVÁ (1997) uvádějí následující hlavní oblasti ergoterapie:

- a) *Kondiční ergoterapie* – jde o odpoutání klienta od sebe sama, tzn. udržet duševní pohodu. Jedná se např. o ruční práce, vyšívání, práce s hlínou, papírem, četbu, společenské hry, práci na zahradě
- b) *Ergoterapie cílená na postiženou oblast* – důležitá je znalost základní anatomie lidského těla. Práce by měla být cílená, přesná, dávkovaná. Jedná se např. o cvičení pomocí nástroje, sportovního náradí. Jde o zvětšení svalové síly, zlepšení hybnosti a svalové koordinace
- c) *Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění*
- d) *Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti* – jedná se o nacvičení soběstačnosti v každodenních situacích jako je např. oblékání, mytí, používání toalety, nácvik komunikačních dovedností (jak řeči, tak psaní). Mimo jiné sem patří i činnosti týkající se jídla, hygieny, nákupů v obchodě a další.

HORNÁKOVÁ (In: Pipeková, Vítková, 2001) chápe činnostní terapii jako cílenou léčbu zaměstnáváním. Má široké uplatnění nejen u dospělých, ale i u dětí. Výhodou tohoto terapeutického přístupu je, že terapeut vidí činnost, reakce či problémy v běžných či problémových situacích, jak klient komunikuje s lidmi, jak zvládá úspěch či neúspěch a další, a není proto závislý na informace sdělené klientem. Díky tomu může terapeut pomoci klientovi přímo v dané situaci najít smysluplné řešení. HORŇÁKOVÁ (In: Pipeková, Vítková, 2001) se dále domnívá, že veškeré problémy klienta se promítají i do činností a tak je může vhodně zvoleným zaměstnáním ovlivnit. Při společné činnosti se lépe navazuje vztah s klientem, a díky činnosti (odpoutání pozornosti od problému) dochází i k jeho uvolnění, a tím i k lepšímu navázání rozhovoru. Proto je činnostní terapie vhodná u lidí méně komunikačně zručných či u lidí s malou sebedůvěrou či odvahou. Základní ideou tohoto přístupu je: „Co se děje při pracovní činnosti“. Mezi hlavní oblastí činnostní terapie patří: pomoc rodině, rehabilitace narušených funkcí, pomoc při orientaci v životním prostředí, podpora

samostatnosti, stimulace (zjm. vnímání, myšlení, řeč a další), a korekce problémového chování (např. korekce zlovyků).

V praxi od sebe pracovní a činnostní terapii prakticky nelze odlišit, ale základní rozdíl shledáváme v tom, že pracovní terapie (ergoterapie) spěje k jasně danému výrobku, tzn. k „*výslednému okamžiku práce*“, jde tedy o to, aby práce byla splněná (např. složené prádlo, vypleté záhony) oproti tomu činnostní terapie se zaměřuje na samotnou činnost dané práce, konečný výsledek má jen druhořadý význam. (srv. Janková, 2013, Pipeková, 2001)

### 4.3.3 Psychomotorická terapie

Základní princip psychomotorické terapie je ovlivňování duševních procesů člověka prostřednictvím tělesné stimulace pomocí specifických metod a technik. Pojem psychomotorika chápeme jako „*souhrn pohybových projevů člověka, jeho volní i mimovolní pohybové činnosti včetně gestikulace, mimiky, grimas aj.; odráží okamžitý psych. stav člověka.*“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 486) Psychomotorickou terapií pak chápeme široké spektrum činností a přístupů, které velmi často přesahují i do ostatních terapeutických technik. (Müller, 2007, Bendlová, Zikl, 2011)

„*Psychomotorická terapie je tedy terapeutický přístup (či spíše skupina přístupů), jehož prioritou je ovlivňování duševních procesů člověka za pomoci tělesné stimulace (čímž se liší od fyzioterapie), a proto ji lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci pohybu (zasazeného do širšího kontextu psychomotoriky) použitého za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.*“ (Müller, 2007, s. 27)

Mezi metody a techniky psychomotorické terapie můžeme zařadit pantomimu, tanec, relaxace, pohybové hry, improvizace s pohybem, a další. Prvky (jako jsou specifické pohybové, nebo tělesně stimulující metody) této terapie mohou být začleněny již do ucelených konceptů jako je např. léčebná eurhythmie Rudolfa Steinera, metody pohybového rozvoje Veroniky Sherborne, bazální stimulaci Andree Fröhliche, cvičení smyslů Marie Montessori, taneční terapie, autogenní trénink a další. (srv. Pipeková, Vítková, 2001, Müller, 2007, Bendlová, Zikl, 2011)

#### 4.3.4 Expresivní terapie

Dle WEBU 1: „*Expresivní terapie je psychoterapie, která využívá pro vyjádření (expresi), kontakt, intervenci i jiné formy než verbální. Kromě slova nám ve vztahu a terapeutickém procesu napomáhá pohyb, metafora obrazu, tance, dramatické scénky, hudby, zvuku, básně a podobně. Někdy se mluví o neverbální terapii, kreativní terapii.*“ Mezi základní druhy expresivních terapií řadíme dramaterapii, teatroterapii, psychodrama, muzikoterapii, biblioterapii a arteterapii. (Müller, 2007)

Expresivní terapie jsou blíže rozebrány v následující kapitole (viz Kapitola 5).

#### 4.3.5 Terapie s účastí zvířete

Terapie s účastí zvířete je někdy nazývána i odbornými pojmy zooterapie nebo animoterapie. Mezi již popsanými terapiemi zaujímá výjimečné postavení. Ona „výjimečnost“ spočívá v prostředí, kterým se terapie uskutečňuje – kromě člověka se na terapii podílí další živý tvor. Může se jednat o jakékoliv společenské zvíře, ale nejčastěji se jedná o psy, koně a kočky. Zvířata napomáhají k psychické stimulaci a k rozvoji sociální komunikaci, dále mohou napomáhat k dosažení jistého stupně samostatnosti a nezávislosti a uspokojují potřeby bezpečí a jistoty. (Müller, 2007)

Dle BENDLOVÉ a ZIKLA (2011) má terapie s účastí zvířete pozitivní vliv na zkvalitňování hrubé a jemné motoriky, koordinaci pohybů, orientaci v prostoru, zrakové a sluchové vnímání, na rozvoj komunikačních dovedností, kognitivních schopností (myšlení, fantazie, představivost, paměť a řeč), zkvalitnění koncentrace pozornosti a jiné. Během terapie může probíhat i výuka: „*Mozek nové poznatky snadněji zpracuje a uloží do paměti pohyb, vědomosti a zážitky, jsou-li emocionálně podbarveny.*“ (Bendlová, Zikl, 2011, s. 113)

WEB 2 uvádí nejčastěji využívaná zvířata pro terapeutické činnosti:

- Psy – canisterapie
  - jedná se o „*působení psa na psychiku člověka*“ (Bendlová, Zikl, 2011, s. 113)
  - mezi nejčastější formy canisterapie patří: mazlení se psem, hra se psem a výcvik psa (Müller, 2007)

- Koně – hipoterapie
  - hipoterapie je součástí tzv. hyporehabilitace (stejně jako např. pedagogicko-psychologického ježdění či rekreační ježdění handicapovaných) (Müller, 2007)
  - „hipoterapie funguje na bázi fyzioterapie (funguje na základě souladu pohybu koně a pohybu klienta čili na základě primárního fyzikálního působení)“ (Müller, 2007, s. 33)
- Kočky – felinoterapie
  - formy felinoterapie: pohádky se živými zvířaty (s využitím loutek, rytmizačních říkanek, hudebním podkladem a jiné), přítomnost kočky v místnosti, péče o kočku, mazlení a hraní si s kočkou (Bendová, Zíkl, 2011)
- Malá zvířata – akvarijní rybičky
  - plazi (např. želvy, ještěři, hadi)
  - ptáci (papoušci, drobní pěvci, dravci)
  - drobní savci (křečci, morčata, králíci, potkani, krysy, činčily, fretky, a jiné)
  - principem terapie je např. sledování pohybu, světla a barev, výcvik a péče o zmíněná zvířata, a hlavně kontakt se zvířetem (Web 2)
- Hospodářská zvířata – některé aspekty této terapie lze považovat za aspekty pracovní terapie u jedinců se zdravotním postižením a u jedinců s psychosociálními problémy (někdy nazývané jako farmingterapie)
  - Pro aplikaci tohoto typu terapie byly vybudované speciální terapeutické farmy, které jsou zaměřené na poznávání hospodářských zvířat, ale provozovat se může i na běžné farmě.
  - nejvhodnější jsou miniaturní plemena hospodářských zvířat (prasata, kozy, ovce, králíci, poníci) (Web 2)
- Další typy terapií za pomoci dalších zvířat
  - jedná se o terapii za účasti zvířat žijících v zajetí v zoologických zahradách, zookoutků, chovných a záchranných stanic a jiných

- terapie se provádí formou cíleného pozorování, pomoci při péči o tato zvířata, u ochočených zvířat se pak jedná o hlazení, mazlení, krmení a další.
- nejčastěji se využívají lamy (lamaterapie), Delfíni (delfinoterapie), sloni (terapie se slony)
- vedle zvířat žijících v zajetí se využívají i zvířata žijící ve volné přírodě a to formou cíleného pozorování zvířat např. v parku či jako péče o lesní zvěř, ptačí budky a další (Web 2)

#### 4.4 Další terapeuticko-formativní přístupy

Při rozvíjení osobnosti jedinců s mentálním postižením jsou aktivně využívány i další terapeutické přístupy, které jsou obtížně zařaditelné do výše předložené klasifikace terapií a terapií ve speciální pedagogice. Pro potřeby textu byly vybrány následující terapeuticko-formativní přístupy: snoezelen, bazální stimulace, Bobath terapie, colorterapie a aromaterapie.

##### Snoezelen

Odborný pojem snoezelen vznikl spojením dvou nizozemských slov – „snuffelen“ (cítit) a „doezelen“ (dřímát, pospávat). Snoezelen je terapeutická metoda, která spočívá ve specifické úpravě prostředí na tzv. multisenzorickou místnost, jež slouží nejen k rozvoji psychomotorických funkcí, ale hlavně k relaxaci a odpočinku, tzn., že *„klient nic nemusí, není do ničeho nucen a vše je dovoleno“*. (Filatova, Janků, 2010, s. 24)

Základním principem snoezelenu je poskytování senzorní stimulace v klidném a nestresujícím prostředí. Důraz není kladen na rozvoj kognitivních oblastí (paměť a myšlení), ale na uspokojování fyzických, emocionálních, psychických a duševních potřeb klienta. Z toho vyplývá, že základními cíli snoezelenu může být např. rozvoj komunikace, kognitivních funkcí, motoriky (zejména jemné motoriky), rozvoj socializace, docílení uvolnění a seberealizace. (Filatova, Janků, 2010)

FILATOVA a JANKŮ (2010) ve své publikaci uvedly definici snoezelenu z webových stránek International Snoezelen Association (mezinárodní asociace sdružující odborníky i přátele a zájemce o Snoezelen), která definuje snoezelen jako:

*„...prostředí, které vytváří pocit pohody, zvolnění, zklidnění, ale také aktivizuje, stimuluje a probouzí zájem, řídí a klasifikuje podněty, vyvolává vzpomínky, organizuje komplexní rozvoj, snižuje pocity strachu a úzkosti, vyvolává pocity jistoty a bezpečí, podporuje socializace a rovno vztahů, přináší radost“.* (Filatova, Janků, 2010, s. 18)

Ve snoezelen místnosti se nejčastěji využívají: světélkující tubusy naplněné vodou, reflektory způsobující různé světelné efekty na stěnách, různě dlouhá světélkující vlákna, různé hudební nástroje, zvukové hračky, přehrávací zařízení. Dále jsou vhodné i různé pomůcky pro boj s případnou agresivitou klienta: panáci, polštáře, rohože. Vedle zmíněných pomůcek pro vizuální a sluchovou percepci jsou i vhodné pomůcky pro čichové vjemy jako jsou aromalampy či vonné svíčky. Velmi často se zapomíná i na stimulaci chuťových vjemů. Vhodná je např. tabulka čokolády či „pamlsky“, které má klient rád. Tato stimulace chuťových vjemů může např. u jedinců s mentálním postižením pozitivně ovlivnit náladu a jejich celkovou dispozici. (Filatova, Janků, 2010)

Metoda Snoezelen může být doplněna, nebo sama může doplňovat např. muzikoterapii, dramaterapii, aromaterapii, arteterapii. Velmi vhodné je využívání konceptu bazální stimulace, různých metod rehabilitačně masážních jako je např. míčkování a další. Při metodě snoezelen je velmi důležitý individuální a nedirektivní přístup. (Filatová, Janků, 2010)

Dle FILATOVÉ a JANKŮ (2010) základní struktura metody snoezelen je

1. Přivítání
2. Aktivní část
3. Relaxační část
4. Závěr a zpětná vazba

### **Koncept Bazální stimulace**

Koncept bazální stimulace vytvořil německý speciální pedagog Andreas Fröhlich, který později společně se zdravotní sestrou Christel Bienstein vytvořil systém vzdělávání certifikovaných lektorů. Fröhlich v 70. letech 20. století pracoval v Rehabilitačním centru s dětmi s těžkými kombinovanými vadami. Tento koncept umožňuje navazovat kontakt s jedinci s hlubokou mentální retardací z důvodů jejich omezených schopností v oblasti komunikace. (Friedlová, 2007)

Princip konceptu je ve „*schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály a také reagovat přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání*“, a díky tomu tak lze navázat komunikace s jedinci s mentálním postižením. Původně byl koncept využíván čistě pro pedagogické, potažmo speciálně pedagogické účely, až v 80. letech Christel Bienstein převedla koncept bazální stimulaci do ošetrovatelské péče, konkrétně na jedince ve vigilním kómatu. (Friedlová, 2007 s. 13)

„*Základními prvky konceptu bazální stimulace jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení. Koncept bazální stimulace umožňuje lidem se změnami v těchto třech oblastech podporu, a to cílenou stimulací smyslových orgánů a využívá schopnosti lidského mozku uchovávat své životní návyky v paměťových dráhách v různých regionech*“. Cílenou stimulací lze obnovit uložené vzpomínky, které aktivují mozkovou činnost, což podporuje vnímání, komunikaci a hybnost klientů. (Friedlová, 2007, s. 19)

Popisovaný koncept je vhodný pro všechny věkové kategorie, lze ho individuálně přizpůsobit momentálnímu stavu klienta, ke kterému je přistupováno jako k rovnocennému partnerovi a jako k člověku se svojí vlastní životní historií. (Friedlová, 2007)

Základními cíly konceptu je podpora a možnost vnímání prostřednictvím: „*stimulace vnímání vlastního těla, podpora rozvoje vlastní identity, umožnění vnímání okolního světa, umožnění navázání komunikace se svým okolím, zvládnutí orientace v prostoru a čase, zlepšení funkcí organismu*“. (Friedlová, 2007, s. 24)

Koncept bazální stimulace vhodně doplňuje další terapeutické přístupy, jako jsou např. muzikoterapie, snoezelen, aromaterapie a další.

## **Aromaterapie**

Princip aromaterapie spočívá ve vdechování (inhalaci) nebo aplikaci esenciálních olejů z různých druhů vybraných rostlin. Aromaterapie se používala již ve 3. tisíciletí před Kristem nejen jako léčba různých nemocí, ale i jako péče o tělo. (srv. Tröndle, 2008, Kelnarová, Matějková, 2008)

Konkrétní vůně může člověku vyvolat již prožité vzpomínky, asociace, ale i emoce, a tím mohou ovlivnit psychický stav. Této skutečnosti využívá aromaterapie pomocí éterických olejů, které jsou získávány jako esence z květů, listů, stonků,

kořenů, semen a plodů z vybraných rostlin s vysokým obsahem vonných látek. (Tröndle, 2008)

Mezi základní formy aromaterapie patří:

- Klinická – oleje jsou využívány k vnitřnímu využití při léčbě infekcí a chorob. Tento typ aromaterapie je využíván ve Francii vyškolenými profesionály.
- Estetická – využívá se doplňkově ke kosmetické terapii a k relaxaci. Je využíván i lidmi bez profesionálního např. lékařského vzdělání. (Kelnarová, Matějková, 2008)
- Holistická – slouží k ucelení léčebného procesu. „*Holistická aromaterapie kombinuje hmat a čich k terapeuticky prospěšné léčbě. Esenciální oleje mají hluboký účinek. Je-li nervový a oběhový systém uvolněn, není vystaven stresu, pak se můžeme cítit dobře na duši i na těle.*“ (Kelnarová, Matějková, 2008, s. 101)

Mezi základní metody aromaterapie patří masáže, obklady, inhalace, koupele a další. Esenciální oleje mají vliv na pocity a náladu, dále mají antibakteriální a antiseptické účinky. (Kelnarová, Matějková, 2008)

Vedle Snoezelenu, konceptu bazální stimulace a aromaterapie je celá řada dalších metod a technik, které se využívají jako samostatné přístupy, nebo doplňují již výše definované terapeutické přístupy. Jedná se např. o míčkování, Bobath koncepci, colorterapii, Vojtovu metodu, orofaciální stimulaci.

