

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Klára Losertová

Využití prvků expresivních terapií u dospělých osob s poruchou intelektu

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Oldřicha Müllera, Ph.D. a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Souhlasím, aby tato práce byla uložena na Univerzitě Palackého v Olomouci a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Olomouci dne 19. 4. 2022

Klára Losertová

Obsah

Úvod.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Porucha intelektu.....	7
1.1 Definice poruchy intelektu.....	7
1.2 Klasifikace poruchy intelektu	8
1.2.1 Klasifikace podle etiologie.....	8
1.2.2 Klasifikace podle MKN-10.....	10
2 Dospělý jedinec s poruchou intelektu	13
2.1 Dospělost.....	13
2.2 Dospělý jedinec s poruchou intelektu.....	14
3 Expresivní terapie.....	15
3.1 Muzikoterapie	16
3.1.1 Definice muzikoterapie	16
3.1.2 Cíle muzikoterapie	16
3.1.3 Muzikoterapeutické modely.....	17
3.2 Arteterapie.....	18
3.2.1 Definice arteterapie	18
3.2.2 Cíle arteterapie	19
3.2.3 Metody v arteterapii	20
PRAKTICKÁ ČÁST	22
4 Výzkumná část.....	22
4.1 Hlavní cíle, dílčí cíle.....	22
4.2 Metody práce.....	22
4.3 Charakteristika vzorků a výzkumného prostředí	23
5 Výstupy jednotlivých osob s poruchou intelektu.....	24
5.1 Paní N.....	24

5.1.1	Kazuistika.....	24
5.1.2	Výstup paní N. – prvky muzikoterapie	24
5.1.3	Výstup paní N. – prvky arteterapie	26
5.1.4	Zhodnocení práce s paní N.....	29
5.2	Paní J.....	30
5.2.1	Kazuistika.....	30
5.2.2	Výstup paní J. - prvky muzikoterapie	31
5.2.3	Výstup paní J. - prvky arteterapie	33
5.2.4	Zhodnocení práce s paní J.....	34
	Diskuse.....	36
	Závěr.....	38
	Seznam použité literatury	39
	Internetové zdroje	42
	Seznam příloh.....	43

Úvod

V dnešní době se společnost snaží lidem s poruchou intelektu pomoci, jak jen to je možné. Dělá se vše pro to, aby tito lidé byli schopni vést co „nejnormálnější“ život. Pro lidi s poruchou intelektu je spousta činností náročná a stresující, a právě proto se vytváří mnoho terapií, ve kterých se mohou rozvíjet a také relaxovat.

Při práci s těmito klienty mě velice překvapilo, že prvky různých terapií jsou opravdovým přínosem, které dokážou osobu s poruchou intelektu posunout, a to i v dospělém věku. Toto byl jeden z předních důvodů, proč jsem si zvolila téma: Využití prvků expresivní terapie u dospělých osob s poruchou intelektu.

Hlavní cílem této práce je popsat, jaký vliv mají prvky vybraných expresivních terapií u dospělých osob s poruchou intelektu. Zabývá se tedy dospělými jedinci v jejich přirozeném prostředí, při terapiích s použitím prvků muzikoterapie nebo prvků arteterapie.

Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly, s tím, že první kapitola se zabývá pojmem porucha intelektu. Jsou tam definice a klasifikace tohoto pojmu, a to vše pro jeho pochopení a uvědomění, jak na tom jsou jednotliví klienti vybráni pro tuto bakalářskou práci.

Dále je vysvětlen pojem dospělost a problematika určení dospělosti. Je totiž důležité si uvědomit, že i přes to, že klienti dosáhli věku osmnácti let, nemusí být uznáni dospělými, protože je potřeba splnit více podmínek. U dospělých osob s poruchou intelektu často dochází k tomu, že za ně nebývají považováni.

Poslední kapitola se zabývá expresivními terapiemi. Jsou zde definovány jako celek a poté je více podrobněji rozepsána muzikoterapie a arteterapie. Tyto dvě terapie jsou vysvětleny z důvodu použití v praktické části. Je důležité se s nimi seznámit a znát nějaké modely a metody jednotlivých terapií.

Na začátku praktické části je napsaný hlavní cíl a také výzkumné otázky, které podrobněji vysvětlují, na co se ve výzkumu budu zaměřovat. První výzkumná otázka se zabývá tím, jaké expresivně terapeutické techniky jsou vhodné pro použití u dospělých osob s poruchou intelektu. Další sleduje, jak ovlivňují prvky muzikoterapie a prvky arteterapie vztahy mezi osobami s poruchou intelektu a jejich pečovateli a poslední se zaměřuje na rozvoj jemné motoriky pomocí vybraných expresivních terapií. Je zde také zmíněná metoda práce, kterou jsem použila ke zpracování praktické části, a také pomoci jaké metody jsem shromažďovala data.

Výzkumná část dále obsahuje charakteristiku vzorků a výzkumného prostředí. Je podstatné pochopit, jak jsem vybrala jednotlivé klienty a také se seznámit s prostředím, kde byl výzkum prováděn.

Další kapitola je rozdělena na dvě části. Každá část se zabývá jednou z vybraných klientek, o kterých jsou zde vypracované kazuistiky, jednotlivé výstupy a zhodnocení.

Doufám, že moje práce ukáže, že pracovat s klienty má smysl a rozhodně stojí za to do nich investovat čas a peníze. Věřím, že bude přínosem, a to hlavně v rámci inspirace, na co si dát pozor nebo čemu se vyvarovat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Porucha intelektu

Termín jedinec s mentálním postižením a jedinec s mentální retardací se do nedávna používaly jako synonyma. V odborné literatuře nacházíme i mnohé další termíny, a to nejen z hlediska historického, které byly dříve užívané a později nahrazené (jako např. slabomyslnost, mentální či duševní zaostalost, mentální defektnost, rozumová či duševní vada aj.), ale i vztahující se k době vzniku mentální retardace (jako např. oligofrenie) (Černá, 2015). DSM-5 (2013) používá pojem porucha intelektu.

Porucha intelektu je podstatně složitější postižení, které postihuje nejenom psychické schopnosti, ale celou osobnost člověka ve všech složkách. Má tedy rozhodující vliv nejenom na vývoj a úroveň rozumových schopností, ale týká se rovněž emocí, komunikačních schopností, úrovně sociálních vztahů, možností společenského a pracovního uplatnění (Slowík, 2016).

1.1 Definice poruchy intelektu

Poruchu intelektu lze definovat z různých hledisek: biologický přístup – postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku, syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku. Psychologický přístup – primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy. Sociální přístup – postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje schopnost samostatně, bez cizí pomoci zvládat vlastní sociální existenci. Pedagogický přístup – snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů (Slowík, 2016).

Valenta (2018) definuje poruchu intelektu jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i brzké postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.

Velmi podobně je definovaná porucha inteligence podle American Association for Mental Retardation (in Petišková, 2007): „*Mentální postižení je snížená schopnost (disability) charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje ve schopnosti myslet v abstraktních pojmech a dále v sociálních a praktických adaptačních dovednostech*“. AAMR dále stanovuje pět předpokladů pro aplikaci definice:

1. Snížení aktuálního fungování musí být posuzováno v souvislosti se společenským prostředím typickým pro daný věk a kulturu jedince.
2. Bere se v úvahu kulturní a jazyková rozmanitost a také individuální rozdíly v komunikaci, vnímání, pohybových možnostech a v chování.
3. U každého jedince se vedle omezení často vyskytují silné stránky.
4. Smyslem zjišťování limitů je vypracování systému potřebně podpory.
5. S vhodnou individuální podporou dojde po určité době k celkovému zlepšení kvality života člověka s poruchou intelektu.

Porucha intelektu je stav, zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušenou schopností projevující se v průběhu vývoje a podílející se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Porucha intelektu se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s poruchou intelektu mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejichž prevence je třikrát až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou poruchou intelektu naplněné (MKN-10, 2000).

1.2 Klasifikace poruchy intelektu

Poruchu intelektu se dá klasifikovat podle nejrůznějších klasifikací. Jedna z možných je **klasifikace podle etiologie**. Zde se jedná o snahu klasifikovat poruchu intelektu podle příčiny vzniku. Další možný klasifikační systém je **podle vývojového období**. Rozlišujeme – předškolní věk, mladší školní věk, starší školní věk, období adolescence, dospělost a stáří. Vychází se zde ze znalostí, vývojových období intaktní populace. (Ludíková, Kozáková a kol., 2012).

Jedna z nejznámějších klasifikací je podle **Mezinárodní klasifikace nemocí**. 1. 1. 1992 (v ČR od 1993) vyšla 10. revize s názvem: „*Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (MKN-10)“. Od 1. 1. 2022 je platná 11. revize, která však není přeložena do češtiny.

1.2.1 Klasifikace podle etiologie

Pokud se příčina vzniku poruchy intelektu rozdělí dle časového hlediska na prenatální, perinatální a postnatální, potom se odhalí různé, vzájemně se proplétající vlivy. Je však důležité si uvědomit skutečnost, že mnoho příčin zůstane utajeno. (Valenta a kol., 2018).

Příčiny vzniku poruchy inteligence jsou velice různorodé. Může být zapříčiněno jak příčinami endogenními (genetickými), tak i exogenními (vnější okolí). Dle časového hlediska se rozlišují faktory na prenatální (období těhotenství), perinatální (období porodu a těsně po něm) a postnatální (po porodu) (Černá, 2015).

Autorka upozorňuje na to, že u každé osoby s poruchou intelektu nelze s jistotou určit, zda je jeho porucha intelektu způsobená pouze jevy biologickými nebo se z jisté míry podílí i jevy sociální.

Prenatální období se dá z etiologického hlediska poruchy inteligence pojmout jako období významného působení dědičných faktorů do nich řadíme zejména geneticky podmíněné poruchy, a to metabolické a výživové (např. fenylketonurie, homocystinurie, nemoc Tay-Sachsova apod.). Rovněž mohou mít vliv i specifické genetické poruchy jejichž příčinami jsou mutagenní faktory (záření, dlouhodobé hladovění aj.), které způsobují mutaci genu, aberaci chromozomů nebo změny v jejich počtu (např. Downův syndrom, Turnerův syndrom, syndrom fragilního X chromozomu aj.). Tyto patologické vlivy vedou často k lehkým až k těžkým poruchám intelektu. Dalším faktorem v prenatálním období je infekční onemocnění matky. Významně mohou ovlivnit zarděnky, HIV, toxoplazmóza, syfilis, ale také chřipka, neštovice aj. Toto se řadí to exogenních faktorů, do kterých dále spadá rentgenové záření, nevhodné léky, drogy, a alkohol (fetální alkoholový syndrom). Kromě dalších nemocí je faktor i přenášení dítěte, nebo nedonošenost. Objevují se dokonce názory, že nenarozené dítě může ovlivnit deprese matky (např. když o dítě nestojí) (Valenta a kol., 2018). Černá (2015) dále zmiňuje neznáme, do kterých zařazuje anencefalie, hydrocefalus, mikrocefalus a makrocefalus.

Kozáková (2005) dělí prenatální příčiny do tří odvětví:

1. Blastopatie (poškození zárodků) - bývají vyvolávané infekčním onemocněním, škodlivými látky, nesprávnou výživou a zářením.
2. Embryopatie (porucha vývoje zárodku od 15. dne do konce 3. měsíce těhotenství) - bývají vyvolávané psychikou (emocionální zátěž matky), nedostatkem všech složek potravin a toxickými látky (radiace, léky, diabetes matky).
3. Fetopatie (poškození po 3. měsíci těhotenství) - vyvolává je intoxikace matky, infekce matky a nemoc matky.

Období perinatální se z hlediska etiologie dá pojmout jako období, kdy vývoj centrální nervové soustavy dítěte, poškodí nezvyklá zátěž např. mechanické poškození mozku a nedostatek kyslíku, nedonošenost a nízká porodní váha a dále nefyziologická těžká

novorozenecká žloutenka, při které se nevylučuje bilirubin z těla – způsobuje patologické změny (Valenta a kol., 2018). Také se může jednat o neonatální komplikace jako je hypoxie, porodní úraz, následek klešťového porodu a překotný nebo protahovaný porod (Černá, 2015). Kozáková (2005) dodává, že: „*k poškození při porodu může dojít také vlivem abnormalit porodních cest či plodu*“.

Valenta a kol. (2018) a Kozáková (2005) se shodují, že v **postnatálním období** existuje řada vlivů, které se mohou stát příčinou vzniku poruchy intelektu. Mezi ně řadíme především náhle zevní události, které vedou k narušení celistvosti a neporušení organismu (traumata zasahující centrální nervovou soustavu), specifické infekce a záněty mozku (primární i sekundární encefalitida), krvácení do mozku (prasknutí mozkové cévy), nádorové onemocnění aj. Vliv mohou mít i sociální faktory – deprivace (dlouhodobé nenasycení některé ze základních lidských potřeb).

1.2.2 Klasifikace podle MKN-10

U klasifikace podle MKN-10 se řeší stupeň poruchy intelektu, a to na základě posouzení struktury inteligence a adaptačního chování (adaptabilita). Orientačně se také využívá inteligenční kvocient (Valenta, 2018). Zdůrazňuje se však, že jde pouze o klasifikaci orientační, protože stanovená jednotka kritéria pro posouzení mentální úrovně a jasné hranice oddělující jednotlivé klasifikační stupně prakticky neexistuje (Slowík, 2016).

Stupeň poruchy intelektu se většinou měří standardizovanými testy inteligence. Testy však mohou být nahrazené škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Měření škálami však určují jen přibližné stupně poruchy intelektu (MKN-10, 2022).

Porucha intelektu se nachází v páté kapitole s názvem: „Poruchy duševní a poruchy chování“ a bylo ji přiřazeno písmeno „F“. Poruchu intelektu nalezneme pod označením „F70 – F79“ kde je rozepsaná:

F70 – lehká porucha intelektu,

F71 – střední porucha intelektu,

F72 – těžká porucha intelektu,

F73 – hluboká porucha intelektu,

F78 – jiná porucha intelektu

F79 – neurčitá porucha intelektu. (MKN-10, 2022).

MKN-10 (2022) kromě stupně poruchy intelektu rozlišuje v kódu i chování u těchto klientů (afekty vzteku, sebepoškozování aj.), a to přidáním číslice za tečku s číslicí vyjadřující stupeň postižení:

- .0 – žádné nebo minimální porucha chování
- .1 – významná porucha chování, vyžadující pozornost a léčbu
- .8 – jiné poruchy chování
- .9 – bez zmínky o poruchách chování

V nové verzi MKN-11 se porucha intelektu nachází v kapitole 06 s názvem „Duševní poruchy, poruchy chování nebo nervové poruchy“, v podkapitole „Poruchy neurovývoje“. Celá škála poruch intelektu se nachází pod označením 6A00. Zde nalezneme vývojovou poruchu intelektu, mírná (6A00.0) – vývojová porucha intelektu, blíže neurčitá (6A00.Z). (ICD-11, 2022).

Starší psychopedická terminologie někdy diferencuje chování klienta z hlediska typu poruchy chování na: „typ eretický (hyperaktivní, verzatilní, neklidný) a typ torpidní (hypoaktivní, apatický, netečný). Je však nutné upozornit, že toto členění se do značné míry vztahuje k prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal a které ho formuje. Může mít úzkou souvislost s deprivací, frustrací a stresovými vlivy (Valenta, 2018).