Všechny dosud zmíněné terapie ve speciální pedagogice, včetně dalších terapeuticko-formativních přístupů, se mohou navzájem doplňovat a kombinovat pro maximálně využití jejich potenciálu při rozvoji osobnosti jedinců s mentálním postižením.



## 5. Expresivní terapie

Expresivní terapie jsou, v širším slova smyslu, často souhrnně označované odborným pojmem arteterapie. Tuto skupinu terapií lze definovat jako *„odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci uměleckých prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem“*. (Müller, 2007, s. 28)

Pro pochopení následující kapitoly je důležité vysvětlit pojem expresivní. HARTL, HARTLOVÁ jej chápou jako *„citové zabarvení“*, nebo *„vyjádření vnitřních prožitků jedinců“* (Hartl, Hartlová, 2004, s. 151) a to verbálně i neverbálně prostřednictvím specifického media, nejčastěji uměleckého (dramatická metoda, hra, výtvarný projev, hudba) nebo pohybového (pantomima, pohyb). (Vymětal, 2007)

Umělecké prostředky zastupují „základní“ druhy umění, konkrétně umění dramatické, hudební, literární a výtvarné. Z nich pak vycházejí hlavní druhy expresivních terapií – dramaterapii, teatroterapii, psychodrama, muzikoterapii, biblioterapii a arteterapii (tentokrát v užším slova smyslu). (Müller, 2007)

### 5.1 Arteterapie

Jak již bylo v textu (viz výše) nastíněno, odborný pojem arteterapie je chápán v užším a širším slova smyslu. V širším slova smyslu arteterapie znamená *„léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění“*. V užším slova smyslu se pak jedná o *„léčbu výtvarným uměním“*. (Šicková-Fabricsi, 2002, s. 30) Předkládaný text pracuje s pojmem arteterapie v užším slova smyslu.

Slovo arteterapie je latinsko-řeckého původu a vzniklo spojením slov „Ars“, což znamená umění a „therapeineiosi“ což je překládáno jako léčit, nebo vrátit do stavu harmonie se sebou samým. (Pipeková, Vítková, 2001)

*„Pro arteterapii je víc důležitý proces tvorby se všemi psychologickými a speciálně (léčebně) pedagogickými aspekty než produkt výtvarného úsilí klienta (tj. výtvarný artefakt), nicméně výtvarná hodnota díla může někdy hrát terapeuticko-rehabilitační roli.“* (Valenta, Müller, 2003, s. 166)

Základní typy arteterapie:

- a) *receptivní* – spočívá ve „*vnímání uměleckého díla vybraného s určitým záměrem terapeuta*“. (Šicková-Fabrice, 2002, s. 30) Typické jsou návštěvy výstav a galerií, projekce diapositivů a další. V receptivní arteterapii jde o lepší pochopení sebe sama prostřednictvím poznávání pocitů jiných lidí. (Šicková-Fabrice, 2002)
- b) *produktivní* – spočívá v přímém použití *konkrétních technik*, tzn. použití kresby, malby, modelování, dále např. *intermediálních aktivit*, jako jsou aktivity propojující různá media a v neposlední řadě i zúčastňování se *happeningu* u jednotlivce či skupiny. (Šicková-Fabrice, 2002)

Dle Šickové-Fabrice (2002) rozeznáváme dvě základní formy arteterapie:

- a) Individuální – je vhodná pro klienty, jejichž problém vyžaduje plnou pozornost arteterapeuta, nebo kteří by jakýmkoliv způsobem narušovali fungování skupiny, např. děti s diagnostikovanou hyperaktivitou, nebo naopak s úzkostí
- b) Skupinová – např. rodinná arteterapie či arteterapie v partnerském vztahu

Dle Šickové-Fabrice (2002) dělíme v arteterapii materiály na měkké, křehké a tvrdé a dále ještě na dvojdimenzionální a trojdimenzionální.

- a) Měkké – dvojdimenzionální – prstové barvy, vodové barvy, temperové barvy, olejové barvy, pastel
  - trojdimenzionální – hlína, písek, plastelína, modurit, drát
- b) Křehké – sklo
- c) Tvrdé – dvojdimenzionální – tužky, pastelky
  - trojdimenzionální – dřevo, kámen

Dvojdimenzionální arteterapeutická media jsou kresba, malba a koláž. (Šicková-Fabrice, 2002)

Arteterapie je vhodná jak pro všechny věkové kategorie, tak i pro jedince např. s vývojovým, tělesným, mentálním, a sociálním postižením, s tělesnou, nebo duševní nemocí. Může být aplikovaná v psychiatrických léčebnách, v nemocnicích,

v domovech důchodců a dalších. Mezi základní cíle patří uvolnění, sebevímání, vizuální a verbální uspořádání zážitků, poznání vlastních možností, růst osobní svobody a motivace, rozvoj fantazie, celkový rozvoj osobnosti. Zmíněné cíle patří do kategorie cílů individuálních. Dále rozlišujeme cíle sociální, mezi které patří např. vnímání a přijímání druhých lidí, navázání kontaktu, zapojení do skupiny a kooperace, komunikace, vytváření sociální podpory. (Šicková-Fabricsi, 2002)

U jedinců s mentálním postižením je hlavním cílem arteterapie kompenzace intelektových deficitů, kognitivních funkcí, ale dále i zlepšování komunikační dovednosti, vytváření žádoucích vzorců chování, nácvik empatie, sebereflexe a sebeovládání. Z výše zmíněných technik jsou pro jedince s mentálním postižením nejvhodnější techniky tělesně orientované - nejideálněji na hmat. Pro jedince s mentálním postižením je silný zážitek, zprostředkovaný nejrůznějšími výtvarnými aktivitami, způsob učení, kterým se dozvídají více o světě a jeho souvislostech. (Šicková-Fabricsi, 2002)

## 5.2 Paradivadelní systémy

Pro srozumitelnost této skupiny terapií je využito dělení VALENTY (2011). *„Použití“ divadla k nedivadelnímu účelu, tedy k účelu, který prvotně nesleduje uměleckou hodnotu či estetický zážitek, ale jehož cílem je jakési „praktičtější“ využití dramatu, lze právě v duchu tohoto užití rozdělit na dvě skupiny: 1. divadlo (drama) – edukační prostředek; 2. divadlo (drama) – prostředek léčby (terapie).“* (Valenta, 2011, s. 12)

Toto pojetí divadla, tzn. k nedivadelním účelům, začala odborná veřejnost označovat jako paradivadelní systémy. Tyto paradivadelní systémy se dělí podle již uvedeného dělení na:

- a) Paradiadelní systémy edukační povahy – dramatická výchova a divadlo ve výchově
- b) Paradiadelní systémy terapeutické povahy – psychodrama, sociodrama, psychogymnastika, teatroterapie, dramaterapie

VALENTA (2011) uvádí ještě skupiny „další paradivadelní systémy“ do nichž zařazuje techniky divadla utlačovaných, divadelní sporty, Playback Theatre a další.

Následující text se zabývá paradivadelními systémy terapeutické povahy.

### 5.2.1 Dramaterapie

Dramaterapie je terapeutický přístup využívající prvky dramatického umění, který se v 60. letech 20. století oddělil od psychodramatu (viz text níže). (Valenta, 2001)

*„Dramaterapie je léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně-sociálního růstu a integrace osobnosti.“* (Valenta, 2006, s. 7)

Dramaterapie se zaměřuje na témata, která se spontánně projeví v procesu volné asociace během improvizace. V porovnání s ostatními paradivadelními systémy má dramaterapie nejširší klientelu, z nichž nejpočetnější skupinu klientů tvoří jedinci s mentálním postižením. Do skupiny klientů patří ale i jedinci s psychiatrickou diagnózou, jedinci se specifickými vývojovými poruchami učení a chování, mládež s jinými poruchami chování či psychosociálně ohrožená, gerontologičtí klienti a další. Z přehledu klientů je patrné, že k dramaterapii mají velmi blízko následující profese: speciální pedagogové, sociální pedagogové, pedagogové např. volného času, psychologové, lékaři a další. (Valenta, 2011)

Cíle popisované terapie jsou variabilní a závislé na typu klientely, tzn., že jiné cíle jsou stanoveny pro klienty s mentálním postižením jiné pro jedince se sluchovým postižením. Pro představu jaké cíle se mohou vytyčit, uvádí VALENTA (2011) např. modulaci hlasu, pozorování v zrcadle (např. u jedinců s poruchami autistického spektra), cvičení paměti, uvědomění si svého přínosu a s tím spojený fakt, že další život má smysl (senioři), zvyšování sociální interakce, posílení sebedůvěry, sebeúcty, rozvoj představivosti a koncentrace.

Mezi základní dramaterapeutické techniky patří např.: klasické divadelní činnosti, práce s textem, vyprávění příběhů, práce s pohybem, vytváření „sousoší“

s pomocí členů skupiny, mimická a řečová cvičení, vyprávění příběhů, mýty a příběhy, pantomima, loutková a maňásková hra, improvizace, rituál a další. (srv. Pipeková, Vítková, 2001, Žáček, 2007)

## 5.2.2 Teatroterapie

Teatroterapii lze charakterizovat podobně jako dramaterapii, s tím rozdílem, že u teatroterapie je kladen důraz nejen na proces, ale také na produkt, tzn. na vlastní divadelní představení před publikem, čím se liší od ostatních expresivních terapií. *„Veřejná performance pak přináší další pozitiva, jako je inkluze (integrace minority osob se zdravotním postižením do majoritní většiny), sociální rehabilitace herců s postižením, úprava a posílení jejich aspirace, sebehodnocení a sebepojetí, saturování vyšších potřeb (seberealizace, životního cíle, apod.).“* (Valenta, 2006, s. 7)

I přes předloženou definici, není tento typ terapii jen pouhou přípravou amatérského či profesionálního divadelního představení. Základním cílem je léčba, která je uskutečňována prostřednictvím procesu přípravy a s tím spojenou následnou prezentací divadelního představení. Díky tomu se teatroterapie nejvíce přibližuje umění, v porovnávání se všemi předloženými expresivními terapiemi. Charakteristické pro teatroterapii je, že se *„jedná o divadlo připravované a hrané převážně herci s handicapem.“* (Valenta, 2006, s. 11)

Handicapem rozumíme postižení mentální, zrakové, sluchové a tělesné, psychické nemoci a další. Divadlo se připravuje pod vedením odborníka, kterým je např. speciální pedagog, terapeut, profesionální herec. Z uvedeného textu vyplývá, že teatroterapie je složitý proces přípravy a následné interpretace divadelního představení. Tento proces zahrnuje nejen herce, ale i scénáristy, dramaturgy, hudebníky, skladatele, zvukaře, osvětlovače, kulisáky, malíře, švadleny aj. Teatroterapie se často zaměřuje např. s přípravou vánoční besídky dětí s mentální retardací, což je chyba. (Valenta, 2006)

VALENTA (2006) uvádí následné cílové efekty teatroterapie: rozvoj verbální i neverbální komunikace, zmírnění sociálních fobií, zlepšení sebekritiky a sebereflexe, zvýšení sebevědomí, zvládnutí kontroly svých emocí.

### 5.2.3 Psychodrama

Za zakladatele psychodramatické školy je považován J. L. Moreno. „Psychodrama je dramatická improvizace zaměřená k terapeutickým účelům, kdy klient dramatizuje svoje zážitky, přání, postoje a fantazii.“ (Valenta, 2011, s. 16)

Skupinová forma je vhodná pro klienty s diagnostikovanými neurózami, individuální pak pro psychotické klienty. Naopak psychodrama není doporučeno jedincům, u kterých se objevily tendence zabít druhého člověka, pro jedince závislé na drogách či alkoholu je vhodnější používat realistické kulisy a situace. (srv. Pipeková, Vítková, s. 2001, Žáček, 2007)

Dle MORENA (In: Valenta 2011) psychodrama využívá pěti základních prostředků (viz Obrázek 5).

#### Obrázek 5: Pět základních prostředků dramaterapie

- **Jeviště** jakožto jasně vymezený a bezpečný prostor pro klienta-protagonistu, v němž realita („teď a tady“) a fikce („jako by“) nejsou v konfliktu.
- **Klient** jako protagonista představující na jevišti především sebe sama (nikoliv tedy „herce“) a hrající „svůj příběh“ zcela svobodně a spontánně (tedy s důrazem na jednání a ne verbální deskripci, přičemž velmi důležitý je tělesný kontakt s koterapeuty a „pomocným egem“ – pohlazení, objetí, podání ruky, poplácání, procházení, společné jídlo...).
- **Direktor** plní funkci jednak terapeuta snažícího se udržet paralelu mezi dramatizací protagonisty a jeho životem, jednak režiséra provokujícího k akci a jednak analytika doplňujícího vlastní interpretaci reakce publika. Nejdůležitější aktivitou režiséra je „nastartování“ klienta na počátku psychodramatu, poté režisér do děje zasahuje minimálně nebo nezasahuje vůbec.
- **Publikum** poskytující protagonistovi podporu (v ojedinělých případech naopak od něj tuto podporu požadující) a často zastupující veřejné mínění, jako tomu bylo v případě chóru v prvotních antických dramatech.
- **Koterapeuti**, pomocní herci, pomocné ego jsou nástroji v rukou protagonisty, znázorňujícími fiktivní či skutečné postavy jeho dramatu.

V současné době jsou stále využívány morenovské techniky, kterých je asi třistapadesát, mezi které patří např.

- hraní vlastní role – zahrnuje vnější reakce klienta,
- sebeprezentace a monolog – vyjadřuje vnitřní stav klienta,
- dvojník a alter ego – hraní pomocného herce vyjadřujícího „druhé já“ klienta,
- výměna rolí – klient hraje konfliktní osobu ze svého okolí,
- zrcadlo – portrétování klienta pomocnými herci,
- pomocný, projekce, interpolace odporu, svět a další (srv. Pipeková, Vítková, 2001, Valenta, 2007, Valenta, 2011)

Psychodrama má za cíl vytvořit takové prostředí a situaci, které pomáhají klientovi pochopit vlastní reakce a umožňují korigovat emoce. Tento typ terapie je vhodný také k proniknutí do minulých traumatických zážitků a k následné práci s daným problémem. (Valenta, 2011)

Psychodrama má i své variace jako je např. psychomelodrama (psychodramatická hra podbarvená hudbou, s klientem hraje výhradně terapeutický tým), satidrama, kosmodrama (předchůdce satidrama, jedná se o splynutí sociodramatu s buddhistickými meditačními prvky), figurativní psychodrama (prostřednictvím výměny rolí přehrávat na jevišti vnější a vnitřní svět, tzn. objekty, osoby, sny nebo fantazie) nebo Pесо terapie (jde o vytvoření bezpečného prostředí, kdy klient může projevat svůj vnitřní stav, řešit problémy a to vše na tělesné úrovni; základní předpoklad je, že existuje přímá souvislost mezi fyzickými pocity a slovy).