Lehká porucha intelektu (F70) – IQ se pohybuje mezi 50-69 (odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let). Jedná se o nejnižší stupeň postižení, který se dá rozpoznat v určitém opoždění a omezení neuropsychologického vývoje. Většina autorů se shoduje, že nejvíce se projevuje v raném dětském období a v předškolním období, kdy je psychický a rozumový vývoj nejrychlejší. Dítě je však schopno si zapamatovat různé říkanky, písničky, osvojit si návyky a reagovat na konkrétní formu. Problémy se začínají objevovat v rychlosti učení a v teoretických aktivit ve škole. Většina osob s lehkou poruchou intelektu se umí orientovat v každodenním životě, velmi prospívá v manuálních a praktických zaměstnáních. Největší obtíže těchto osob jsou konkrétní mechanické myšlení, slabší paměť, váznoucí analýza a syntéza myšlenkových pochodů, obtíže v generalizaci (Janků, 2014).

Tito lidé však nemají problém se začleněním do společnosti. Jsou schopní plně a účelně využívat řeč a plyně konverzovat. Velmi často se stává, že osoby s lehkou poruchou intelektu jsou málo kreativní, mají nízký potenciál tvořivosti, která souvisí s abstraktním myšlením a projevuje se např. při rozvoji her a zapojování se do kolektivu (Janků, 2014). Ludíková,

Kozáková a kol. (2012) dodávají, že většina osob s lehkou poruchou intelektu je v dospělosti schopná pracovat, navazovat a udržovat vztahy. Jsou prospěšní pro společnost.

Střední porucha intelektu (F71) - je vymezená pásmem IQ 35-49 což odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let). V dětství se objevuje omezení v motorickém a neuropsychologickém vývoji (Ludíková, Kozáková a kol., 2012). Schopnosti a dovednosti jsou osvojovány pomalu a nekoordinovaně. Dítě se učí jíst, udržovat osobní hygienu, chodit a pohybovat se, a to vše s obtížemi. Osoba se střední poruchou intelektu má i v dospělosti opožděný vývoj řeči a myšlení, které je stereotypní, rigidní a nepřesné. Jedinec je schopný se vyjadřovat rozvinutými větami, avšak jeho slovní zásoba je formálně i obsahově velmi chudá. V životě osoby s poruchou intelektu je nezbytný stereotyp, organizace a struktura, při níž jsou schopny vykonávat jednoduché manuální činnosti (Janků, 2014).

Ludíková, Kozáková a kol. (2012) uvádí, že lidé se střední poruchou intelektu jsou schopní dosáhnout určité úrovně samostatnosti a nezávislosti. Pokud mají v dospělosti různé stupně podpory, jsou schopní pracovat a vykonávat činnosti ve společnosti.

2 Dospělý jedinec s poruchou intelektu

2.1 Dospělost

Období dospělosti, není oproti jiným vývojovým obdobím jednoduché vymezit určitým věkem. Legislativně se totiž člověk stává dospělým po dosažení osmnácti let, avšak pro uznání dospělosti jedince v sociálním prostředí, je potřeba splnit další podmínky, kterých lidé dosahují v různé době. Patří sem především celkové zklidnění, změna vztahů s rodiči a vrstevníky. Také se očekává, že dospělý člověk bude nezávislý, osamostatní se a přijme zodpovědnost za vlastní život. Dalším podstatným faktorem je dosažení sexuální zralosti, navázání trvalých partnerských vztahů (Vágnerová, 2000). Příkladem obtížného vymezení dospělosti, může být definice Beneše (in Šiška, 2005): „*dospělým ve smyslu vzdělávání je osoba, jejíž hlavní sociální role se dají charakterizovat statusem dospělého a která zároveň ukončila svou vzdělávací dráhu ve formálním vzdělávacím systému*”.

Řičan (2004) vymezuje znaky dospělého člověka v psychosociální oblasti. Znaky zahrnují následující: existenční samostatnost, schopnost spolupracovat bez zbytečných konfliktů, schopnost samostatně hospodařit, zralé konání vůči nadřízeným, realistické plánování budoucnosti, osamocení se od rodičů, trávení volného času především s přáteli, tendence mít dlouhodobý vztah, cílevědomé rozšiřování orientace ve svém okolí a aktivní zájem o nejbližší a společnost.

Langmaier (2006) uvádí, že je potřebné rozdělit dospělost do určitých etap, které se překrývají a nastupují rozdílně u jednotlivých lidí. Dělí věk dospělosti do čtyř etap:

1. **Časná dospělost** – což je období zhruba od 20 do 25-30 let, mezi adolescencí a plnou dospělostí. Dospělost tady Langmaier (2006) vymezuje s přihlédnutím ke třem kritériím: věk, převzetí určitých vývojových úkolů a dosažení stupně osobní zralosti.
2. **Střední dospělost** – období asi do 45 let. Toto období bývá plné výkonnosti a relativní stability.
3. **Pozdní dospělost** – toto období probíhá do začátku stáří, což je asi okolo 60-65 let.

Další autoři dělí dospělost podobně, i když věkové hranice bývají různě posouvané.

2.2 Dospělý jedinec s poruchou intelektu

Jak už bylo výše uvedeno, v české legislativě začíná dospělost dovršením osmnáctým rokem života. Vágnerová (2000) a Oravcová (2010) se shodují, že se jedná o pomyslnou hranici dospělosti. Podle Oravcové (2010) dosažení právní dospělosti nemusí souhlasit s fyzickou, psychickou a sociální dospělostí.

Nováková a Mišová (2007) uvádí, že i když jedinec s poruchou intelektu dosáhne tento pomyslný mezník dospělosti, většina veřejnosti tohoto jedince považuje za dítě. Jeden z důvodů, proč společnost vnímá dospělé s poruchou intelektu jako děti, je ten, že se chovají neadekvátně nebo pro jejich vizáž. Nováková a Mišová (2007) upozorňují, že není vhodné k těmto lidem přistupovat jako k dětem, protože to u nich může způsobovat citovou újmu, stejně jako lidí intaktních.

U osob s poruchou intelektu se často objevuje prostorová, časová a také osobní dezorientace. Právě dospělý člověk s poruchou intelektu může u neznámých lidí lehce vyvolat rozpaky svým trochu divným chováním. Jak už bylo výše poznamenáno, častokrát intaktní jedinci přistupují k jedincům s postižením s představou přestárých dětí (Vágnerová, 2008). Markwiche a Parrish (in Slowík, 2016) uvádí, že i když chování jedince s poruchou intelektu může být, jakkoliv dětinské a neadekvátní fyzickému věku, tak jedinec je skutečně dospělý. I takovýto dospělý má své životní zkušenosti jako jeho intaktní vrstevník. Pohled dospělého jedince s poruchou intelektu se nedá srovnávat s pohledem dítěte. Také osoby s poruchou intelektu jsou osobnostmi, které kromě jiného mají svou sexualitu, duchovní a kulturní potřeby, které jim nikdo nemá právo odpírat, ale je potřebné jim pomáhat hledat vhodné a přiměřené cesty k uspokojení těchto potřeb.

Dospělost je období svobody se samostatně rozhodovat, spojeného se zodpovědností za svoje rozhodnutí a schopnost plnit příslušné úlohy, avšak ne vždy dospělý jedinec s poruchou intelektu dokáže plnit všechna očekávání a nároky, které jsou na něj kladené. Dospělý člověk s poruchou intelektu může mít sníženou schopnost rozhodnout se sám za sebe a nést za svoje rozhodnutí zodpovědnost. Takový člověk nemusí být úplně samostatný, v jeho životě hraje důležitou roli rodina a lidé z blízkého okolí (Vágnerová, 2000).

Podle Pipekové (2006) je potřebné jedince s poruchou intelektu podporovat v naplňování sociálních rolí, které jsou charakterizovány pro období dospělosti v daném sociokulturním prostředí. Jedná se především o zaměstnání, partnerský a rodinný život, kvalitu prožívání volného času, možnosti dalšího vzdělávání aj.

3 Expresivní terapie

Expresivní terapie, ve které se zapojuje umění do léčby, nachází svoje začátky v Egyptě a starověkém Řecku. Sedláková (2016) vymezuje umění jako část rehabilitace, která se začala aplikovat v 18. - 19. století. Zrodila se myšlenka použít výtvarnou aktivitu jako terapii, za pomoci odborníků. Velký vliv má i hudba. Expresivní terapie se dá rozčlenit skrz prostředky, které se používají při práci s klientem. Pokud se při terapii používá dramatické umění, bavíme se o dramaterapii, pokud jde o hudební projev, je to muzikoterapie, při použití výtvarných projevů se jedná o arteterapii. Literární projev charakterizuje biblioterapii a taneční prvky reprezentují tanečně-pohybovou terapii (Sedláková, 2016).

Tato autorka uvádí, že se exprese dá vysvětlit jako výraz. Expese velice úzce souvisí s lidskou aktivitou – komunikací. Expresivní projev je vyjádřením především sama sebe.

Podle Cathy A. Malchiodi (2006) se expresivní terapie dá definovat jako použití umění, hudby, tanečního pohybu, dramatu, poezie, tvůrčího psaní aj. v rámci psychoterapie, poradenství, rehabilitace, popř. zdravotní péče. Některé z expresivních terapií jsou také považovány za „terapii kreativním uměním“. Navíc jsou někdy označovány jako „integrační přístupy“, když se záměrně používají v kombinaci s léčbou.

Uměleckou terapii začali utvářet výtvarníci, tanečníci, hudebníci a herci spolupráci ve spolupráci s lékaři, psychology, psychiatry a dalšími odborníky. Terapie uměním může přispívat do více oblastí, např. zdravotnictví, školství aj.. Název umělecká terapie pokrývá celou umělecko-terapeutickou oblast, která se skládá ze samotných odborů – muzikoterapie, dramaterapie, arteterapie, tanečně – pohybová terapie. Rozdíl mezi nimi je v rozlišování užívaných pomůcek (Beníčková, 2017).

Expresivní postupy pomáhají odstraňovat úzkost a následně navozují pocit uvolnění. V psychoterapii jsou to takové, při kterých se klient dokáže verbálně i neverbálně vyjadřovat prostřednictvím vybrané metody. Expresivní terapie umožňuje klientovi lepší uvolnění napětí, které podněcuje psychologické a somatické onemocnění. Klienti mohou při tvořivé činnosti nabýt pocit radosti a úspěchů (Vymetal, 2007). Dále je více rozebraná muzikoterapie a arteterapie.

3.1 Muzikoterapie

Pojem muzikoterapie je řecko-latinského původu, kde slovo *moisika* znamená hudba a *therapeineio* – pomáhat, léčit (Mátejová, 1992).

3.1.1 Definice muzikoterapie

Muzikoterapii, jako terapeutický přístup se snažilo definovat velké množství autorů a muzikoterapeutických asociací. (Müller a kol., 2014).

Světová federace muzikoterapie (World federation of music therapy, 2011) definuje muzikoterapii jako profesionální využití hudby a jejích prvků jako intervence v lékařském, vzdělávacím a každodenním prostředí s jednotlivci, skupinami, rodinami nebo komunitami, kteří se snaží optimalizovat kvalitu svého života a zlepšit svou fyzickou, sociální, komunikativní, emocionální duševní a duchovní zdraví a pohodu. Výzkum, praxe, vzdělávání a klinický výcvik v muzikoterapii jsou založeny na profesionálních standardech podle kulturních, sociálních a politických souvislostí.

Christoph Schwabe (in Vitálová, 2007) definuje muzikoterapii jako klinicko-medicínskou formu léčby, která svojí podstatou patří do oblasti psychoterapie. Speciální psychoterapeutický znak je použití hudby v jejích nejrůznějších podobách na poli recepcce, reprodukce a produkce hudebních struktur. Souborný pojem muzikoterapie obsahuje metody, které předpokládají nasazení různých forem hudby v klinicko-medicínské léčbě klienta. Dosahuje se velké množství cílů: aktivace a stimulace emocionálních procesů (introspekce), stejně i sociální komunikační interakce na neverbální úrovni, regulace psychovegetativních procesů v případě organických funkčních poruch a psychosomatických stavů napětí, jakož i rozvoj a diferenciacce schopnosti, přežití a vychutnání estetické zkušenosti, přičemž jsou odbourávány patologicky podmíněná omezení ve vnímání.

3.1.2 Cíle muzikoterapie

Cíle muzikoterapie se dělí na dlouhodobé a krátkodobé. Stanovení cíle muzikoterapie závisí od momentálního stavu a problému, který klient má. Pomocí hudby využívané v muzikoterapii je možné naučit se vytvářet vztahy, podporovat komunikační schopnost klienta, čím má větší možnost socializace, podporovat sebevyjadřování, sebehodnocení, sebereflexi, naučit se vyjadřovat svoje emoce a také podpora motoriky (Zeleinová, 2007).

Kantor s Wolfgangem (Müller a kol., 2014) uvádí, že lze cíle muzikoterapie rozdělit na cíle obecné a specifické. Mezi obecné cíle zařazuje: vytváření podpůrného, emocionálně

stabilního vztahu, podpora silných stránek, psychosociálních potřeb a intaktní složky osobnosti klienta podle kontextu terapie nebo kontraktu s klientem a rozvoj hudebních schopností a dovedností. Specifické cíle poté závisí na narušení psychických a tělesných struktur a funkcí, které způsobují omezení funkčních schopností klienta.

3.1.3 Muzikoterapeutické modely

Bruscia (in Kantor, 2009) definuje muzikoterapeutický model jako „*ucelený přístup k diagnostice, terapii a evaluaci, který zahrnuje teoretické principy, klinické indikace a kontraindikace, cíle, metodologická vodítka, upřesnění a charakteristické použití určitých procedurálních sekvencí a technik*“. Často se muzikoterapeutické modely zaměřují za muzikoterapeutické metody. Některé to mají i v názvu např. FMT-metoda (Kantor, 2009).

Antroposofická muzikoterapie – zakladatelem je Rudolf Steiner (1861-1925), který také položil základy Waldorfských škol, antroposofické medicíny a architektury (Gerlichová, 2021). Antroposofická muzikoterapie má velice blízký vztah s medicínskou naukou o člověku, která také popisuje terapeutické možnosti umění. Řadou terapeutů byla aplikována v rámci muzikoterapie. Díky zkušenosti z klinické praxe vznikl tento svěbytný muzikoterapeutický přístup (Kantor, 2009).

Podle Wolfganga a Kantora (Müller a kol., 2014) se Antroposofická muzikoterapie zabývá vztahy, které vznikají mezi uměleckými prostředky (barva, zvuk nebo forma) a specifickými činnostmi orgánu v lidském těle. Vychází z hudebních souvislostí v lidském těle jako je např. tep srdce, dech. To je hlavním důvodem proč se v tomto modelu pracuje s hudebními intervaly a jejich interpretaci.

Gerlichová (2021) přidává, že podle antroposofické muzikoterapie, vzájemně souvisí hudební prvky a duševní aktivity myšlení (cítění a vůle). Uvádí, že melodie je vztahovaná k myšlení, harmonie zase patří k cítění a rytmus souvisí s vůlí. U přechodu mezi durovou a molovou stupnicí, dochází k protikladu lidské zkušenosti, jako jsou protichůdné pocity, nádech a výdech, den a noc.