#### **5.2.4 Sociodrama**

Sociodrama je další terapeutický přístup využívající divadelní prvky. „*Sociodrama prakticky splývá s psychodramatem s tím rozdílem, že psychodrama je více zaměřeno na přehrávání osobních problémů klienta, zatímco sociodrama na hraní rolí v situacích obsahujících odlišné socionormy a hodnoty (odtud též zřídka užívaný název axiodrama) – vztahy societ, sociopolitické problémy atp., které se bezprostředně týkají klientů.*“ (Valenta, 2011, s. 17)

#### **5.2.5 Psychogymnastika**

Psychogymnastika je mnohdy označovaná pojmem psychopantomima. Důvodem tohoto označení je prostředek vyjadřování – podstatou je nonverbální vyjadřování situací a vztahů, nejčastěji prostřednictvím pantomimy (gesta, mimika, pohyby). (Valenta, 2011, s. 18)

V psychogymnastice se v první fázi cvičí správné držení těla (procvičuje se od hlavy až ke konečkům prstů), následuje gymnastická část, která přechází ve výrazovou část, spočívající v uvědomování si vlastního těla, pocitů napětí a uvolnění, fyzické

znázorňování myšlenek, představ. V této fázi přechází psychogymnastika v psychopantomimu – stejně jako někteří autoři, i tento text tyto dva pojmy nerozlišuje. V oblasti „gymnastiky“ se důraz klade na cviky, které srovnávají kontrastní pohyby (např. vláčné a prudké, pomalé a rychlé, pohyby s napětím a uvolněním), různé „honicí“ hry a další. Část využívající pantomimu je zaměřena na všechny oblasti života. Jedná se o běžné situace (např. vybrat a odevzdat dárek, upozornit na sebe, prodávat a nakupovat), témata z oblasti mezilidských konfliktů (vzdát se něčeho drahého, ukřivdění, konflikt s nadřízeným), osobní problematika pacientů (jaký jsem, jaký bych chtěl být, moje minulost, přítomnost, budoucnost) a mezosobní vztahy v terapeutické skupině (projevy sympatie, antipatie, soutěže ve smíchu, smutku). (Kulka, 2008)

Výše zmíněné paradiadelní systémy mají za cíl jedincům s mentálním postižením *„napomoci řešit potenciální situační problémy, autenticky prožívat životní situace, motivovat jek přirozenému zájmu o okolní dění, učit je žít mezi lidmi, vytvářet hodnotící postoje, napomoci jim vytvořit určitý životní styl, který následně vede k jejich socializaci“*. (Bendová, Zikl, 2011, s. 107)

### 5.3 Muzikoterapie

První zmínky o pozitivním vlivu hudby na člověka jsou datovány již 4 tisíce let před Kristem. V ontogenezi člověka hraje „hudba“ roli již v prenatalním období – tlukot srdce, hlas matky. Hudba má velký význam i v léčitelské ceremonii přírodních národů, např. v Amazonské oblasti či u původních obyvatel Austrálie. V současné době se s muzikoterapií, nebo s jejími prvky, můžeme nejčastěji setkat ve zdravotnictví a ve školství. (Pipeková, Vítková, 2001)

První zmínky, v podobě nástěnných maleb, o využívání muzikoterapie jsou datovány asi do 3. tisíciletí před Kristem v Číně, Indii, Mezopotámii, Egyptě a Judei. Písemné zmínky se pak datují do zhruba 2. století před Kristem v Řecku. (Pipeková, Vítková, 2001)

*„Pojem muzikoterapie má řecko-latinský původ. Řecky moisika, latinsky musica znamená hudba; řecky therapeia, therapeineo, latinsky iatreia znamená léčit, ošetřovat, vzdělávat, cvičit, starat se, pomáhat.“* (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 21)  
Z předložené definice vyplývá, že pojmem muzikoterapie rozumíme léčení nebo pomoc



člověku hudbou. V hovoru se někdy můžeme setkat i s českým překladem „hudební terapie“.

Pro muzikoterapii je charakteristický interdisciplinární přístup. Nejblíže vztah má muzikoterapie s obory hudebními (hudební psychologie a pedagogika, dějiny hudby, nauka o nástrojích a jiné), psychologickými (obecná a vývojová psychologie, patopsychologie atp.), psychoterapeutickými (psychoterapie hlubinná, kognitivně-behaviorální aj.), pedagogickými (obecná pedagogika, speciální pedagogika), medicínskými (neurologie, psychiatrie, fyziologie aj.), sociologickými (sociopatologie, sociologie skupin a rodiny a další), lingvistickými (teorie komunikace) a expresivními terapiemi (arteterapii, dramaterapie, psychodrama). (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

Stejně jako na arteterapii lze na muzikoterapii pohlížet v širším a užším významu. V užším slova smyslu lze muzikoterapii chápat jako psychoterapeutickou metodu nebo doplňkový přístup v psychoterapii. Tento pohled byl „populární“ spíše v minulosti, v současné době se odborná veřejnost přiklání spíše k širšímu významu muzikoterapie. Toto pojetí chápe muzikoterapii jako integrovaný celek zkušeností a terapeutického využívání hudby z pohledu širokého spektra oborů v oblastech pomáhajících profesí, jako je např. speciální pedagogika, fyzioterapie, neurologie, ošetrovatelství, porodnictví, paliativní péče. Tento pohled upravuje původní definici muzikoterapie, z původního „léčení hudbou“ se transformuje na „*pomoc hudbou člověku se zdravotními nebo edukačními problémy.*“ (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 23)

Oficiální definici muzikoterapie vydala Světová federace muzikoterapie v roce 1996: „*Muzikoterapie je použití hudby a/nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikace, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál a/nebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby.*“ (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 27) Definicí je však nepřeborné množství, ale i přesto se dle KANTORA, LIPSKÉHO a WEBERA (2009) objevují některé společné charakteristiky: využívání hudebních zkušeností, po klientovi není požadováno předchozí hudební vzdělání, hudba má neverbálně komunikační, strukturální, emocionální, kreativní a estetické

kvality. Muzikoterapie je systematický proces intervence, který by měl být provozovaný kvalifikovaným a kompetentním muzikoterapeutem, a další. (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 23)

Problematika indikace a kontraindikace na člověka nemá jasně daná pravidla. Ve hře je velké množství faktorů, ale obecně se dá říci, že důležité jsou zkušenosti muzikoterapeuta a jeho ochota riskovat. Muzikoterapie je indikována např. pro jedince, které reagují na zvuk nebo hudbu jako jeden z mála komunikačních kanálů (např. jedinci s těžkým tělesným postižením, senioři s demencí), pro jedince s omezenou kognitivní kapacitou (děti, jedinci s mentální retardací), u kterých je evidentně šance, že by muzikoterapie mohla být úspěšná.

Kontraindikace jsou charakteristické pro jedince s psychózami v akutním stádiu, s antisociálními poruchami osobnosti, pro osoby s epilepsií, která je vyvolávaná určitými hudebními podněty (jedná se o tzv. muzikogenní epilepsii), pro jedince, kteří už v minulosti muzikoterapii podstoupili, nepomohla a dále v ní nemají důvěru a jiné. (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

Jako většina expresivních terapií má i muzikoterapie své formy – individuální, skupinovou a komunitní (typ skupinové, nejedná se o uměle vytvořenou skupinu, ale o už existující skupinu jako je např. rodina, skupina pracovníků, vrstevníků).

BENDLOVÉ, ZIKL (2011) a MÜLLER (2007) dělí muzikoterapii dle způsobu zapojení klienta do procesu muzikoterapie do dvou skupin:

1. Aktivní – klient se zapojuje do muzikoterapeutického procesu přímo prostřednictvím svého hlasu (hlasová improvizace, zpěv písní, rytmizace říkadel), těla (dechové techniky a hra na tělo) či pomocí hudebního nástroje (tradiční západní nástroje, etnické nástroje, ručně vyrobené nástroje).
2. Receptivní – základem tohoto přístupu jsou poslechové aktivity, ať už reprodukovanou hudbou, či improvizovanou hudbou terapeutem.

Jak při aktivní, tak i při receptivní muzikoterapii mohou být zapojeny i další terapeutické přístupy, jakou je poslech hudby s imaginací, s pohybem, s relaxací, arteterapeutickými a dalšími technikami. (Müller, 2007)

Pro většinu klientů je velmi důležitá pevná a jasně daná struktura, kterou vyžadují jedinci s poruchami autistického spektra, s mentálním postižením, psychotickými poruchami, s ADHD a jiné. Muzikoterapie probíhá jednou až dvakrát týdně v rozmezí zhruba 20-60 minut na individuální terapii a 40-90 ve skupinkové terapii.

Průběh muzikoterapie je odlišný v závislosti na muzikoterapeutické škole, kterou vyznává daný terapeut, na potřebách klienta, ale obecně se udává pět základních fází:

1. **Navazování kontaktu s klientem** – jedná se o verbální komunikaci, provádějí se vstupní rituály (např. kontaktní píseň tzv. „Hello song„), reflexe aktuálního stavu klientů
2. **Warming-up** – provádějí se zahřívací a aktivizační činnosti, které připravují klienta na pozdější, náročnější techniky
3. **Hlavní náplň muzikoterapeutické jednotky**
4. **Relaxace** – slouží k celkovému zklidnění klienta
5. **Závěr** – v této části se reflektují prožité zkušenosti, pokud je možná tak i diskuze a závěrečné hudební rituály (např. „Good bye song“) (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

Pro muzikoterapii je velmi důležité i prostředí. V popisované terapii se jedná o tzv. muzikoterapeutickou místnost, která musí splňovat základní bezpečnostní a hygienické podmínky. Důležité je i soukromí, které není narušené denním provozem, dostatečný prostor pro pohyb a relaxaci. Místnost by měla být vybavena potřebami na sezení (např. židle, taburety, matrace, deky), hudebními nástroji (bubny, Orffovým instrumentářem, kytara, bubny) a přístroji pro poslech hudby. Vhodné je místnost doplnit o další pomůcky jakými jsou např. hračky, loutky, míče, šátky, pastelky, papír.

Hlavním médiem muzikoterapie je hudba, kterou klient vytváří nebo reprodukuje prostřednictvím hudebních prostředků. Mezi základní muzikoterapeutické hudební prostředky patří *hra na tělo* (tleskání, pleskání, dupání, luskání, vytváření zvuků prsty o napnuté líce), *hlas* (řeč, kreativní zpěv, zpěv písní), *hudební nástroje* (tradičně laděné nástroje, Orffův instrumentář, etnické nástroje, nástroje vlastní výroby, kompenzační pomůcky a alternativy běžných nástrojů). (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

Pro jedince s mentálním postižením, může mít hudba velký vliv na rozvoj např. seberealizace. „*Zde se uplatňuje práce muzikoterapeuta, který s pomocí individuálního*

*přístupu a prostřednictvím speciálních hudebních aktivit umožňuje mentálně retardovanému jedinci dosáhnout vnitřní relaxace, pomáhá vyrovnávat a podporovat citový vývoj, snaží se podporovat rozvoj kladných interpersonálních vztahů.*“ (Pipeková, Vítková, 2001, s. 51) Vedle rozvoje seberealizace hudba rozvíjí i vnímání tempa, rytmu, melodie a také harmonii. Již zmiňovaný rytmus, tempo a melodie výrazně ovlivňují motorické schopnosti, zejména v řečové oblasti u jedinců s mentálním postižením. Hudba dále pozitivně ovlivňuje i sociální interakci.

## **5.4 Biblioterapie**

Postavení biblioterapii mezi ostatními expresivními terapiemi je spíše doplňkové. *„Obsahem biblioterapie je na jedné straně vlastní čtení a předčítání (či přednes) daného literárního textu a na straně druhé dokončování či tvorba nového literárního textu (dílčím postupem může být např. hledání osobního i společného významu příslovcí, citátů, výroků či otázek někoho z přítomných – terapeuta, klienta).“* (Valenta, 2007, s. 31)

Slovo „biblia“ je latinsko-řeckého původu a původně znamenalo bibli, Písmo svaté. V průběhu doby se význam slova přenesl na všechny knihy. *„Biblioterapie je léčení duševních chorob vhodně programovanou četbou knih. Pojí se k ní doposud méně používané psaní kratších literárních útvarů (povídek, básní, zřídka biografii, novel).“* (Kulka, 2008, s. 69)

Čtení knih působí na všechny psychické funkce, rozvíjí představivost, podněcuje emocionalitu, poskytuje vzory k následné identifikaci a napodobení. (Kulka, 2008)

Individuální biblioterapie je typická i pro klienty, kteří jsou zvyklí číst. Skupinová biblioterapie se uskutečňuje prostřednictvím zadáním četby a následnou diskuzí o dané knize. Během diskuze se vytváří pozitivní atmosféra, ve které si klienti sdělují zážitky, komentují jednání postav a nevědomky tak odhalují i některé své vlastní rysy osobnosti. *„Klienti na základě četby konfrontují vlastní problémy, hledají jejich řešení, jsou inspirované k dalším úvahám, v knihách nacházejí vzory pro své jednání.“* (Kulka, 2008, s. 69)

Emocionální vývoj dětí je ovlivněn spíše vyprávěním pohádek a příběhů. U dospívajících pak spíše beletrie, která odpovídá jejich vlastním zkušenostem.

Někteří autoři z biblioterapie vydělují tzv. poetoterapii, i když odborná veřejnost není jednotná v zařazení poetoterapie. Jedna skupina chápe poetoterapii jako samostatně stojící terapii, jiní jí chápou jako součást biblioterapie. Poetoterapie je „*systematické terapeutické působení na psychicky, somaticky, a sociálně narušené jedince prostřednictvím poezie.*“ (Valenta, 2007, s. 151) Pro potřeby textu není poetoterapie stěžejní terapie, proto se o ní více nebudeme rozepisovat.

U jedinců s mentálním postižením je tento typ terapeuticky upravených činností hůře uskutečnitelný, z důvodu specifických zvláštností, které jsou mimo jiné velmi zřetelné v oblasti čtení a psaní. Výhodnější je tedy využívat spíše pasivní, tzn. receptivní formy biblioterapie, jako je např. filmové zpracování, které je doprovázeno mluveným slovem. Díky této formě biblioterapie je zapojen, a tím i rozvíjen, sluchový a zrakový analyzátor, díky čemuž jedinec s mentálním postižením lépe pochopí danou „prezentaci“. Čtená forma je pro tyto jedince náročnější z důvodů krátkodobé pozornosti, nedostatků v představivosti, obtíží v orientaci v textu, což může vést k nepochopení obsahu textu. (Bendlová, Zíkl, 2011)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 1. Výzkum

### 1.1 Cíl výzkumu

Vzhledem k celkovému zaměření diplomové práce bylo nutné podpořit některé zmiňované postoje a závěry, vztahující se k možnosti uplatňování variabilních metod a prostředků vedoucích k maximálnímu rozvoji žáků se specifickými výchovnými a vzdělávacími potřebami a faktickými daty z praxe. Proto byla praktická část předkládané diplomové práce zaměřena na výzkum vlivu prvků expresivních terapií na rozvoj některých osobnostních vlastností žáků s mentálním postižením a přidruženými dalšími poruchami duševního vývoje.

*Hlavní cíl* výzkumné činnosti byl směřován na analýzu vlivu vybraných prvků expresivní terapie na rozvoj významných vlastností osobnosti žáků s mentálním postižením a přidruženými dalšími poruchami duševního vývoje, participujících na efektivitě užívaných konkrétních metod individuálního rozvoje.

Vzhledem k rozsáhlé tématice rozvoje osobnosti lidského jedince nebyla předmětem výzkumu analýza celkového vývoje osobnosti. Vzhledem ke konkrétnímu záměru předložené práce bylo výzkumné šetření orientováno na vybrané dílčí aspekty osobnostního vývoje člověka.

Dále taktéž vzhledem k výzkumnému záměru předložené diplomové práce - nebyly podány podrobné a veškeré informace o všech známých a užívaných expresivních terapiích. Výzkumné šetření bylo zaměřeno pouze na některé prvky expresivních terapií, které dle hypotézy mohou prokazatelně ovlivňovat žádoucím způsobem vývoj osobnostních vlastností žáků zařazených do výzkumného vzorku.

## 1.2 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek byl vytvořen řízeným výběrem dle níže uvedených kritérií. Tvoří jej celkem  $N=15$  respondentů, tj. účastníků mimoškolních aktivit a činností spojených s odborně vedenou terapeutickou náplní (expresivní terapie). Z celkového výzkumného souboru pak byly vytvořeny 2 podsoubory. *Výzkumný podsoubor  $N_1$*  tvořilo 10 rodičů ( $N_1=10$ ) žáků s mentálním postižením a dalšími přidruženými poruchami duševního vývoje. *Výzkumný podsoubor  $N_2$*  tvořilo 5 žáků ( $N_2=5$ ) s mentálním postižením a dalšími přidruženými poruchami duševního vývoje, a to konkrétně 2 dívky a 3 chlapci ve věkovém rozmezí 8-22 let.