FMT-metoda – pochází ze Švédska, kde ji vytvořil a zpracoval Lasse Hjelm, a to na základě svých zkušeností z rehabilitačního centra v Uppsale (Müller a kol., 2014).

Jedná se o léčebnou metodu, která pomáhá prostřednictvím stimulace fyzického vývoje odstranit zdravotní, neuromuskulární problémy. Terapeutické sezení bývá náročné na koncentraci. Představuje asi 20-25 minut intenzivního hraní. Během sezení terapeut používá

pouze neverbální komunikaci, hraje na klavír kódy (jednoduché melodie) a klient reaguje hrou na bicí nástroje (Kantor, 2009).

Prostřednictvím hry na bicí nástroje se trénují percepční, motorické a kognitivní funkce. Také podporuje schopnost neverbální komunikace, sociální dovednosti, a hlavně rozvoj vztahu mezi klientem a terapeutem (Müller a kol., 2014).

Vokální muzikoterapie – v muzikoterapii se využívá mnoho metod práce s hlasem, ale zatím jen jedna dospěla do uceleného muzikoterapeutického modelu. Jedná se o vokální muzikoterapii, kterou vytvořila Diana Austin (Gerlichová, 2021). Ta definuje vokální psychoterapii „jako využívání hlasu, písni a rozhovoru k intrapsychické a intrapersonální změna člověka“ (Kantor, 2009).

Vokální terapie využívá především tyto kvality:

1. dech a fyziologické vlastnosti prohloubeného dýchání,
2. vytváření přirozených pohybů a zvuků,
3. hlasová improvizace (Gerlichová, 2021).

Autorka dále uvádí, že vokální muzikoterapie je založená na myšlence, že při zpívání se lidské tělo rozechvěje znějícím hlasem, čím se rozpouští tzv. blokády energie, uvolňují pocity a umožňuje se přirozený tok vitality (Gerlichová, 2021).

3.2 Arteterapie

Slovo arteterapie pochází z latinského slova “ars” a řeckého slova “therapeia”. První slovo znamená umění, zručnost nebo řemeslo a druhé zase určitou léčbu, službu či terapii. Pod pojmem arteterapie se tedy dá představit léčení prostřednictvím umění (Guillame, Kováčová, 2010).

V současné době se dá mluvit o dvou alternativních chápání pojmu arteterapie. V širším pojetí je arteterapie hlavním, zastřešujícím pojmem pro všechny expresivní terapie, jde tedy o užití jakýkoliv uměleckých forem v práci s klientem. V užším pojetí arteterapie představuje pouze použití výtvarných uměleckých forem. (Müller a kol., 2014).

3.2.1 Definice arteterapie

Jako při většině definicí pojmů, neexistuje jediná, všeobecně platná, ucelená definice arteterapie. Formu arteterapie se dá vidět prostřednictvím malířské, grafické, sochařské činnosti, která je zároveň prostředkem sociální interakce, výchovy a též komunikace určené jedincům s postižením. Výtvarnou arteterapii lze chápat jako cílený a organizovaný

terapeutický proces, který je realizovaný individuálně či skupinově a je řízený speciálně školenou osobou, a to arteterapeutem (Jebavá, 1997).

Arteterapie může být též chápána jako soubor uměleckých postupů a technik, jejímž účelem je zvyšovat sebehodnocení jedince a dopomoci mu k nalezení harmonie se sebou samým, a též k svému okolí. Výtvarná výchova nebo výtvarné kroužky v jednotlivých sociálních organizacích se odlišují od arteterapie tím, že arteterapie je odborné vedení, a zároveň cílená pomoc ve formě terapie. Hlavním znakem arteterapie je, že se nehodnotí nadání jednotlivce nebo uměleckost výsledného díla. Naopak, důležitý je samostatný proces tvorby klienta (Šicková-Fabrici, 2002).

Podle Striežence (1996) je možné arteterapii chápat ve třech rovinách. Na první úrovni lze arteterapii chápat v nejširším pojetí, tedy že jde o kulturní terapii, která uplatňuje víc druhů výrazových uměleckých prostředků v léčbě, jako je hudba, dramatizace aj. Na další úrovni se dá arteterapii chápat v užším slova smyslu, a to tedy, že jde o využívání speciálních výtvarných postupů, technik a metod, které jsou známé z psychoterapie. Arteterapie neplní jen jakousi podpornou úlohu při aplikaci jiných metod léčby, ale má nosnou hodnotu v některých léčebných postupech, zejména při léčení dětí, které trápí různé choroby či poruchy. Třetí rovina poukazuje na arteterapii z hlediska výtvarné činnosti ve výchovně-terapeutických procesech, při rehabilitaci, převýchově atd..

Česká arteterapeutická asociace (ČAA, 2022) definuje arteterapii a artepsychoterpii jako: *“terapeutické obory využívající výtvarnou tvorbu k podpoře zdraví, sebezvoje a růstu. Napomáhají překonat a integrovat psychické a zdravotní obtíže prostřednictvím výtvarného kreativního procesu v terapeutickém vztahu klient-výtvar-arteterapeut. Arteterapie patří ke kreativním neverbálním terapiím a jako mezirezortní obor je využívána ve zdravotním a psychosociálním kontextu”*.

3.2.2 Cíle arteterapie

Za univerzální cíl arteterapie se považuje zkvalitnění klientova života. Prostřednictvím arteterapie se mu terapeut snaží pomoci pochopit sebe samotného, vyjádřit svoje pocity, emoce, zážitky a začlenit se do společnosti. Podle některých autorů je možné cíle rozdělit na sociální a individuální. Do individuálního cíle se dá začlenit poznávání vlastních konfliktů, emocí, citů, budování sebevědomí, sebehodnocení, poznávání vlastních schopností, možností, relaxace, práce s vlastní fantazií nebo kreativitou a podle možností též rozvoj vlastních individuálních schopností. Mezi sociální cíle se zařazuje zejména komunikace, rozvoj sociálních zručností,

integrace do skupiny lidí, kteří mají podobné problémy, ale také se dá hovořit o integraci do společnosti jakož to celku, navázání nových vztahů, a též o poznávání sebe samého v kolektivu (Liebmann, 2005).

Konkrétní arteterapeutické cíle jsou stanoveny podle cílové skupiny, kterou arteterapeut vede. Cíle se mohou lišit podle toho, jaké mají daní klienti specifické znaky, problémy a potřeby. Smyslem arteterapie u osob s poruchou intelektu lze vidět zejména ve snaze pomoci klientům rozvíjet svoje motorické schopnosti, působit preventivně při sociální a psychické deprivaci. Snaha arteterapeuta by měla být též zaměřená na práci s klienty ve smyslu pomoci zpracování a pochopení vlastních emocí, zážitků, zkušeností a podobně (Šicková- Fabrici, 2002).

3.2.3 Metody v arteterapii

Potměšilová (Müller a kol., 2014) považuje za důležité rozlišit pojem metoda a pojem technika. Metodu obecně definuje jako soubor postupů nebo kroků, které vedou k danému cíli. Technikou se poté rozumí konkrétní postup, způsob nebo úkol, který volí terapeut v rámci metody nebo v rámci osobního tématu (problému) klienta nebo skupiny klientů.

Zvolit metodu, která bude tou nejvhodnější může být těžší, než se může na první pohled zdát. Samozřejmě vše záleží na klientovi, jeho diagnóze adaptabilitě a kognitivní úrovni (Guillaume, Kováčová, 2010).

Šicková-Fabrici (2002) uvádí, že v arteterapii je šest základních metod:

1. imaginace,
2. animace
3. koncentrace,
4. restrukturalizace,
5. transformace,
6. rekonstrukce.

Z hlediska arteterapie představuje **imaginace** prakticky neomezenou možnost vstupu do vnitřního světa klienta. Prostřednictvím představ se člověk může vrátit zpět k různým životním situacím, nacházet v nich nové souvislosti aplikovatelné v budoucím životě. (Guillaume, Kováčková, 2010). Metoda imaginace je vhodná pro lepší pochopení sebe samého, uvolnění emocí, vyjasnění postojů k sobě a k druhým lidem. Diagnostický potenciál aktivní nebo řízené

imaginace je předpokládáný. Obrazy, tvary a použité barvy mají diagnostikou podobu (Šicková-Fabrici, 2002).

Při metodě **animace** se terapeut nebo klient identifikují s částí artefaktu nebo s celým. Poté hovoří jménem této části nebo artefaktu. Tuto metodu lze použít i před vlastním zahájením terapie. Komunikace mezi terapeutem a klientem může probíhat přes hračky nebo jiný předmět. Používá se při navázání kontaktu s dítětem.

Další metodou sloužící k sebepoznání a pochopení uspořádání vnitřního světa je metoda **koncentrace**, při které se využívají mandaly (Guillaume, Kováčková, 2010). Jejich význam jsou diagramy, které dávají chaosu harmonickou formu. Do arteterapie přinesl tvorbu mandal C. G. Jung, který je sám využíval na konci druhé světové války. Jung uvádí, že mandala je vnitřním obrazem, který je povolna konstruován imaginací (Müller a kol., 2014). Vytváření mandaly a jejich vnímání umožňuje každému, kdo je součástí arteterapeutického procesu tvořit, realizovat a zhmotnit svoji představu o mandale. Daná metoda se používá na upokojení a trénink koncentrace pozornosti (Guillaume, Kováčková, 2010).

Podstatou metody **restrukturalizace** je rozdělení (rozčlenění) dosavadních životních zkušeností a významných událostí do jednotlivých střípků a jejich nové skládání do nového celku (Guillaume, Kováčková, 2010). Tato metoda pomáhá klientům se dívat na věc z jiných úhlů pohledu. Nové poskládání situace a nový pohled může vést klienta k nalezení funkčního řešení nebo se vypořádání s danou situací. Tato metoda se tedy snaží hledat nový pohled na daný problém, na dané téma. Jedná se o hledání aktivního řešení (Müller a kol., 2014).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumná část

4.1 Hlavní cíle, dílčí cíle

Hlavním cílem bakalářské práce je popsat, jaký vliv mají prvky vybraných expresivních terapií u dospělých osob s poruchou intelektu.

Výzkumné otázky

1. Které expresivně terapeutické techniky jsou vhodné u lidí s poruchou intelektu?
2. Jak ovlivňují vybrané prvky expresivních terapií vztahy mezi osobami s poruchou intelektu a jejich pečovateli?
3. Jaký vliv mají prvky muzikoterapie a prvky arteterapie na rozvoj jemné motoriky u jedinců s poruchou intelektu?

4.2 Metody práce

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byl zvolen kvalitativní způsob šetření. Švaříček (2007) definuje kvalitativní přístup jako: *„Proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založených na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“*

Realizace výzkumu byla prováděná pomocí delšího a intenzivnějšího kontaktu s vybranými klientky v zařízení, a to jednou týdně podobu sedmi měsíců. Celou dobu byl veden deník, do kterého byly podrobně zapisované poznámky z pozorování a také některé výtvary z prvků arteterapie. Dále byly do deníku přidávány kazuistiky vybraných klientů.

Hlavní metoda tedy byla pozorování. Tato metoda je nejstarší metoda získávání dat. Podle Frejenčíka (2000) se vědecké pozorování charakterizuje jako plánovitě vybrané, a právě od běžného pozorování jej odlišuje tím, že si vědec dopředu určuje, co a jak bude pozorovat. Při pozorování pozorovatel nezasahoval do objektivní reality. Pozorování bylo vždy záměrné, cílevědomé, řízené, systematické a plánované. Nejvíce bylo používáno přímé pozorování. Zároveň se však jednalo o pozorování zjevné, protože klienti předem byli seznámeni s výzkumem.

4.3 Charakteristika vzorků a výzkumného prostředí

Výzkum byl realizován v příspěvkové organizaci Fontána v Hlučíně, což je ubytovací služba pro dospělé lidi s poruchou intelektu, kombinovaným nebo duálním postižením. Tito lidé potřebují vysokou míru podpory ve všech oblastech života, celodenní péči (včetně zdravotní) při zvládání každodenních činností spojených s jejich osobou a kteří potřebují podporu také v rámci společenského života, protože zdravotní postižení jim tyto příležitosti značně zužuje a limituje. Z tohoto faktu se odvíjí výzkumný vzorek.

Podstatné bylo, aby výzkumný vzorek byl dospělého věku a měl diagnostikovanou poruchu intelektu v rozmezí lehká až středně těžká porucha intelektu. Pro výzkum byly vybrány dvě klientky. Obě jsou ženy, ve věku 50-60 let, žijící v zařízení, ve kterém se výzkum prováděl. Vybrané klientky mají diagnostikovanou poruchu intelektu, a to v pásmu lehká porucha intelektu až středně těžká porucha intelektu. Obě mají jistý druh plegie, který se odráží na jejich motorice.

Dále bylo pro výzkum důležité, aby vybrané klientky spolupracovaly a byly schopné se aktivně podílet na výzkumu. K tomu se pojí i to, že bylo důležité, aby vybrané klientky byly schopné komunikovat, a to alespoň na té úrovni, aby dokázaly zazpívat, naučit se novou písničku nebo jen odpovídat na otázky k porozumění zadání.

5 Výstupy jednotlivých osob s poruchou intelektu

5.1 Paní N.

S paní N. nebylo obtížné navázat kontakt a začít pracovat na výzkumu. Paní N. byla s výzkumem seznámena na první schůzce, a to tak, aby pochopila význam výzkumu. Celý výzkum s paní N. měl několik setkání v časových úsecích 45-60 minut.

5.1.1 Kazuistika

Paní N. je žena, která se narodila v roce 1965.

Diagnóza

Mozková obrna, středně těžká porucha intelektu, tetraplegie, spasmus pravé ruky.

Rodinná anamnéza

V sociálním zařízení žije od roku 1973 a v pobytové službě Fontáně p.o. v Hlučíně od roku 1981. Jediný kontakt s rodinou nastal v roce 2018, avšak tehdy ji navštívili jednou a poté už ne.

Osobní anamnéza

Komunikace s paní N. je bezproblémová, umí reagovat na otázky. Dokáže se zapojit do hovorů. Její slovní zásoba je slabší. Neumí číst a jediné, co dokáže napsat je její jméno, a to jen ve zkrácené podobě. Je levačka.

Paní N. je imobilní. Když se dají dolů postranice postele, má strach, že spadne. Pohybuje se na invalidním vozíku. Je inkontinentní.

U paní N. se musí dohlížet a dopomáhat při stravě, podávání léků – riziko aspirace.

Školní anamnéza

Neúčastnila se žádné školní docházky.

5.1.2 Výstup paní N. – prvky muzikoterapie

Prvky muzikoterapie s paní N. probíhaly ve Snoezelenu, kde se vždy na začátku přivítala s terapeutem. Ten ji dal čas na adaptaci s prostředím. Poté terapeut začal s paní N. pracovat. Tato setkání probíhala individuálně a párkrát i skupinově, při kterých se dbalo na to, aby paní N. měla kolem sebe klienty, které zná a vychází s nimi. Jsou zde vypsána jen některá setkání.

Hra na Orffovy nástroje

Na prvním setkání byl jeden z prvních úkolů pro Paní N., vybrat si písničku, kterou zná a dokáže si ji zazpívat s doprovodem. Vybrala si svého oblíbeného zpěváka Michala Davida. Měla za úkol zpívat s doprovodem a hrát na Orffovy nástroje – dřívka, tamburína, vajíčka aj.