Výběr respondentů proběhl formou uplatnění 3 kritérií:

1. U vybraných respondentů byla zjištěna mentální úroveň v pásmu středně těžké mentální retardace a těžké mentální retardace.
2. Respondenti navštěvují odpolední školní družinu.
3. Cílený výběr respondentů dle kritérií jejich pozitivní motivace k muzikoterapii.

### 1.2.1 Výběr respondentů

Tato kapitola se zabývá výchovným a vzdělávacím zařízením, ve kterém byli vybráni respondenti, jež tvořili výzkumný vzorek.

Výzkumné šetření probíhalo na Základní škole (speciální), Chotouňská 476, Praha 10, která poskytuje vzdělání dětem a mládeži s mentálním postižením nebo jinou poruchou psychického vývoje. Konkrétní lokalitou byla Praha a Středočeský kraj. V době výzkumného šetření byla kapacita školy 60 žáků, kterým bylo k dispozici 28 kvalifikovaných, vysokoškolsky vzdělaných pedagogů.

Školní budova je dvoupatrová, panelového typu, ve které se nachází 10 učeben, které současně slouží i pro účely odpolední školní družiny. Některé učebny jsou vybavené také relaxačními místnostmi. Kromě učeben je žákům a pedagogům k dispozici cvičná kuchyně, logopedická pracovna, počítačová učebna, herna, malá tělocvična, keramická dílna a jídelna. V rámci školy se nachází i školské diagnostické

a poradenské pracoviště, jímž je Speciálně pedagogické centrum. Ve škole také pracuje výchovný poradce. Součástí školy je i vlastní velká zahrada se skleníkem a hřištěm, stolem na stolní tenis, pískovištěm, trampolínou, altánem a krbem.

### **Základní škola speciální**

Základní škola speciální je určena pro žáky se středně těžkým a těžkým *mentálním postižením*, pro žáky se souběžným postižením více vadami a zejména pro žáky s poruchami autistického spektra.

Výuka probíhá pod vedením vysokoškolsky vzdělaných pedagogů v oboru speciální pedagogiky. Většina školních a učebních činností je realizována dle principu *TEACCH programu*, tzn. strukturovaného vyučování s maximální vizualizací a individuálním přístupem ke každému jedinci. Vedle těchto principů je důležitá i snaha o zavádění a rozvíjení alternativní a augmentativní komunikace (např. znak do řeči, VOKS – výměnný obrázkový komunikační systém, a jiné).

Mezi hlavní cíle výchovně-vzdělávacího procesu je maximálně rozvíjet osobnost žáka a zároveň vést žáka k samostatnosti a tím dosáhnout maximálního možného stupně integrace do společnosti. Mezi další cíle lze zmínit např. zdokonalení sebeobslužných činností (např. hygiena, sebeobsluha, stolování), vytvoření klidného, bezpečného a podnětného prostředí, rozvoj individuálních schopností žáků a zdokonalení vytrvalosti při pracovních činnostech.

Délka povinné školní docházky je pro žáky popisované základní školy speciální stejná jako pro všechny děti jejich věku. V žádoucích a výjimečných případech však může být desetiletá. Do povinné školní docházky se nezapočítávají roky absolvované v přípravném stupni, který může být 1-3letý.

Základní škola speciální se snaží o co největší míru začlenění žáků do společnosti (tzn. o integraci) a to aktivní účastí na kulturních akcích (např. návštěvy divadel, výstav, a jiné) a sportovních akcích (např. zimní olympiáda) mimo školní areál. Pravidelně jsou organizovány i školy v přírodě a školní výlety.

Mezi partnery školy patří mnoho různých občanských a zájmových sdružení jako: Autistik, APLA, stacionář Sluneční Domov, a další.

Nedílnou součástí základní školy speciální je odpolední školní družina. Po ukončení školní docházky mají žáci možnost pokračovat v předprofesní přípravě



v praktické škole jednoleté, která je součástí popisované základní školy speciální a v níž může být rozloženo učivo do 2 let.

### **Školní družina při základní škole speciální**

Školní družina je školské zařízení, určené pro žáky primárního a vyššího stupně základní školy, které organizuje pravidelnou činnost a současně dává prostor spontánním aktivitám dle výběru žáků. Pravidelná činnost vychází z dané týdenní skladby zaměstnání – jedná se o organizované aktivity zájmového a tělovýchovného charakteru (výtvarné činnosti, pohybové dovednosti, pracovní dovednosti, práce s počítačem, komunikační dovednosti a dramatika, hudební činnosti a zpěv)

Školní družina je zařízení, které umožňuje žákům smysluplně využít volný čas. Jde o důležitý mezičlánek mezi výukou a výchovou v rodině.

V současné době je školní družina popisované základní školy speciální rozdělena do 5 oddělení, z toho 3 autistické a 2 „běžné“, ve kterých působí kvalifikované vychovatelky a vychovatelé. V autistických odděleních působí 2 pedagogové.

Provoz školní družiny je rozdělen do 3 časových bloků od 6:30 do 17:00. Pro názornost časového harmonogramu je přiložen obrázek č. 6.

**Obrázek 6: Provoz školní družiny**

<b>Ranní</b>	<b>6:30</b>	<b>–</b>	<b>7:45</b>
<b>Sběrná</b>	<b>12:00</b>	<b>–</b>	<b>13:00</b>
<b>Odpolední</b>	<b>13:00</b>	<b>–</b>	<b>17:00</b>

Odpolední družina je dále rozdělena do 2 časových úseků.

1. 13:00-15:00 probíhá hlavní, tzn. plně organizovaná činnost školní družiny
2. do 17:00 probíhají spíše rekreační aktivity před vyzvednutím žáků rodiči

*Hlavní cíle* školní družiny jsou zájmové a rekreační (odpočinkové). Za *zájmové aktivity* jsou považovány aktivity v rámci zájmových kroužků, jako je keramika, alternativní hudební výchova s prvky muzikoterapie, atletika či kroužek dramatické

výchovy. *Rekreační aktivity* jsou poslech rádia, sledování TV, individuální hry a především klid po obědě.

Mezi *další cíle* patří rozvíjení psychické a fyzické schopnosti žáka, jemné motoriky, zvyšování samostatnosti a soběstačnosti žáka, upevňování zvládnutí sebeobsluhy a péče o vlastní osobu, a jiné.

V rámci školní družiny probíhá i „*příprava na vyučování*“, která zahrnuje didaktické hry, tematické vycházky a další činnosti, jež upevňují a rozšiřují vědomosti, které žáci získali během školního vyučování. Příprava na vyučování nezahrnuje vypracovávání domácích úloh.

Stejně jako základní škola speciální, tak i družina, rozvíjí klíčové kompetence žáků a to konkrétně kompetence k učení, k řešení problémů, kompetence komunikativní, sociálně-interpersonální a kompetence k trávení volného času.

Vzdělávací a výchovná oblast vychází z kapitoly RVP ZŠ pro 1. stupeň „Člověk a jeho svět“. V této oblasti se rozvíjí poznatky, dovednosti a prvotní zkušenosti žáků získané v rodině a v předškolním vzdělávání. Výchovně-vzdělávací oblast „Člověk a jeho svět“ je rozdělen do 5 tematických oblastí: 1) Místo, kde žijeme, 2) Lidé kolem nás, 3) Lidé a čas, 4) Rozmanitost přírody, 5) Člověk a jeho zdraví.

### 1.3 Hypotézy výzkumu

Základní výzkumné šetření bylo vedeno záměrem k potvrzení či vyvrácení 2 hypotéz:

- A) Vybrané prvky expresivních terapií mají prokazatelně pozitivní vliv na dílčí osobnostní vlastnosti jedinců s mentální retardací.

Předložená hypotéza A) byla vytvořena jednak na základě studia odborné literatury, v níž je polemizováno o vlivu muzikoterapeutických prvků na vývoj jedince s mentálním postižením a dalšími přidruženými poruchami duševního vývoje, a dále na základě vlastních zkušeností z práce s dětmi s mentálním postižením a dalšími přidruženými poruchami duševního vývoje.

B) Prvky expresivních terapií v reálném čase mohou ovlivňovat daný psychosomatický stav žáků s mentálním postižením.

Pro tvorbu hypotézy B) byl důležitým *předpokladem* jednak fakt, že u žáků s mentálním postižením a dalšími přidruženými poruchami duševního vývoje se často objevují problémy s motorickou koordinací s následnou svalovou tenzí. Druhým předpokladem byla domněnka, že žáci s mentálním postižením a dalšími přidruženými poruchami duševního vývoje jsou při motorické a učební činnosti rychleji unaveni, kdy se u nich může projevat z toho důvodu i psychická nepohoda.

#### **1.4 Metody výzkumu**

Pro exploraci výzkumných dat byly použity tyto výzkumné metody: jednak strukturované participační pozorování, a dále pak data z analýzy etiologické dokumentace a řízeného rozhovoru s rodiči. Výsledná data jsou pak strukturovaně prezentována v případových studiích (kasuistikách), které byly pro výzkumné účely následně vypracovány.

Pro účely výzkumného šetření byl dále vytvořen *záznamový arch explorační metody pozorování*, který se zaměřoval na 4 aspekty projevů respondentů. Tyto aspekty byly detailněji popsány v kapitole 1.5 (Průběh výzkumného šetření) a kapitole 2 (Analýza výzkumných dat). Pro zpracování výzkumných dat byly následně použity dílčí metody kvalitativní analýzy.

## 1.5 Průběh výzkumného šetření

A) *Strukturované participační pozorování* respondentů probíhalo vždy v době odpolední školní družiny v prostorách výchovně vzdělávacího zařízení (viz Kapitola 1.2.1) po dobu 22 týdnů v 1. pololetí školního roku 2013/2014. Během výzkumného šetření byl vždy přítomný asistující pracovník školní družiny zajišťující běžný režim družiny. Pozorování bylo zaměřeno na:

- a) Emoční ladění respondentů
- b) Pozorování psychosomatického stavu respondentů
- c) Spolupráci respondentů s pedagogem/terapeutem a zároveň spolupráci respondentů mezi sebou
- d) Úroveň pozornosti respondentů

B) *Případové studie* (kazuistiky) byly vytvořeny na základě analýzy explorovaných dat, dále na základě analýzy etiologické dokumentace respondentů, včetně anamnestických dat, a dále doplněné o řízené rozhovory s rodiči respondentů s mentálním postižením a dalšími přidruženými poruchami duševního vývoje.

Pro přehlednost byly případové studie formálně upraveny do tabulek s dílčí strukturou, jako je jméno a věk, diagnóza, rodinná anamnéza, osobní anamnéza, pozorování, řeč a sociální komunikace, motorika, aktivace, činnost, motivace, hra a sebeobsluha.

C) *Řízené rozhovory s rodiči* probíhaly v prostorách výchovně vzdělávacího zařízení (viz. Kapitola 1.2.1). Z hlediska organizačního probíhaly jednak časově před zahájením výzkumného šetření, dále během celého výzkumného šetření a jednak po ukončení výzkumného šetření.

## 2. ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT

Tato kapitola se zabývá analýzou výzkumných dat, jež byly shromážděny výzkumnou metodou strukturovaného participačního pozorování, které bylo cíleně zaměřeno na:

a) *Emoční ladění* respondentů, které bylo reflektováno po celou dobu terapeuticky upravené činnosti (při vstupu, průběhu a na konci činnosti), se velmi často u jednotlivých respondentů v průběhu činnosti výrazně měnilo. Cílem bylo navodit pozitivní emoční ladění, kterého bylo dosahováno vhodnou volbou hudebního doprovodu, využíváním speciálních pomůcek, aplikováním prvků bazální stimulace či aktivním přístupem respondenta, např. při hře na buben.

Během terapeuticky upravených činností docházelo i ke změně emočního ladění výrazně negativním směrem, např. při naléhání k aktivnímu zúčastnění se respondenta nebo při dojmu zdánlivého neúspěchu respondenta. Negativní ladění bylo mnohdy vyvoláno i jiným respondentem, který do popisovaných činností vstupoval s negativním přístupem.

b) *Pozorování psychosomatického stavu respondentů* bylo přímo závislé na emočním ladění a na míře unavitelnosti vyplývající z aktivit probíhající během dopoledního vyučování. Tento stav se velmi dobře ovlivňoval prvky bazální stimulace, volnou aktivitou se speciálními pomůckami (plasmatická koule, skleněná vlákna s led diodami) a spontánní hrou na buben.

c) *Spolupráci respondentů s pedagogem/terapeutem a zároveň spolupráci respondentů mezi sebou*. Jedná se o akceptaci pokynů a s tím spojené plnění úkolů a činností (pokud to schopnosti respondentů dovolovaly) a zároveň schopnost podřídit se skupině, jinému respondentovi či pedagogovi/terapeutovi. Mezi respondenty byli zastoupeni i jedinci se sklony k výrazné egocentričnosti a neochotě se jakkoliv podřídit, plnit úkoly, nebo nebýt ve středu zájmu. Tím často narušovali nejen průběh terapeuticky upravených činností, ale i výše zmíněné body zájmu pozorování, jako je emoční ladění a psychosomatický stav ostatních respondentů.

d) *Úroveň pozornosti respondentů*. Při plnění nabízených aktivit byla důležitá pozornost respondentů. S ohledem na emoční ladění, psychosomatický stav a ochotu spolupracovat, někteří respondenti nabízené činnosti vždy nerespektovali. Objevovala se u nich zřetelná fluktuace pozornosti a tendence ulpívat na předmětech či činnostech

dle jejich zájmu. Ve většině případů se dali přimět k úspěšnému dokončení aktivit, ale po ukončení se opětovně vrátili k původnímu předmětu svého zájmu. Tento bod zájmu při pozorování respondentů se proto stal sporným, jedna část respondentů dokázala pozornost udržet po celou dobu činností, druhá část respondentů pozornost udržovala s obtížemi.

## 2.1 Pozorování a kazuistiky

Kapitola nabízí  $N_2=5$  případových studií, (kazuistiky), které byly doplněné informacemi z rozhovorů s rodiči ( $N_1=10$ ) respondentů. Případové studie byly vytvořeny na základě podrobné analýzy školní dokumentace jednotlivých respondentů a na základě dlouholeté práce s vybranými respondenty, z níž vychází i pozorování při terapeuticky upravené činnosti.

Dále byla souběžně analyzována výzkumná data získaná pozorováním sledovaných aspektů při mimoškolních aktivitách ve školní družině v podsouborech (skupiny A, B). Strukturované participační pozorování respondentů  $N_2=5$  bylo prováděno v době probíhající školní družiny při základní škole speciální po dobu 22 týdnů.