Při hře na dřívka byla nabádaná ať střídá ruce. Ona však preferovala ťukání jen levé ruky, pravá pouze držela druhé dřívko.

Po nějakém čase jí byly vyměněné dřívka za vajíčko. Vajíčko jí bylo vloženo do pravé ruky, kterou má ve spasmu. Tímto byla donucena používat i pravou ruku. Toto cvičení zvládala s obtížemi. I přes velkou snahu, nedokázala do ruky dát důraz natolik, aby vajíčko hrálo. Kromě toho měla tendenci dávat si vajíčko do levé ruky. Vyzkoušela si i hru na tamburínu. S tou však dokázala hrát jen když jí měla v levé ruce.

Poslední nástroj, který na tomto setkání použila byl africký buben. Paní N. je tetraplegička. Její nohy jsou nepohybné. Nebylo tedy možné jí buben dát mezi nohy. Postavil se tedy na její pravou stranu a do pravé ruky jí byla dána palička. Jejím úkolem bylo na buben ťukat. Prvně měla problém se bubnu dotknout. Postupem času bylo její bubnování přesnější a s větší silou. Postupně byl buben od ní odsouván a tím byla paní N. donucena více uvolnit spasmus pravé ruky. Po tomto cvičení uvolnila ruka natolik, že ji položila na nohu. Když však do místnosti vešla klientka, které se paní N. bojí, opět dala ruku k tělu. Na závěr jí byly namasírovány obě ruce.

Práce s dřívky

Na další setkání přijela paní N. opět do Snoezelenu, kde byla puštěná relaxační hudba. Prvně jen odpočívala a vnímala hudbu. Po chvilkové relaxaci dostala možnost výběru Orffového nástroje. Sáhla po dřevěných hůlkách. Hrály písničky od skupiny ABBA. Bylo důležité, aby neznala slova a jen vnímala rytmus. Při pomalejší písničce zvládala ťukání do rytmu, avšak čím rychlejší píseň byla, tím více jí dělalo problém hrát na dřívka. Celou dobu ťukala pouze levou ruku a v pravé jen držela druhé dřívko.

Po krátkém čase byla na paní N. viditelná únava, i přes to si nedokázala o pauzu říct. Při nabídnutí pauzy však neodmítla. Během pauzy paní N. kroužila zápěstími pro uvolnění. Levou rukou jí to nedělalo problém, avšak u pravé ruky ve spasmu nedokázala udělat celé kolečko. Pomocí masážního míčku jí byly rozmasírovány obě ruce. Prvně dlaně, poté zápěstí, předloktí paže a nakonec rameno. Paní N. po tomto cvičení plně uvolnila pravou ruku ve spasmu.

Po této pauze paní N. dokázala hrát na dřívka rychleji, a dokonce byla schopná používat k ťukání pravou ruku, která sice nebyla přesná, ale byla důrazná. Paní N. odcházela s úsměvem na tváři.

Skupinová hra s africkými bubny

Po pár setkáních, které proběhla individuálně, přišlo na řadu skupinové. Ve skupině se k paní N. přidali klienti, kteří se s ní znají a potkávají se na chodbách zařízení. Aby se paní N. cítila více pohodlně byla dovezena i její spolubydlící, se kterou má přátelský vztah. Dohromady bylo ve skupině sedm klientů + terapeut.

Na začátku si klienti sedli do kruhu. Terapeut se začal ptát na různé otázky jako např. jakou mají náladu, jak se vyspali, co měli na snídani... Po tomto navázání kontaktu, si jeden z klientů vybral píseň Skákal pes. Prvně si tuto píseň zazpívali bez doprovodu, aby si zopakovali slova. Paní N. vypadala napnutě a nedokázala se uvolnit, i přes to ji text písně nedělal problém. Při přezpívání této písně měli klienti za úkol ji zazpívat ještě jednou a k tomu tleskat. Paní N. se během tleskání rozzářila. Tleskala levou rukou o pravou. Když ji terapeut vybídl, aby ruce vystřídala, zkusila to. Za chvíli však tleskala zase levou.

Terapeut každému klientovi dal buben nebo Orffův nástroj. Paní N. dostala africký buben a paličku. Jak již bylo popsáno, paní N. není schopná si dát buben mezi nohy. Buben ji byl opět položen na pravou stranu, aby měla potřebu používat pravou ruku. Údiv nastal, když se paní N. nechala strhnout ostatními klienty, kteří bubnovali či hráli na nějaký nástroj a postupně zrychlovali nebo zpomalovali, hráli hlasitě nebo potichu podle terapeuta. Paní N. dokázala držet tempo a také natáhnout ruku dostat na to, aby její úder paličkou byl dostatečný, aby rozezněl buben. Jediné, s čím paní N. měla problém bylo měnit hlasitost.

Po této aktivitě mohli klienti vybírat písničky, které poté společně zpívali. U této aktivity se paní N. uvolnila a usmívala se. Pokud se stalo, že nějakou písničku neznala, poslouchala a jen hrála na nějaký z Orffových nástrojů.

Nakonec terapeut pustil relaxační hudbu a nechal skupinu odpočinout.

5.1.3 Výstup paní N. – prvky arteterapie

S paní N. proběhlo několik setkání, kde se pracovalo s prvky arteterapie. Nejčastěji se terapeut setkával s paní N. na jejím pokoji, také se však využíval ateliér nebo venkovní prostory. Na začátku každého setkání, se terapeut s paní N. přivítal, zeptal se jí, jak se má atd. Tato setkání vždy probíhala individuálně.

Mandala – příloha č. 1

První setkání proběhlo na pokoji paní N. kde dostala mandalu, kterou měla vybarvit pastelkami. Obrázek terapeut vybral z důvodu abstrakce. Paní N. tedy nerozptyloval konkrétní obrázek.

Paní N. měla nesprávný úchop a také vytvářela velký tlak na tužku a držela ji velice křečovitě a po jisté chvíli vybarvování se jí na prstě udělal puchýř, což naznačovalo, že moc často nepoužívá psací potřeby. Má spasmus pravé ruky, i přesto byla schopná si touto rukou přidržovat papír. Paní N. moc neřešila čáry obrázku a vybarvovala tak, jak se jí chtělo. Jediné, na co dbala bylo, aby byl obrázek vybarvený v každé části papíru. Při vybarvování dost tlačila na tužku, ale postupem času se pomalu uvolňovala, což mohla značit únava.

Když se jí zlomila tuha, neuměla požádat o pomoc. Požádala až ve chvíli, kdy dostala otázku na konkrétní problém: “chcete pomoci s ostrouháním pastelky?”. Během práce povídala o svém životě, co má ráda a co jí dělá šťastnou. Byla schopna se soustředit jak na aktivitu, tak i na povídání.

Po skončení aktivity terapeut paní N. namasíroval ruku, aby se uvolnila.

Malování vázy – příloha č. 2

Jedno setkání proběhlo ve venkovních prostorech. Paní N dostala vystřižený obrázek vázy. Ten vybarvila vodovými barvami a poté nalepila na čtvrtku bílého papíru. Papír okolo vázy pomalovala, tak aby bylo co nejméně bílého místa. Nenechala prostor pro květiny, které původně měly “být ve váze”.

Při používání pastelek a tužky neměla úchop správný. Pastelku držela sice ve špetkovém úchopu, ale všemi prsty. Držení štětce však měla daleko horší, držela štětec jako vařečku. I přes opakované spravování si vždy štětec chytla tak, jak byla zvyklá. Kromě toho měla stejně jako u držení pastelky, křečovitý úchop. Problém nastal při namáčení štětce do vody a poté do barvy. Paní N. se neuměla štětcem trefit do kelímku s vodou a poté do menšího kelímku s barvou. Také při nabírání barvy, nedokázala vynaložit dostatečnou sílu a pohyb, tudíž když začala malovat, její štětec tvořil jen velice světlé čáry. Byla třeba dopomoc.