### Kazuistika 1

Legenda:  z etiologické dokumentace a exploračních zdrojů  
 vlastní aktuální pozorování

Osobní údaje	
<b>Jméno a věk</b>	Sára, 22
<b>Diagnóza:</b>	Porucha autistického spektra – Atypický autismus, středně těžká až těžká mentální retardace
<b>Rodinná anamnéza</b>	Matka: 42, VŠ – architektura, zdráva. Otec: 47, VŠ, podnikatel, zdráv. Sára žije v neúplné rodině s matkou a babičkou, na které je velmi fixovaná, bez sourozenců. S otcem vztahy udržují. Rodinné prostředí je podnětné, péče matky je příkladná.  Respondentka si sice s vrstevníky nehraje, o jejich hru ale jeví zájem,

	<p>v sociální interakci však není aktivní. V chování se objevují časté stereotypie a repetitivní vzorce.</p> <p>Matka spolupracuje se školou, se speciálně pedagogickým centrem (dále též jen SPC) a logopedem.</p>
<b>Osobní anamnéza</b>	<p>Respondentka je z prvního plánovaného těhotenství, které proběhlo bez komplikací. Psychomotorický vývoj byl od raného dětství výrazně opožděn. Díky patrné hypotonii od 8 měsíců byla cvičena Vojtova metoda. Začala se posazovat zhruba v 7. měsících, chodit pak ve 22 měsících, první slova se objevují až po 4 roce.</p> <p>U Sáry se 2krát objevily epileptické záchvaty (v 10 a 22 měsících), další ataky již nebyly.</p> <p>Preprimární vzdělávání proběhlo formou integrace s asistencí pedagoga do běžné mateřské školy. Školní docházka byla odložena <b>3krát*</b>. V současné době navštěvuje 10. ročník základní školy speciální, kde je vzdělávána dle osnov rehabilitačního stupně.</p>
<b>Pozorování</b>	<p>Respondentka je přiměřena fyzicky vospělá ke svému věku. V počátečním sociálním kontaktu je nejistá, nikoliv však negativistická. I když se pozornost od matky dá odklonit, v její přítomnosti se cítí očitvidně spokojenější. Po přivyknutí situaci je spontánní, vstřícná a mazlivá. Mimika v obličeji je adekvátní, oční kontakt navazuje.</p>
	<p>Sára velmi špatně snáší, když jí není věnována 100% pozornost. Pokud se osoby v jejím okolí baví spolu a o Sáru nejeví zájem, začne Sára pískat, křičet, a snaha o upoutání pozornosti vrcholí tím, že si lehne na zem, kde začne ještě více křičet a pískat. Nové lidi „okukuje“, posléze jde a začne je mazlit, tzn. hladit po vlasech a sahat do očí.</p>
<b>Řeč a sociální komunikace</b>	<p>Na oslovení ne vždy reaguje. Rozumí jednoduchým slovními pokynům. Sama používá jen několik slov, případně jednoduchých vět, kde výslovnost bývá spíše přibližná. Objevují se časté slovní stereotypy.</p> <p>Sára má ve svém aktivním slovníku zhruba 10-20 slov či větných spojení, které využívá – jsou to např.: holčička, kočička, Jana, babička, kolik je hodin, panáček, ano-ano, a další. Tato slova ne vždy využívá ve správném kontextu. Velmi ráda je v centru dění. Ač ráda ostatní</p>

	osoby mazlí, sama dotyk od ostatních nemá ráda. Dotyk akceptuje od dospělé osoby, ale od svých spolužáků dotyk nesnese.
<b>Motorika:</b>	<p>Jemná i hrubá motorika je ve srovnání s normou vývojově opožděná. Zřetelné je narušení celkové koordinace pohybů. Při práci s tužkou není vyhraněná laterálita – střídavě bere tužku do levé i pravé ruky, držení tužky je nesprávné. Kresba je ve stadiu čáranice. Při řízené grafomotorické nápodobě tečkuje a napodobí čáru.</p> <p>Sára má velký problém s úchopem věcí, pokud se to po ní chce. Vkládačky zásadně nebere „špetkovým“ úchopem, ale pouze posouvá po ploše. Ale pokud chce, aby ji někdo učesal, hřeben chytne bez problémů.</p> <p>U Sáry je velmi charakteristická její obliba dělat věci „naslepo“ – když si sedá na židli, zavírá oči, když jde ze schodů, zavírá je také. Když má pocit, že je cesta volná, zavírá oči i při chůzi. Jedinou ochranou jí je opatrná „čapí“ chůze, kdy předkopová jednu nohu.</p>
<b>Aktivace</b>	Při práci je klidná a ochotná spolupracovat, i když řízené činnosti je schopna jen krátkodobě. Nutná je častá stimulace.
<b>Činnost, motivace a hra</b>	<p>Navléká korále na trn, s dopomocí třídí předměty dle tvaru a velikosti. Věž postaví i ze 6 kostek. Nutná je častá motivace v podobě verbální pochvaly a povzbuzení.</p> <p>Sára ve svých 22 letech už moc pracovat nechce. Svou nevoli projevuje pískáním, křikem a leháním si na zem. V poslední době ráda maluje („volná kresba“) a poslouchá hudbu.</p>
<b>Sebeobsluha</b>	Sebeobsluhu zvládá s dopomocí, ale je nutný trvalý dohled.
Během školního vyučování je Sáře nabízena canisterapie, prvky bazální stimulace a prvky muzikoterapie.	
<b>Pozorování při terapeuticky upravené činnosti</b>	
Sára zpočátku na <b>muzikoterapeutické prvky</b> reagovala opatrně. „Nejaktivněji“ se zúčastňovala relaxačních technik. Postupem času začala tancovat a využívat nabídnuté hudební nástroje. Velmi ráda používala nejrůznější chřestidla. Perkuse, jako například boomwhackers, Sáru příliš neoslovily. Obecně měla ráda nástroje, které	



s minimem fyzické námahy dělají maximum zvuku (jako např. již zmíněná chřestidla). Sára velmi ráda tancuje – pro potřeby terapeuticky upravených činností byly využívány speciální šátky s penízky, které Sáře maximálně vyhovovaly. Při tanci ráda dupala a pohupovala se, tzn., že chřestila dostatečně hlasitě, což jí uklidňovalo. Hudební podklad Sára akceptovala a velmi dobře na něj reagovala. Uklidňující hudba na Sárku působila relaxačně a byla ochotna nechat si stimulovat ruku pomocí basální stimulace, aniž by ucukávala či jinak protestovala. Na verbální pokyny reagovala sporadicky, při vizuálním předvedení aktivitu s nadšením opakovala. Během činnosti navazovala velmi dobře oční kontakt, na který reagovala úsměvem.

**Arteterapeutické prvky** byly začleněny v rámci výtvarné výchovy. Sára byla nejraději pasivní, tzn., že raději sledovala činnost (když se něco tvoří), než když byla sama aktivní. Sama měla ráda volnou kresbu na co největší papír, kdy si dle slov maminky „čmárykuje“. Sára nemá ráda „opatlané“ ruce, proto prstové barvy zpočátku špatně snášela. Při nevedené práci s prstovými barvami měla snahu si barvu o papír smýt. Raději se nechala vést a tím tak tvořit reálné obrázky, jako je např. papoušek, sob, sněhulák a další. Ze svého výkonu byla vždy nadšená. Při výše popisovaných aktivitách byla Sára viditelně klidnější a spokojenější a byla ochotna na svém díle s někým spolupracovat bez protestů.

\*do roku 2004 bylo možné realizovat 3x odklad školní docházky.

## Kazuistika 2

Legenda:  z etiologické dokumentace a exploračních zdrojů

vlastní aktuální pozorování

Osobní údaje	
<b>Jméno a věk</b>	Mia, 13
<b>Diagnóza:</b>	Porucha autistického spektra – atypický autismus, těžká mentální retardace, porucha pozornosti
<b>Rodinná anamnéza</b>	Matka: 39, SŠ, v současné době v domácnosti. Otec: 47, SŠ, prodavač. Mia si s vrstevníky nehraje, o hru ani jiné aktivity nejeví zájem. V chování se projevují časté stereotypie a repetitivní vzorce. Vztahy v rodině jsou bez pozoruhodností. Rodina spolupracuje se školou bez problémů.

<b>Osobní anamnéza</b>	<p>Respondentka je z 3. těhotenství. Porod proběhl v termínu, záhlavím. Období po porodu probíhalo v normě. Psychomotorický vývoj je od počátku značně nerovnoměrný. Mia začala lézt v 11 měsících, chodit pak ve 2 letech, první slova se objevila až ve 4 letech. Od 3 let byla rehabilitována Vojtovou metodou.</p> <p>Od 4 let navštěvovala DC Paprsek, následovaly 2 roky školy speciální, v 9 letech pak nastoupila na základní školu speciální, kde je nyní vzdělávána dle individuálního vzdělávacího plánu.</p>
<b>Pozorování</b>	<p>Respondentka je přiměřené tělesné konstituce, bez výrazných nápadností. Počáteční sociální kontakt je vstřícný a pozitivně laděný. Tvář sice fixuje, ale spíše se dívá „skrz“.</p>
<b>Řeč a sociální komunikace</b>	<p>Komunikace je problematická a to i přesto, že je řeč relativně dobře rozvinutá. V řeči převládá monologické schéma (řeč „sama pro sebe“), ve kterém používá odposlouchané schematismy bez sociálního kontextu, případně se objevuje echolálie. U některých slov je výslovnost hůře srozumitelná.</p> <p>Projevy radosti jsou doprovázeny třepáním rukama, nelibost pak projevuje křikem.</p> <p>Mia je schopna říct, co chce. Je schopna mluvit v 1. l. formě, ale velmi často mluví ve 3. osobě („Mio kuk“; „Mio, podívej, co to je“ a další). Mnoho vět má naposlouchaných a umí je použít adekvátně k situaci, např.: má-li být Mia focená, sama se začne navádět „Mio, kuk“, „Mio, vyletí ptáček“, „Mio, koukej“, „Mio, bude fotečka“. Pokud se Mie naznačí, že dělá něco špatně, začne si sama „hubovat“: „Tak to ne“, „Počítám do 3 – jééééedna, dváááá, a, ...“ Ve svém repertoáru má ale i věty, které ne vždy využívá adekvátně: „ceš čůurat, ceš“, „ceš vičit“ (chceš cvičit – znamená chci do tělocvičny). Tyto věty většinou využívá, chce-li opustit místnost, být sama, nebo pokud nechce splnit úkol. Na jednoduché otázky je schopna reagovat.</p>
<b>Motorika</b>	<p>Při práci preferuje pravou horní končetinu. Tužku drží nesprávným způsobem – v pěsti. Kresba je ve stadiu čáranice. Při řízené kresbě se snaží napodobit čáru a kruh. Postavu nenakreslí ani nedokresluje, má tendenci přecházet k čmárání.</p>

	Mia není schopna uchopit nůžky. Prsty záměrně kroutí a snaží se vyklouznout z otvorů pro prsty. I přes snahu udržet prsty v otvorech Mia odmítá spolupracovat a stříhat.
<b>Aktivace</b>	Je schopna řízené činnosti, ale je značně ovlivněna výraznou poruchou pozornosti s častým zahleděním se a hypoaktivitou. Současně se často projevují emoční výkyvy s bezdůvodným smíchem.
	Mia se velice špatně koncentruje na úkol. Od práce má tendenci odcházet případně začne kopat do stolu či rovnou plakat a „naříkat“. S dopomocí a verbálním povzbuzením je schopna úkol dokončit, nutný je ale následný odpočinek.
<b>Činnost, motivace a hra</b>	Výkon je velmi nestabilní, přímo závislý na momentální koncentraci. Hra je na úrovni manipulace a má funkční charakter. Chybí symbolická hra. Je schopna vkládat tvary a navlékat korále na trn. Jednodušší puzzle skládá stylem pokus-omyl.  Respondentka má velmi ráda hudbu, akustické a pohyblivé hračky. Ráda si prohlíží knížky a časopisy. Strach má z některých zvuků (jako např. zvuk větráku, prskavek a další.)
	Mia má neustálou potřebu něco chtít. Ve chvíli, kdy dostane, co chce, věc odkládá a vyžaduje něco jiného. Ani při motivaci u věci nevydrží. Při negativní reakci ze strany pedagoga se Mia okamžitě začne vztekat (tzn., kope nohama, plače, křičí) a „odplazí“ se do relaxační místnosti, kde se ihned začne svlékat.
<b>Sebeobsluha</b>	Sebeobsluhu zvládá s dopomocí, ale je nutné připomenutí.
	Mia se dokáže obléknout, i když s ponožkami mívá problémy. Její schopnost se obléknout je přímo úměrná její náladě. S oblibou si boty obouvá obráceně (pravá bota na levou nohu a naopak). V případě, že se Mia počurá (zpravidla při euforii, kterou prožívá při hře, nebo při aktivitě, která jí nadchne), je pak velmi skleslá, smutná-dalo by se říci, že se stydí.
Během školního vyučování je Mie nabízena canisterapie, bazální stimulace, během hudební a výtvarné výchovy jsou využívány prvky muzikoterapie a arteterapie.	

## Pozorování při terapeuticky upravené činnosti

Mia má velmi ráda hudební činnosti, proto na **muzikoterapeutické prvky** reagovala velmi dobře. Mia miluje hudbu a hudební nástroje. Miina sestra se učí hrát na klavír a na flétnu – Mie se musela pořídít také flétna a elektrické piano se musí schovávat, protože Mia si ho velmi často vynucovala („prosím, piááááno, te-ed“). Mia je velmi egocentrická - velmi špatně snáší, pokud není středem pozornosti. Na takový stav reaguje odchodem do jiné části místnosti, či „vydupáváním“ si věcí, které chce. Celá terapeuticky upravená činnost byla výrazně ovlivněna počáteční Miinou náladou. Při pozitivní náladě reagovala na pokyny kladně, požadavky splňovala a bylo viditelné nadšení, někdy až euforie. Pokud byla Mia od začátku podrážděná, odmítala spolupracovat a na požadavky nereagovala. Při pokusu udržet jí u aktivity se začínala vztekat, lehala si na zem, bouchala hlavou a nohama do země, kopala do okolních věcí.

I při přívětivé náladě k činnosti byly patrné výrazné obtíže v oblasti pozornosti. Mia se nechávala velmi snadno rozptýlit. Pokud byly připraveny pomůcky na pozdější využití a Mia je viděla, odmítala spolupracovat a „sápala“ se po jejích objektech zájmu. Na chvíli se její pozornost dala odklonit k původní činnosti, ale ulpívala pohledem na předmět jejího zájmu. Při relaxačních činnostech nevydržela dlouho v klidu, měla tendenci se pohybovat, kopat nohama a manipulovat s předměty, se kterými se do té doby pracovalo (led diody se skleněnými vlákny, ovladač, a jiné). Pro pouštění hudebního podkladu byl využíván televizor s USB vstupem, což Miu velmi rozptylovalo. Pokud odmítala spolupracovat, ukazovala na televizor a vyžadovala pohádku („prasáátko, Pepina“, „chceš poádku, prrosím“). Mia velmi dobře, někdy až euforicky, reagovala na lidský zpěv, ale i v tuto chvíli nebyla ochotna plnit požadavky (např. v rámci hry „Moje tělo, tvoje tělo“.) Velmi ráda pracovala s šátky s penízky – ráda s nimi chřestila ať už skákáním, nebo ručně s penízky manipulovala. Ráda manipulovala s penízky i na šátku, který měl na sobě připevněn terapeut, z důvodu lepší vizuální percepce. O tanec neměla zájem, spíše skákala a podupávala – při snaze „donutit“ jí k tanci Mia odcházela a odmítala spolupracovat.

Na hudební a zvukové podněty reagovala pozitivně za předpokladu, že se po ní nic nechtělo, a zároveň ona sama CHTĚLA poslouchat. Za tohoto předpokladu byla schopna i jen ležet a se zájmem poslouchat.

I když z dosavadního textu vyplývá, že Mia spíše terapeutickou činnost odmítala,

v průběhu této činnosti se objevily momenty, kdy bylo vidět, že Mia vnímala a celá činnost se jí líbila. Volná práce s led diodami se skleněnými vlákny ji viditelně uklidňovala stejně jako přímá práce s terapeutem.

**Arteterapeutické prvky** přijímala jen za předpokladu, že v tu chvíli chtěla malovat. Občas sama prosila o malování, ale po zhruba minutě práce odešla a odmítla dál spolupracovat. Při práci s prstovými barvami bylo nutné Miu zpočátku přesvědčovat a celou dobu navazovat oční kontakt a činnost verbálně doprovázet. Při vizuální kontrole své práce bylo vidět zjevné nadšení, ale o další spolupráci neměla zájem a odcházela např. do relaxační místnosti.

Mia obecně nevydržela dlouho u žádné činnosti, a to i u té, kterou si sama vyprosila. Hned po vyprošení aktivity ji už nechtěla vykonávat. Během všech terapeutických aktivit byly u Mii časté spontánní verbalismy doplněné o stereotypní pohyby (nejčastěji třepání rukama).

### Kazuistika 3

Legenda:  z etiologické dokumentace a exploračních zdrojů

vlastní aktuální pozorování

<b>Osobní údaje</b>	
<b>Jméno a věk</b>	Eduard, 10
<b>Diagnóza:</b>	Poruchy autistické spektra – Dětský autismus, středně těžká mentální retardace
<b>Rodinná anamnéza</b>	Matka: 46, SŠ, herečka, v současnosti v domácnosti. Zdráva. Otec: 57, ZŠ, herec, zdrav. Respondent žije v úplně rodině bez sourozenců. Dle rodičů se v rodině nevyskytují vývojové ani duševní poruchy. Rodinné prostředí je podnětné, matka se snaží dítě maximálně stimulovat a rozvíjet (např.: se svým psem absolvovala canisterapeutický výcvik).  Respondent obtížně přijímá změny činnosti, projevují se prvky úzkostí a desorientace v prostoru a v sociálních vztazích. Patrné je i ulpívání a bizarní chování.
<b>Osobní anamnéza</b>	Respondent je z plánovaného těhotenství, kterému předcházelo 18 let snažení včetně 4 pokusů IVF. Těhotenství bylo od začátku

	<p>vedeno jako rizikové. Ve 32. týdnu těhotenství byla matka hospitalizována, krátce na to byl proveden akutní císařský řez. Narodil se jako velmi nezralý novorozenec s velmi podprůměrnými porodními mírami, u kterého nastaly poporodní komplikace (např.: syndrom dechové nedostatečnosti, a jiné). Po 2 měsících byl Eduard propuštěn do domácí péče.</p> <p>Raný psychomotorický vývoj probíhal normálně, nástup řeči v normě. Regres se objevil v Eduardových 27 měsících, kdy slovní zásoba začala nápadně chudnout. Ve 3 letech přestal mluvit úplně. Objevilo se zvláštní chování – věci si prohlížel tak, že si jimi přejížděl přes hlavu, začal se točit na místě, zmateně pobíhat po místnosti, třeškal po pokoji. Přestal reagovat na pokyny i oslovení stejně jako přestal používat mimiku a grimasy. Eduard navštěvoval mateřskou školu speciální, školní docházka odložena o 1 rok, v současné době navštěvuje základní školu speciální, kde se vzdělává v autistické třídě.</p>
<b>Pozorování</b>	<p>Respondent je přiměřeně vyspělý, stavba těla dobrá, sklon k obezitě. Odmítá odejít do pracovny psychologa, je třeba zvolit bližší místnost a i tak je nutná pomoc známé osoby.</p> <p>Zpočátku jsou projevy chování značně hyperkinetické, projevuje se značná nejistota, částečně i zmatenost a neschopnost se přizpůsobit novým podmínkám. Postupem času se přizpůsobuje a z původně neutrální reakce na sociální kontakt se stává až příliš sociálním, kdy expanduje do místností, prohlíží si věci na stolech a dá se od této činnosti špatně odklonit.</p> <p>Oční kontakt neudrží. Mimika obličeje je živá, často se objevuje úsměv (bez kontextu).</p> <p>Eduard má problémy s přechody do míst, které nezná. V nové místnosti je jeho chování nepředvídatelné, chová se jako „utržený ze řetězu“, vše musí vidět. Velmi špatně reaguje na zákaz, na který reaguje křikem, někdy až pláčem. Nelibost velmi často dává najevo i „bubnováním“ na vlastní tělo, při zoufalství bubnuje i do osob okolo sebe.</p>

<b>Řeč a sociální komunikace</b>	Kontakt nenavazuje, ale při pokusu o navázání jinou osobou ho akceptuje.  Spontánní řečový projev je nahrazován vokalizací a výkřiky. Pasivní slovník je relativně lepší, tzn., že rozumí jednoduchým instrukcím (běž, sedni si, podej, a jiné).
	Eduard navazuje kontakt, jen když něco potřebuje. V současné době vyžaduje Eduard asistenci při všem, co dělá – odmítá si sám vyndat svačinu z batůžku, nechce sám skládat puzzle (i když je sám zvládnout), a další.
<b>Motorika:</b>	Jemná i hrubá motorika jsou dobré. Pro práci preferuje pravou horní končetinu.
	Eduard je velice šikovný, např. velmi dobře navléká korálky na šňůrku, ale je velice netrpělivý.
<b>Aktivace</b>	Slovní instrukce k činnosti ignoruje, oproti tomu názorné předvedení úkolu pozorně sleduje.  Koncentrace je krátkodobá, tendence k projevům hyperaktivity, hypersenzitivity a emoční lability. Pozornost viditelně kolísá v závislosti na motivaci, velmi snadno se rozptyluje vedlejšími podněty.
<b>Činnost, motivace a hra</b>	Geometrické tvary, písmena a číslice řadí dle tvaru.
	Na pochvalu nereaguje, ale princip odměny (např. bonbonu) chápe. Má rád filmy, autíčka, pohyb venku. Projevuje zvýšený zájem o počítač a tablet.
	Eduard si s hračkami nehraje standardním způsobem. Např. autíčko na provázku za sebou netáhá, ale hraje si s kolečky, které neustále protáčí nebo se snaží oddělat provázek, se kterým si chce hrát. Velice rád skládá puzzle a to i ty, které nebyly připraveny jemu (ale jiným dětem).  Od práce i hry často odbíhá, pobíhá po místnosti a opět se vrací k práci. Při práci často „hučí“, píská či jinak vokalizuje.
<b>Sebeobsluha</b>	Základní hygienické návyky jsou vytvořeny, ale i přesto je nutná

	<p>dopomoc i stálý dohled.</p> <p>Eduard má naučené, že např. po záchodě se myjí ruce, ale vždy si musí s vodou i hrát, rukama ucpat odtok umyvadla. Ještě před 2 roky tyto hrátky končily problémem – Eduard nesnesl, aby měl být jen maličkou kapku vody na triku, triko okamžitě sundával a vyžadoval jeho sušení.</p> <p>Nesnese špinavé ruce, takže i např. během výtvarné výchovy si je jde několikrát umýt.</p>
<p>Eduard je jedinec se speciálními vzdělávacími potřebami, který vyžaduje neustálý dohled a zvláště náročnou péči od osoby druhé, na které je ve všech ohledech zcela závislý.</p> <p>Během školního vyučování je Eduardovi nabízena canisterapie, během hudební a výtvarné výchovy jsou využívány prvky muzikoterapie a arteterapie.</p>	
<p><b>Pozorování při terapeuticky upravené činnosti</b></p>	
<p>Eduard na <b>muzikoterapeutické aktivity</b> reagoval střídavě pozitivně a střídavě negativně. Eduard byl velmi egocentrický a neakceptoval povely. V rámci nabídnutých činností si vytvářel své vlastní „cíle“, které se snažil uskutečnit. Velice rád bubnoval jak na buben, tak na tělo (a to jak na své, tak na těla ostatních lidí v okolí). Jiné nástroje jej nezajímaly – po nabídnutí je pouze vyzkoušel a odložil. Jen výjimečně ho nástroj zaujal, ale využíval jej zcela nestandardním způsobem (např. ocean drums využíval jako klasický buben, do dešťové hole spíše bouchal a nenechával ji „přesýpat“, chřestidla využíval jako paličky na buben). Eduardovy reakce byly přímo závislé na počáteční náladě – ve většině případů spíše nereagoval a dělal si, co chtěl nebo bloumal po třídě. Někdy se stávalo, že se Eduard choval, jakoby se bubnu bál. Schovával se do koutů, za klavír a na buben nechtěl sáhnout.</p> <p>Eduard zásadně nebyl schopný bubnovat potichu, hrál pouze nahlas, i když se snažil hrát rytmicky. Při zkoušení jiných schémat reagoval velmi podobně. Jen při výjimečných setkáních popisovaných ve skupině A reagoval klidněji. Neměl tendenci k bubnování, ke své charakteristické hlučné vokalizaci ani k pobíhání po třídě. Toto chování však nevydrželo po celou dobu činnosti.</p> <p>Pokud bylo Eduardovi dovoleno hrát dle jeho libosti, bylo při jeho hře viditelné fyzické a psychické uvolnění doprovázené radostným a klidným úsměvem. Občas byl ochoten</p>	



i na povel hrát potichu, ale raději tichou hru „sledoval“, nežli by se jí sám zúčastňoval.

Na **arteterapeutické prvky** reagoval Eduard podobně jako na prvky muzikoterapeutické. Jediným cílem při volné malbě bylo zaplnění celé plochy papíru. Práci s prstovými barvami chvíli akceptoval, ale jeho jediným cílem bylo ruku si dokonale omýt. Při volné kresbě měl někdy tendenci tak tlačit na pastelky, až papír prodřel.

#### Kazuistika 4

Legenda:  z etiologické dokumentace a exploračních zdrojů

vlastní aktuální pozorování

Osobní údaje	
<b>Jméno a věk</b>	Vladimír, 12
<b>Diagnóza:</b>	Středně těžká mentální retardace, dysfaticko dyspraktická symptomatika, cerebelární syndrom
<b>Rodinná anamnéza</b>	Matka: VŠ-učitelství, v současné době hospodářka školy, zdráva. Otec: SŠ, knihkupec, zdrav  Vladimír vyrůstá v úplné rodině společně se svým o rok starším bratrem (syndrom ADHD). Rodina poskytuje podnětné prostředí.
<b>Osobní anamnéza</b>	Respondent je z druhého těhotenství. Porod proběhl v termínu s komplikacemi, záhlavím. Psychomotorický vývoj opožděný. Vladimír lezl v 11 měsících, chodit začal ve 23 měsících. Na doporučení rehabilitoval Vojtovou metodou.  Vladimír je v péči neurologa.  Docházel do DC Paprsek. Školní docházka byla 2x odložena. Od 6 let navštěvoval přípravný stupeň základní školy speciální, v 9 letech zahájil školní docházku, kde je v současné době vzděláván dle programu rehabilitační třídy.
<b>Pozorování</b>	Respondent je přiměřeně fyzicky vyspělý ke svému věku. Sociální kontakt navazuje, byť zpočátku je opatrný až nejistý. V sociální interakci je vstřícný a reakce jsou spíše pozitivně laděné. Oční kontakt navazuje relativně bez problémů, na oslovení reaguje adekvátně.

	Vladimír se velmi rád předvádí před novými osobami. Úkoly plní lépe než za normálních podmínek. Má tendenci k euforickým projevům – záchvaty smíchu, až přehnané ukazování příslušného znaku.
<b>Řeč a sociální komunikace</b>	<p>Respondent komunikuje převážně neverbálně pomocí „znaku do řeči“. Znaky jsou spíše jen přibližné. Aktivně používá asi 20-30 znaků, pasivně pak asi 60. Je schopen reagovat na některé výzvy a jednoduché pokyny (jdi, podej, sedni si, a další). Verbálně komunikace jen na úrovni vyluzování slabik, které mají pro Vladimíra význam (aďa – vyjádření spokojenosti, aa – ahoj), tyto slabiky někdy doplňuje o znaky. Vokalizuje, v expresi užívá některé citoslovce, podle obrázku se snaží napodobit zvuky zvířátek.</p> <p>Pokud Vladimír něco chce, řekne si o to buď „znakování“, nebo odvede pedagoga/rodiče k tomu, co chce. Na jednoduché verbální pokyny reaguje bez větších problémů, na pokyny, které nezná, reaguje poněkud zmateně (např. ukaž na nástěnce, co jsi včera namaloval – reaguje zoufalým pobíháním po třídě; chytني Tomáše za ruku a přiveď ho – Tomáše chytne, ale i po opětovném vyzvání, aby ho přivedl tak neučiní)</p>
<b>Motorika:</b>	Jemná i hrubá motorika je „těžkopádná“. Lateralita souhlasná – pravostranná. Při práci ruce střídá. Držení tužky je nesprávné. Vladimírova kresba je na úrovni čáranice, snaží se napodobit kruh a kříž, ale plynule přechází ke čmáraní.
<b>Aktivace</b>	Pozornost v rámci plnění úkolu je zpočátku přiměřená, s přibývajícím časem výrazně kolísá. Obecně je pozornost krátkodobá, Vladimír sice odbíhá od úkolu, ale je možné ho k úkolu vrátit zpět.
	Pozornost je značně rozptýlená, stačí, aby někdo jen prošel po místnosti či spadl papír na zem, a Vladimír přestává plnit zadaný úkol a vnímá co se děje okolo. Nechává se rozptýlit i vokalizováním spolužáků.
<b>Činnost, motivace a hra</b>	Zvládá navlékat korále na trn, vkládá tvary, složí jednoduché půlené obrázky.

<b>Sebeobsluha</b>	Sebeobslužné činností zvládá jen částečně, proto je vhodná dopomoc a nutný dohled.
	Vladimír do současné základní školy speciální přišel s plenami a s neschopností se samostatně obléknout. Po 2 letech spolupráce s rodinou je Vladimír bez plen, je schopen se pod dohledem a případnou dopomocí sám obléknout i about.

V rámci třídy Vladimír pasivně i aktivně vstupuje do interakcí, zapojuje se do nabízených aktivit.

Během školního vyučování je Vladimírovi nabízena canisterapie, bazální stimulace, během hudební a výtvarné výchovy jsou využívány prvky muzikoterapie a arteterapie.

### **Pozorování při terapeuticky upravené činnosti**

Na **muzikoterapeutické prvky** reagoval Vladimír velmi dobře. Svě nadšení projevoval znakováním (nejčastěji využíval znak pro hraní na nástroj), euforickým smíchem a případnými „zmatenými“ reakcemi (pobíháním po třídě, nerozhodností co udělat, kam jít, a jiné). Podobně jako např. Sára byl raději pasivním účastníkem činností, k přímé aktivitě musel být pobízen a mnohdy byla aktivita realizovaná s facilitovanou podporou (tzn. s plnou dopomocí). Rád bubnoval na buben, ale nevydržel příliš dlouho a málokdy používal zároveň obě ruce. Vladimír musel být neustále pobízen ke hře stejně jako k tomu, aby hrál oběma rukama. Během terapeuticky upravených činností se cvičí i hra potichu, kterou Vladimír zpočátku neakceptoval a „třískal“ do bubnu jak nejvíce uměl. Po 3 měsících systematické práce byl Vladimír schopen hrát chvíli potichu, i když si hru ulehčoval tím, že měl dlaně položené na bubnu a zvedal pouze prsty. Ulehčování bylo viditelné i při hře „Moje tělo, tvoje tělo“, při kterém měl mít ruce ve vzduchu, což Vladimír nechtěl a pokládal si je do klína. Při hudebním doprovodu „Tluče bubeníček“ Vladimír neakceptoval rytmus a opět se snažil do bubnu „třískat“ a tím být dominantní. Při takovém hraní se hlasitě smál a bylo vidět zjevné nadšení.

Na většinu nabízených činností reagoval nadšeně, ale při přímé práci byl nejistý, dalo by se říci, že se i bál. Při seznamování s novými nástroji a postupy bylo nutné Vladimíra držet za ruku nebo v náručí. Často se v náručí vzpínal a křičel „ne, ne“, ale při trpělivém a pomalém manipulování s nástrojem se Vladimír dal přesvědčit a nástroj přijal a dál s ním pracoval.

Po terapeuticky upravené činnosti býval Vladimír klidnější, neměl tendenci se předvádět

a dělat naschvály. Byl velmi spokojený, když byl před ostatními pedagogy vychválen, což manifestoval svým typickým „stydlivým“ úsměvem.

## Kazuistika 5

Legenda:  z etiologické dokumentace a exploračních zdrojů

vlastní aktuální pozorování

<b>Osobní údaje</b>	
<b>Jméno a věk</b>	Tomáš, 8
<b>Diagnóza:</b>	Morbus down, středně těžká mentální retardace, hyperkinetický syndrom s vývojovou poruchou řeči a dyspraxií
<b>Rodinná anamnéza</b>	<p>Matka: 37, SŠ, zdravá, obchod</p> <p>Otec: 39, SOU – číšník, zdrav.</p> <p>Respondent žije v úplně rodině společně s o 6 let mladší sestrou (zdráva). Vztahy v rodině jsou bez pozoruhodností. Tomáš má sestru rád, ale hrát si s ní nechce – bere mu hračky.</p> <p>Často se objevuje kolísavost nálad a tvrdohlavost.</p>
<b>Osobní anamnéza</b>	Respondent je z prvního plánovaného těhotenství. Rodiče uvedli prenatální i perinatální rizikové faktory. Psychomotorický vývoj výrazně opožděn. Tomáš začal sedět v roce a půl, plazil se, ale fázi lezení přeskočil a začal rovnou chodit (ve 2 letech). Navštěvoval mateřskou školu speciální, byl doporučen 1 odklad školní docházky, v současné době navštěvuje základní školu speciální.
<b>Pozorování</b>	<p>Chlapec je přiměřeně vyspělý ke svému věku, i když spíše nižší. Sociální interakce je bezproblémová, je spíše pozitivně laděný. Mimika obličeje je živá, až velmi živá, Tomášovi nedělá problém navazovat oční kontakt, na který reaguje např. úsměvem (někdy až hlasitý smích). Na první pohled je patrná mírná stigmatizace (tj. širší kořen nosu, taktéž časté špulení a vystrkování jazyka).</p> <p>Tomáš se velmi rád pohupuje na místě a stojí v mírném podřepu. Neustále se směje, nebo si strká ruku do pusy. Vokální projevy</p>

	Tomáše nápadně připomínají vokální projevy batolete.
<b>Řeč a sociální komunikace</b>	<p>Objevují se četné spontánní řečové reprodukce, které jsou spíše ve formě nesrozumitelné vokalizace. Při stimulaci je schopen adekvátně odpovídat jednoslabičnými pojmy. Aktivně používá asi 10-20 slov s artikulační neobratností a četnými dyslaliemi. Pasivní slovník je uspokojivý. Verbální projev doplňuje o některá gesta (hlavou, rukama). Respondent má tendenci k častému „laškování“, často se směje nahlas, zahazuje nabízené předměty stejně jako věci ze stolu, přičemž se hlasitě směje a navazuje oční kontakt</p> <p>Tomáš je velmi mazlivý a to i s lidmi, které nezná. Velmi rád laškuje formou naschválů – shazování věcí na zem, házením věcí do vzduchu a další. Aktivní slovní zásobu využívá jen v případech, kdy o něco opravdu usiluje – „posím, posím“ (prosím, prosím), „slípky“ (slipy). Při vyjádření nesouhlasu či protestu vykřikuje „ne“ a bručí. Rád napodobuje vokalizmy svých spolužáků, které mu připadají zajímavé.</p>
<b>Motorika:</b>	Jemnou a hrubou motoriku má na dobré úrovni, lateralita zatím neukotvena. Pro práci s tužkou mírně preferuje pravou horní končetinu. Tužku drží správně – linka je zpočátku kolísavá, při chycení tužky do pěsti se linka stává silovou. Při konstrukci a manipulaci ruce střídá, spíše dominuje levá horní končetina.
<b>Aktivace</b>	Pracovní tempo je zpočátku dobré, postupem času mírně zrychluje. Při konstrukčních a manipulačních úlohách je dobře soustředěný, vytrvalý a pečlivý.
<b>Činnost, motivace a hra</b>	<p>Jednoduchým verbálním příkazům respondent rozumí dobře, reaguje na ně ihned. Při mnohočetnosti aspektů v instrukci ztrácí motivaci a vybírá si úlohy sám. Při názorném předvedení úloh je však nápadně lépe koncentrovaný, dobře navazuje a snaží se činnost napodobit. Nutná motivace k řízené činnosti. Při práci má tendence k euforii (výskne, zatleská si, výsledek často ničí). Při sdělení „hotovo“ má tendenci úkol zničit, hodit pod stůl.</p> <p>Tomáš upřednostňuje destruktivní hry – postavit co největší věž z kostek a pak ji shodit. V současné době si i velmi rád hraje na</p>

	dopravní prostředky (sestaví židle za sebe a sedí na první židli a řídí autobus). Rád se schovává do různých krabic, maluje křídami (po čemkoliv, na co se dá malovat). Velmi rád tancuje, úplně nejraději tancuje s někým. Oblíbenou činností je i poslech pohádky. Při řízené činnosti je nutná motivace jinak věci shazuje a dělá naschvály.
<b>Sebeobsluha</b>	Sebeobsluhu zvládá s připomenutím, v cizím prostředí s přímou dopomocí.
	Tomáš si např. o záchod řekne jen v případě akutní nutnosti. Na průběžnou výzvu reaguje negativně, i když po následném vysazení potřebu vykoná. Na záchodě je nutný stálý dohled – Tomáš si hraje se záchodovou štětkou. Při mytí rukou se zajímá o shazování mýdla, houbičky a cákáním vody po umývárně.
Během školního vyučování je Tomášovi nabízena canisterapie, výtvarné výchovy jsou využívány prvky arteterapie.	
<b>Pozorování při terapeuticky upravené činnosti</b>	
<p>Tomáš je velmi muzikální, hudbu má velmi rád a proto na <b>muzikoterapeutické prvky</b> reagoval velmi dobře. Ze své skupiny (skupiny B) nejlépe chápal strukturu terapeuticky upravené činnosti. Sám spontánně chodil brnkat na kytaru, či „hrál“ na klavír a bubnoval na buben. Tomáš velmi rád laškoval a dělal si, co chtěl, což se projevilo snahou buben povalit, nebo ho nějakým způsobem „poškodit“. Uspokojivě reagoval na verbální pokyny a při bubnování velmi rád vykřikoval či jinak vokalizoval a byl schopen hrát oběma rukama. Dokázal hrát potichu i nahlas a rozlišoval rozdíl, stejně jako byl schopen rytmicky doprovázet píseň „Tluče bubeníček“. Bohužel se někdy nechal strhnout svými spolužáky a v tu chvíli přestával plnit pokyny a chtěl se ve skupině prosadit. Pokud se Tomášovi naznačilo, že se nechová správně, nespokojeně bručel, vykřikoval „ne“ a schovával si obličej do dlaně – toto chování mu však nevydrželo dlouho a rychle se vrátil k terapeuticky upravené činnosti.</p> <p>Tomáš velmi rád tancoval a to na jakoukoliv hudbu. Rád se točil dokola, velmi dobře reagoval na šátek s penízky. Nejraději byl v náručí někoho, kdo s ním tančil. Ale i v takovém případě se snažil laškovat, což se projevilo tím, že Tomáš různě tahal za vlasy, za triko nebo dotýčného terapeuta či pedagoga šimral.</p> <p><b>Arteterapeutické prvky</b> bylo velmi těžké zařadit do Tomášových aktivit. Jeho</p>	

laškování se především projevovalo shazováním věcí. Při výtvarné výchově byl Tomášovým cílem zmocnit se štětce a pomalovat jím cokoli, na co dosáhl. Pastelky i fixy shazoval na zem, při práci s vodovými barvami se snažil vylít kelímek s vodou, proto bylo velmi těžké nechat Tomáš tvořit volnou malbu či kresbu. S prstovými barvami byl postup podobný, hlavním cílem bylo „opatlát“ co jde. Toto jeho chování bylo doprovázeno spokojeným smíchem.

## 2.2 Využité muzikoterapeutické prvky

V obou podsouborech (tzn. ve skupině A a B) se během terapeuticky upravených činností vždy začínalo kontaktní písní, tzv. „hello songem“ – „Jak se jmenuješ“, jehož text je:

*Jak se jmenuješ, jak se jmenuješ.*

*Jak se jmenuješ, kdo jsi?*

*Jmenuji se Sára.*

*Sára se jmenuji, Sára se jmenuji,*

*Sára se jmenuji, Sára.*

Text zvýrazněný kurzívou se zpívá, text bez zvýraznění dotyčné dítě, či terapeut říká. Během zpívání se může tleskat, chřestit, dupat nebo se jinak zvukově projevovat. Každý přítomný účastník terapeuticky upravených činností musí být touto kontaktní písní přivítán a uveden. Důležité je, aby si každé dítě v danou chvíli uvědomilo, že se zpívá o něm – to se zajistí přímým pohledem na dítě, fyzickým kontaktem, ukázáním, společným tleskáním.

Ke konci obou terapeuticky upravených činností probíhala hra „Moje tělo, tvoje tělo“ jejíž text je:

*Moje tělo, tvoje tělo, není co by neumělo,*

*Ty to umíš já taky, tělo dělá zázraky.*

*Zamáváme (Předvedeme mávání)*

*Zatleskáme (předvedeme tleskání)*

*Pohladíme (pohladíme se na tvář)*

*Uděláme hu (zahučíme – hu).*

Během úvodního dvojverší máme rozpažené ruce s dlaněmi nahoru a pomalu se pootáčíme do stran celým tělem. Činnosti, které jsou v závorkách, se mohou dle libosti

měnit a přidávat nové činnosti. Je vhodné minimálně 3x celou činnost zopakovat, podle schopností dětí se může i víckrát.

## **2.3 Analýza výzkumných dat v podsouborech**

Celkový soubor respondentů (v počtu  $N_2=5$ ) byl rozdělen do 2 podsouborů (skupiny A, B).

### **2.3.1 1. podsoubor (Skupina A)**

Skupinu A tvoří Sára a Mia (viz kazuistiky 1-2). Občas dochází 15letý chlapec s poruchami autistického spektra a 12letá dívka s pervazivní vývojovou poruchou.

Terapeuticky upravená činnost se odehrává jednou, výjimečně dvakrát týdně v prostorách třídy s přidruženou relaxační místností. Ve třídě se nachází „odpočinkový“ kout s kobercem, gaučem a televizí (která byla využívána jako přehrávací medium). Celá aktivita trvala v rozmezí od 20-35 minut.

Základní struktura terapeuticky upravených činností:

1. Přivítání – „Hello song“ (Jak se jmenuješ, kdo jsi)
2. Tancování
3. Práce s šátkem s penízky
4. Bazální stimulace ruky
5. Relaxace
6. Práce s tělem „Moje tělo, tvoje tělo“
7. Závěrečné zhodnocení – pochvala

Základní hudební motiv tvořilo – Lindesy Stirling - Rivers flows in you; Yiruma – I; Yiruma – May be – vše se opakovalo vždy dvakrát.

Celá aktivita je zásadně ovlivněna náladou Mii. Pokud není Mia naladěná na aktivitu, „odpočívá“ v relaxační místnosti a aktivně se zapojuje jen Sára. Mia velmi



těžce nese, když je pozornost zaměřena na někoho jiného, než je ona sama. Sára se velmi ráda jak aktivně, tak pasivně, účastní celé činnosti.

Pro skupinu A je cílem terapeuticky upravených činností jednak 1) práce s vlastním tělesným schématem (zejména s představou o fungování vlastního těla), a uvědomování si vlastního „já“, a jednak 2) způsob kooperace s terapeutem a sociální komunikace se spolužáky.

Počáteční přijímání terapeuticky upravených činností bylo v celém podsouboru (skupina A) velmi „vlažné“. Prvních 5 terapeuticky upravených činností bylo převážně relaxačního rázu. Postupem času se přidávaly aktivity s šátky, tancování a hra „Moje tělo, tvoje tělo“. Během výzkumného šetření byly pořízeny speciální pomůcky – plasmatické koule a led diody se skleněnými vlákny, na které obě dívky reagovaly velmi dobře. Mia byla pomůckami natolik uchválena, že se nechtěla účastnit nabízených aktivit. Proto byly pomůcky do programu operativně zařazeny tak, aby se i Mia aktivit účastnila.

Při nepravidelných setkáních bylo využíváno spíše prvků snoezelenu v kombinaci s muzikoterapeutickými prvky. Struktura terapeuticky upravených činností byla velmi podobná, již popisované základní činnosti:

1. Přivítání – „Hello song“ (Jak se jmenuješ, kdo jsi)
2. Práce s led diodou s skleněnými vlákny
3. Relaxace
4. Závěrečné zhodnocení – pochvala

Vedle plasmatických koulí a led diodami se skleněnými vlákny byla využívána i lávová lampa, projektor noční oblohy a svítící pás led diod měnící barvy. Jako hudební podklad byly zvoleny různé typy „pregnancy music“, „Music From Prague“ a další. Tato setkání byla komponována jako odpočinek, kdy děti nemusí nic dělat, pouze si vybírají vlastní aktivity (např. mohou si hrát s oblíbenými hračkami, ležet na válecích pytlích, využívat speciálních pomůcek). V těchto skupinách byly vždy Sára a Mia společně s dalšími dětmi, které se různě střídaly. Tato struktura se osvědčila pro větší počet dětí, které se musely navzájem přizpůsobovat (střídat se o pomůcky, váleci pytel, a další). Děti, vč. Sáry a Mii, byly spíše tišší, klidnější, uvolněnější a radostnější.

### 2.3.2 2. podsoubor (Skupina B)

Skupinu B tvoří Eduard, Vladimír a Tomáš (viz kazuistiky 3-5). Občasně se přidávají dva chlapci ve věku 10 a 11 let s poruchami autistického spektra.

Stejně jako u skupiny A se činnost odehrávala jednou týdně. Ve třídě se nachází prostor s kobercem, na kterém se činnost odehrává. Celá aktivita trvala v rozmezí od 10 do 20 minut.

Základní struktura terapeuticky upravených činností:

1. Přivítání – hello song (Jak se jmenuješ, kdo jsi)
2. Práce s bubnem
  - a. Bubnování dle aktuální nálady
  - b. Bubnování potichu a nahlas
  - c. Bubnování na píseň „Tluče bubeníček“
3. Práce s bubnem – dle aktuální nálady
4. Práce s tělem „Moje tělo, tvoje tělo“
5. Závěrečné zhodnocení – pochvala

Základní hudební motiv tvoří aktivní hra na buben doprovázený zpěvem a vokalizací. Buben byl zvolen pro možnost uvolnění psychosomatického napětí.

Hra na buben velmi láká všechny tři chlapce. Nejvíce bezprostřední byl Eduard, který se už s takovou formou hry setkal. Jelikož je k dispozici pouze jeden buben, je nutné být při hře ohleduplný k ostatním, což Eduard neakceptuje. Vladimír i Tomáš hrají velmi ohleduplně a opatrně. Vladimír musí být ke hře vyzván, Tomáš se přidává spontánně k Eduardovi. Vladimír je ze hry nadšený, ale sám přestává. Nechce používat obě ruce, a raději sedí a pozoruje co se děje. Ve chvílích, kdy se nacvičuje bubnování potichu, začíná do bubnu „třískat“ a nechce respektovat pokyny. Tím upoutává Tomášovu pozornost, a ten ho napodobuje. I Tomáš dlouho nevydrží hrát a svou pozornost přesouvá k bubnu jako takovému. Nachází na něm vady (různé dírky, odtržené dekorační samolepky), které se snaží zvětšit, či celý buben rovnou povalit. Eduard velmi často o buben přestane jevit zájem ve chvíli, kdy se mu zakáže do bubnu „třískat“. Pozornost chlapců k aktivitě se vrací při doprovázení písně „Tluče bubeníček“. Tomáš s Vladimírem společně s terapeutem doprovázejí zpěv písně hrou na buben, i když Vladimír nerespektuje hlasitost hry. Následná hra „Moje tělo, tvoje tělo“ zaujímá

už jen Tomáše a Vladimíra, kteří plní úlohy bez problémů. Eduard pobíhá po místnosti a akce se nechce účastnit. Na následné zhodnocení aktivity a pochvalu chlapci reagují úsměvy a spokojenými výkřiky.

Z počátku se chlapci aktivitám nechtěli přizpůsobovat. Po zhruba 2 měsících začali vnímat rozdíly mezi jednotlivými úkoly a přesně poznali moment, kdy se terapeuticky upravená činnost bude konat – sami začali připravovat buben a sedali si do kruhu na koberec, kde se snažili vyčkávat, dokud nedorazil terapeut. I když nesměli hrát sami na buben bez dozoru, aktivitu si vynucovali opatrným boucháním, kterým dávali najevo, že už je čas.

Pro skupinu B byla cílem terapeuticky upravených činností práce s tělesným schématem (zejména s představou o fungování vlastního těla), uvědomování si vlastního já, kooperace s terapeutem a se spolužáky a akceptace pokynů.

Celá aktivita poskytuje chlapcům viditelné psychosomatické uvolnění a z reakcí bylo patrné prožívání pozitivních emocí.

## **2.4 Shrnutí výsledků výzkumu**

Základní výzkumné šetření bylo vedeno závěrem k potvrzení či vyvrácení hypotéz, které byly vytvořeny pro účely výzkumného záměru a cíle. Výzkumného šetření se zúčastnilo  $N=15$  respondentů. Výzkumné sobory tvořilo  $N_1=10$  rodičů žáků a  $N_2=5$  žáků s mentálním postižením a dalšími přidruženými poruchami duševního vývoje docházející do školní družiny zřízené při základní škole speciální. Výzkumné šetření probíhalo formou pozorování a analýzy etiologické dokumentace respondentů po dobu 22 týdnů. Etiologická dokumentace respondentů byla doplněna o řízené rozhovory s rodiči pro doplnění anamnestických dat, ze kterých byly sestaveny případové studie (kazuistiky).

Řízený výběr respondentů byl vybírán na základě mnohaleté práce s žáky ve školní družině ve škole speciální, ze které byl výzkumný soubor vybrán. V průběhu terapeuticky upravených činností se sledovaly 4 základní aspekty projevů respondentů – emoční ladění, psychosomatický stav, spolupráce respondentů s pedagogem/terapeutem a zároveň spolupráce respondentů mezi sebou a úroveň pozornosti respondentů.

- A) Vybrané prvky expresivních terapií mají prokazatelně pozitivní vliv na dílčí osobnostní vlastnosti jedinců s mentálním postižením a dalšími přidruženými poruchami duševního vývoje.

Hypotéza A) byla ověřována během výzkumného šetření v podsouborech A, B a v kazuistikách 1-5. Vliv expresivních terapií závisí na více faktorech, jako je např. momentální psychický stav (viz. kazuistiky 2 a 3) či výběr konkrétních technik a metod vybraných expresivních terapií. Individuální pozorování v kazuistikách 1, 2, 4 a 5 potvrzují, že expresivní terapie mají pozitivní vliv na dílčí osobnostní vlastnosti respondentů. Pozorování v kazuistice 3 dokazuje, že i přes metody a techniky zvolené dle zájmu respondentů nezaručují jejich plnou pozornost.

Pro vybrané respondenty by byla mnohem vhodnější forma individuální muzikoterapie. Respondenti Mia, Eduard a Tomáš se obtížně podřizují skupinám, převládá u nich výrazný egocentrismus, který narušuje činnosti ve skupině a celkovou náladu ve skupině určuje i jejich momentální emoční ladění. Pokyny plní s obtížemi, časová dotace aktivit je zvládaná střídavě s obtížemi a střídavě bez problémů – tzn., že je u nich zřetelná fluktuace pozornosti, která je výrazně ovlivněna již zmíněným emočním laděním. Eduard reaguje na muzikoterapeutické prvky pozitivně do chvíle, kdy je aktivita pod jeho kontrolou. Při náznaku řízení aktivit jinou osobou o ní Eduard ztrácí zájem a odchází. Podobně reaguje i Mia a Tomáš, i když při pozitivní motivaci jsou schopni u aktivity vydržet. Při pozitivním prožívání aktivity Mia i Tomáš reagují euforickým smíchem, Mia navíc třepe rukama a poskakuje.

U Sára a Vladimíra se egocentrismus neprojevuje v takové míře jako u výše zmíněných respondentů, díky čemuž jsou schopni podřídít se skupině. Na muzikoterapeutické prvky reagují uspokojivě, tzn., jsou zřetelné pozitivní emoční reakce, jako je úsměv, euforické výkřiky a nutkání k objímání. Pokyny se snaží plnit, časovou dotaci aktivity zvládají bez viditelných problémů – tzn., že jsou schopni se soustředit na činnost bez větších výkyvů pozornosti oproti činnostem během dopolední školní výuky.

*Předložená hypotéza A) byla výzkumným šetřením potvrzena.*

B) Prvky expresivních terapií v reálném čase mohou ovlivňovat daný psychosomatický stav žáků s mentálním postižením a dalšími přidruženými poruchami duševního vývoje.

Hypotéza B) byla ověřována během výzkumného šetření v podsouborech A, B a v kazuistikách 1-5. Při aktivitách s prvky muzikoterapie byl vytvořen prostor pro za 1) odpočinek (u podsouboru A), nebo za 2) uvolnění energie za účelem uvolnění celkového psychomotorického stavu (u podsouboru B). Vliv prvků expresivních terapií u všech respondentů byl očividně pozitivní, u většiny z nich bylo pozorováno uvolňování svalové tenze s následnou uspokojivou úpravou momentálního celkového stavu. U respondenta Eduarda se svalovou tenzi uvolnit nepodařilo z důvodu nespolupráce při řízených aktivitách.

*Předložená hypotéza B) byla výzkumným šetřením potvrzena.*

## ZÁVĚR

Způsob společenského života v současné době způsobuje, že téměř po celý život jsme obklopani prvky popisovaných terapeutických přístupů. Tyto prvky nás ovlivňují – naše vnímání, emoční prožívání a chování. Tato práce byla sice zaměřena na děti, ale po bližším seznámení s tématem je patrné, že i dospělí jedinec je obklopen různými expresivními prvky, které „nevědomky“ vyhledává, ať je to už hudba, „výtvarno“ nebo „dramatično“.

V průběhu vypracování práce jsem si uvědomila, jak jsme neustále obklopani uměleckými *prvky*, ze kterých vychází expresivní terapie (tzn. hudba, výtvarno, dramatično). Obklopují nás v restauracích, v obchodních domech, ale i na ulici ve formě výzdoby, reprodukovávané hudby či „herců“ hrajících sochy, které využívají ke komunikaci pantomimu. Tyto základní principy však také proto mohou být zneužívány ve prospěch obchodních praktik. Není proto divu, že mnozí lidé jsou proti jakýmkoliv „terapiím“ skeptičtí.

Při sběru dat pro teoretickou část své diplomové práce mne překvapilo, jak je těžké získat kvalitní literaturu a ostatní odborné zdroje, jež by reflektovaly hlouběji danou problematiku. Nalezla jsem sice mnoho pramenů, ze kterých jsem dle názvu byla nadšená, ale ve výsledku se ukázalo, že je to jen populárně zpracovaná publikace pro laickou veřejnost. Stejně tak tomu bylo při pořizování a kompozici hudebního podkladu pro konkrétní terapeutické účely, jež byly důležité pro část praktickou. Nabízená CD s muzikoterapeutickou tematikou byla nejčastěji doprovázena autogenním tréninkem.

Hlavním cílem *teoretické části* bylo zdůraznění, že i jedinec s mentálním postižením je lidská bytost, a vysvětlit souvislosti mezi psychoterapií a terapií ve speciální pedagogice.

Cílem *praktické části* bylo výzkumnou metodou pozorování sledovat změny vybraných dílčích aspektů osobnosti jedinců s mentálním postižením. Změny byly navozovány prostřednictvím muzikoterapeutických metod (hra na buben, didaktické aktivity doprovázené hudební reprodukcí a rytmická cvičení) doplněné o prvky snoezelenu a bazální stimulace. Zápis pozorování terapeuticky upravené činnosti prokazuje, že při systematické práci jsou viditelné pokroky u jedinců, kteří se účastní terapeutických aktivit s jasně stanoveným cílem. Sledovaní žáci byli během těchto

aktivit prokazatelně klidnější, pozitivněji emočně naladěni a byli ochotnější ke spolupráci a k plnění zadaných úkolů. Zároveň také mnohem lépe navazovali sociální kontakt s pedagogem a se svými spolužáky. V dlouhodobějším časovém horizontu je patrné, že žáci terapeutickou činnost přijímají, někteří se na ni i těší a v průběhu týdne jí i vyžadují.

Pro vypracování praktické části jsem těžila ze své mnohaleté praxe s jedinci s mentálním postižením a jinými poruchami duševního vývoje a ze svého zájmu o expresivní terapie, zejména o muzikoterapii. Z důvodu hudebních preferencí všech vybraných žáků bylo výzkumné šetření, oproti původnímu záměru, prováděné pouze prostřednictvím muzikoterapeutických prvků. S vybranou skupinou žáků pracuji již několik let a v průběhu té doby jsem občasně zařazovala muzikoterapeutické prvky do programu aktivit školní družiny. Díky znalosti vybraných žáků jsem mohla vhodně zvolit muzikoterapeutické prostředky a metody a flexibilně reagovat na jejich potřeby a předcházet konfliktním momentům.

Při exploraci výzkumných dat pozorováním vybraných žáků při činnosti, jež byla terapeuticky upravena, mohly vznikat nepředvídatelné situace a respondenti mnohdy reagovali spontánněji, než při běžných každodenních činnostech ve škole při učení. Toto spontánní chování nemusí být nutně „špatné“. Muzikoterapeutické prvky mohou žáky uvolnit, pomoci jim uvolnit psychosomatickou tenzi a umožnit terapeutovi navázat kontakt. Během přímo řízené aktivity navázal terapeut vztah s respondenty, který viditelně přetrvává i mimo popisované aktivity.

Rodiče, jak vyplývá z výzkumného šetření, se dál domnívají, že po zbytek dne, kdy proběhla daná aktivita s využitím expresivních terapií (konkrétně muzikoterapeutických), bývají jejich děti (respondenti) klidnější a „tvárnější“ k dalším žádoucím činnostem (jako je např. sebeobsluha, domácí činnosti, další organizovaná zájmová aktivita).

Doba 22 týdnů je velice krátká pro jedince s mentálním postižením a dalšími přidruženými poruchami duševního vývoje na přivyknutí si (adaptaci) novým aktivitám, které mají terapeuticko-formativní charakter. *Nejvýrazněji* byl vliv muzikoterapeutických prvků na dílčí aspekty osobnosti respondentů zřetelný až na konci výzkumného šetření. Jediné, co se dá jednoznačně tvrdit je fakt, že vybrané metody mají *potenciál* ovlivnit dílčí aspekty osobnosti respondentů. V rámci terapeuticky upravené činnosti byly zřejmé krátkodobé pokroky, jako uvolnění psychosomatického stavu respondentů, pozitivní emoční ladění nebo nápadně lepší spolupráce s pedagogem/terapeutem.

Proto by bylo vhodné dál v terapeuticky upravených činnostech pokračovat, nejlépe s vyškoleným profesionálem. Vhodné bude i nadále zařazovat muzikoterapeutické prvky do programu školní družiny a systematicky tak působit na rozvoj dílčích aspektů jejich osobnosti. Věřím, že dlouhodobé a systematické terapeuticky upravené činnosti mohou vybraným žákům výrazně pomoci v uvolňování psychosomatického stavu a pozitivní změně emočního ladění.

Problematika expresivních terapií, využívaná při práci s jedinci s mentálním postižením a dalšími přidruženými poruchami duševního vývoje, by měla být dál rozvíjena a nejlépe v rámci dlouhodobých výzkumných šetření analyzována. Předložený krátkodobý výzkum dokázal, že tyto přístupy mají obrovský potenciál, který by se neměl podceňovat.

V současné době přístupy využívající prvky expresivních terapií ještě nejsou zcela akceptovány. Rovněž pro ně není vytvořen náležitý legislativní dokument, který by je oficiálně začlenil do pedagogické, resp. speciálně-pedagogické praxe. Skupina průkopníků expresivních terapií vytváří asociace, organizují workshopy, kurzy, semináře, výcviky, valná shromáždění a vydávají publikace a periodika pro podporu rozvoje těchto přístupů. Nabídka studijních programů ve speciální pedagogice na vysokých školách je nedostatečná. Ve většině případů se jedná jen o předmět s časovou dotací jednoho semestru, což je nedostačující. Situaci vylepšují již zmíněné kurzy a semináře, které však jsou časově a finančně náročné.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BENDOVIÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4738-543.

FILATOVA, Renáta a Kateřina JANKŮ. *Snoezelen*. Vyd. 1. Frýdek-Místek: Kleinwächter, 2010, 111 s. ISBN 978-80-260-0115-7.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. ISBN 978-802-4713-144.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Překlad Vladimír Jůva. Brno: Paido, 2000, 207 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6.

HARTL, Pavel; HARLTOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

HEŘMANOVÁ, Lenka. *Zájmová činnost žáků s poruchami autistického spektra*. Praha, 2012. Diplomová práce. Univerzita Jana Amose Komenského. Vedoucí práce PhDr. Olga Opekarová, PhD.

HRABAL, Vladimír. *Pedagogickopsychologická diagnostika žáka*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989, 199 s. ISBN 80-042-2149-1.

JANKŮ, Kateřina. *Terapie ve speciální pedagogice: základy a obecná vymezení*. Ostrava: Ostravská Univerzita, 2013. ISBN 978-80-7464-280-7.

JELÍNKOVÁ, Miroslava, NETUŠIL, Radovan: *Autismus I. Problémy komunikace dětí s autismem*. Praha: IPPP ČR, 1999.

JELÍNKOVÁ, Miroslava.: *Autismus II. – Problémy v sociálních vztazích*. Praha: IPPP ČR, 2000.

JELÍNKOVÁ, Miroslava.: *Autismus III. – Problémy s představivostí u dětí s autismem*. Praha: IPPP ČR, 2000.

KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 295 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4728-469.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 135 s. ISBN 978-802-4728-315.

KOHOUTEK, Rudolf. *Úvod do psychologie: psychologie osobnosti a zdraví žáka*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006, 167 s. Psyché. ISBN 80-210-4077-7.

KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Autismus VII.: Diagnostika poruch autistického spektra*. [Metodická příručka IPPP ČR.] Praha, 2003.

KUBÍNKOVÁ, Dagmar a Alena KRÍŽOVÁ. *Ergoterapie*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997, 95 s. ISBN 80-706-7698-1.

KULKA, Jiří. *Psychologie umění*. Vyd. 2., přeprac. a dopl., v Grada Publishing 1. Praha: Grada, 2008, 435 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-80-247-2329-7.

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. 10. REVIZE. *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 305 s. ISBN 80-851-2144-1.

MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ. *MKN-10: desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998, 590 s. ISBN 80-200-0689-3.

OŠLEJŠKOVÁ, Hana. Poruchy autistického spektra: Poruchy vyvíjejícího se mozku. *Pediatric: pro praxi*. 2008, č. 2, s. 80-84. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2008/02/03.pdf>

PROCHASKA, James O a John C NORCROSS. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. 4. vyd. Praha: Grada, 1999, 479 s. ISBN 80-716-9766-4.

RENOTIÉROVÁ, Marie et al. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 313 s. ISBN 80-244-1475-9.

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 603 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.

SELIKOWITZ, Mark. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. 1. vyd. Překlad Dagmar Tomková. Praha: Portál, 2005, 200 s. ISBN 80-717-8973-9.

SLAVÍK, Milan. *Vysokoškolská pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 253 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4054-6.

SŠ, ZŠ a MŠ, Praha 10, Chotouňská 476. *Školní vzdělávací program pro vzdělávání žáků v základní škole speciální*. Praha, 2008, 229 s

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 167 s. ISBN 80-717-8616-0

ŠNÝDROVÁ, Ivana. *Psychodiagnostika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 143 s. Psyché. ISBN 978-802-4721-651.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011, 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 453 s. ISBN 80-7367-091-7.

TRÖNDLE, Pamela. *Wellness: domácí rozmazlování*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 94 s. ISBN 978-80-247-2528-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. A přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3

VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. Vyd. 2., v nakl. Portál 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8586-5.

VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2011, 264 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4738-512

VALENTA, Milan. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb - část II: diagnostické domény pro žáky s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2012, 204 s. ISBN 978-80-244-3055-3.

VALENTA, Milan. *Rukověť dramaterapie a teatroterapie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 139 s. Učebnice (Univerzita Palackého). ISBN 80-244-1358-2.

VALENTA, Milan a MÜLLER. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. Vyd. 1. Praha: Parta, 2003, 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

VYMĚTAL, Jan et al. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004, 339 s. ISBN 978-80-247-0723-5.

### **Internetové zdroje**

Web 1: *Expresivní terapie* [online]. 2012 [cit. 2014-02-02]. Dostupné z: <http://www.expresivniterapie.org/>

Web 2: *ANIMOTERAPIE.CZ: Vše o terapiích za pomoci zvířat - Anitera o.p.s* [online]. 2009 [cit. 2014-02-02]. Dostupné z: <http://www.animoterapie.cz/>

## **SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK**

### **Seznam obrázků**

**Obrázek 1: Rozložení inteligence na Gaussově křivce**

**Obrázek 2: Vzorec pro výpočet IQ dle Sterna**

**Obrázek 3: Terapie**

**Obrázek 4: Terapie ve speciální pedagogice**

**Obrázek 5: Pět základních prostředků dramaterapie**

**Obrázek 6: Provoz školní družiny**

### **Seznam tabulek**

**Tabulka 1: Dílčí vývojové oblasti u jedince s lehkou mentální retardací**

**Tabulka 2: Dílčí vývojové oblasti u jedince se středně těžkou mentální retardací**

**Tabulka 3: Dílčí vývojové oblasti u jedince s těžkou mentální retardací**

**Tabulka 4: Dílčí vývojové oblasti u jedince s hlubokou mentální retardací**



## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Lenka Heřmanová

**Obor:** Speciální pedagogika - učitelství

**Forma studia:** Prezenční

**Název práce:** Vliv prvků expresivní terapie na rozvoj osobnosti žáků s mentálním postižením a jinými poruchami duševního vývoje

**Rok:** 2014

**Počet stran textu bez příloh:** 95

**Celkový počet stran příloh:** 0

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 52

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 2

**Vedoucí práce:** PhDr. Olga Opekarová, PhD.