Během malování jak vázy, tak i bílé čtvrtky měla paní N. pravou ruku ve spasmu. Když se však začal papír pohybovat po stole, dokázala tuto ruku uvolnit natolik, aby si papír dokázala chytit. Během malování paní N. povídala o různých zážitcích, které v poslední době prožila.

Při práci začalo pršet a ochladilo se. Byly jsme nuceni práci přerušit a přemístit se zpět do tělocvičny. Paní N. v tělocvičně dodělala práci, a to už v tichosti a opět s pravou rukou u těla. Po práci ji terapeut opět namasíroval zápěstí.

Volná malba

Další setkání proběhlo na pokoji paní N. Tentokrát měla za úkol namalovat cokoli, co ji dělá šťastnou. Pro ujištění, že zadání pochopila, byla vyzvána, aby prozradila, co ji dělá radost. Sdělila, že je to její klíčová pracovnice, káva a sladké jídlo.

Po tomto ujištění, dostala papír, vodové barvy a štětec. Paní N. ihned uchopila štětec. Měla opět problém ponořit štětec do hrníčku s vodou. Avšak se ze začátku snažila sama a nechtěla pomoci. Potřebovala vždy minimálně dva pokusy. Čím delší dobu aktivita trvala, tím byla paní N. unavenější a měla s trefováním do kelímku větší problém. Časem raději požádala o pomoc od terapeuta. Také s nabíráním barvy byl problém. Krom toho, že paní N. měla problém se trefit na konkrétní barvu, nedokázala štětec v dané barvě pořádně namočit. Tady byla vždy zapotřebí dopomoc, o kterou si dokázala sama říct. Při malování se plně soustředila. Postupně se jí začala uvolňovat ruka.

Když byla paní N. s výtvozem hotová, začala si s terapeutem povídat o tom co namalovala. Popsala klíčovou pracovnicí, kávu, gumové medvídky a čokoládu. Rozpovídala se o různých zážitcích s klíčovou pracovnicí. Při vyprávění ji terapeut masíroval ruku.

Tato aktivita byla jedna z posledních Paní N. Na tomto setkání měla pořádně špatný úchop, avšak dokázala ruku uvolnit a nevytvářet na štětec velký tlak.

Skryté lístečky – příloha č. 3

Jedno z posledních setkání, proběhlo v dílně. Paní N. byla přivezena ke stolu, kde už na ní čekala bílá čtvrtka, vodové barvy a štětec v kelímku s vodou. Terapeut paní N. dal za úkol objevit lístečky, které byly na bílé čtvrtce papíru schované. Bylo jí vysvětleno, že je objeví tím, že vymaluje celý bílý papír různými barvičkami. Paní N. se tedy natáhla pro štětec a začala s prací. Její prvotní úchop byl špatný, ale po upozornění jej chytila správně. Poté byla opatrná na to, aby stále držela štětec správně.

Paní N. měla problém se trefováním do kelímku s vodou a poté do barvičky. Tentokrát hned na začátku sama požádala o pomoc. Terapeut jí pomohl štětec nasměrovat ke kelímku, ale poté ji nechal, aby štětec namočila sama. Při nabírání barvy nastal problém jak u trefení se do

barvy, tak i její nabrání. Terapeut tedy musel paní N. vést ruku a namočit štětec do barvy s ní. Tento proces se opakoval s každým nabíráním vody a barvy.

Když paní N. začala potírat bílou plochu různými barvami, vždy se radovala s naleznutím obrázku. S každou objevenou čarou se snažila pojmenovat, co odhalila. Častokrát však musela prvně přemalovat celý obrázek, aby jej pojmenovala správně.

Bylo vidět, že se paní N. tato aktivita velice líbila. S objevením dalšího a dalšího lístečku, se paní N. usmívala daleko a daleko víc.

Po dokončení této aktivity byla paní N. opět nabídnuta masáž ruky, kterou však odmítla a poprosila o masážní míček, kterým si ruku rozmasírovala sama.

5.1.4 Zhodnocení práce s paní N.

S paní N. byla ze začátku práce náročná. Měla problém s navázáním kontaktu s terapeutem. Také si nedokázala požádat o pauzu, když už nemohla, ani o pomoc, třeba při strouhání pastelek, vymývání štětců aj. Teprve když jí byla pomoc nebo odpočinek nabídnuta, přijala jej. Postupem času se však otvírala víc a víc, a nakonec se dostala i do toho momentu, že při příchodu terapeuta (a nejen jeho) do pokoje se usmívala a mile ho vítala.

Velice pozitivně lze vnímat zlepšení jemné motoriky u paní N. při držení pastelky/tužky. Na začátku měla problém s nesprávným a křečovitým úchopem. Postupně se uvolňovala a její úchop povoloval až do té míry, že nyní drží pastelku křečovitě jen ve chvíli, když spěchá, aby byla co nejdříve hotová. Úchop však ještě pořád není zcela správný, ale jisté zlepšení je viditelné.

Větší problém s úchopem nastává při držení štětce. Paní N. nebyla od začátku schopna držet štětec správně, nebo alespoň na úrovni držení tužky/pastelky. Štětec vždy držela v pěsti. a křečovitě. I přes snahu opravit úchop se po chvíli vrátila zpět k původnímu nesprávnému. Terapeut se pokusil úchop zlepšit s pomocí pastelek, s nimiž trénovala. Poté při práci se štětcem byla upozorňovaná, že tužku držela jinak. Zlepšení úchopu štětce je o dost znatelnější než u tužky, avšak pořád se nevyrovná držení pastelky/tužky. Je však důležité ji na začátku upozornit, ať si štětec chytne správně.

Co se týká úchopu Orffových nástrojů, držela je vždy křečovitě a měla velkou tendenci pracovat hlavně levou rukou. Pravou pracovala jen tehdy, pokud na to byla upozorněna nebo bylo zapotřebí používat obě ruce, avšak často se stávalo, že našla způsob, jak se vyhnout práci s pravou rukou. V té chvíli zabralo velký čas pravou ruku “rozhýbat”. Během cvičení bylo vidět

postupné uvolňování. Na posledních setkáních už pravou ruku využívala víc a dokonce bez toho, aby na to byla upozorněna.

S paní N. se vyplatily prvky arteterapie i prvky muzikoterapie.

U prvků arteterapie však chtělo, aby dané aktivity byly rozdělené do více dní. Šedesáti minutový blok je velice dlouhý a pro paní N. vyčerpávající. Prvky muzikoterapie se hodily ve chvílích, kdy paní N. byla nevyspalá. Dokázala se díky hudbě zrelaxovat, odpočinout si. Poté byla schopna navázat na nějakou aktivitu v rámci arteterapie.

5.2 Paní J.

Navázat kontakt s paní J. nebylo obtížné. S výzkumem byla seznámena na prvním setkání, a to tak, aby pochopila význam výzkumu. Celý výzkum s paní J. měl několik setkání v časových úsecích 45-60 minut.

5.2.1 Kazuistika

Paní J. je žena, která se narodila v roce 1970.

Diagnóza

Spastická paraplégie, lehká porucha intelektu, anální prolaps.

Rodinná anamnéza

Od narození v kojeneckém ústavě. Později přesunutá do ústavu sociální péče v Ostravě. Chvíli přebývala v Opavě v Marianu a od roku 1985 je v Hlučíně ve Fontáně, p.o.

S matkou a sourozenci nemá žádný kontakt. Stýkala se s otcem, ten však v roce 2016 zemřel. Nyní ji navštěvuje jen teta se strýcem.

Osobní anamnéza

Má bohatou slovní zásobu, zapojuje se do hovorů, rozumí jednoduchým větám bez odborných výrazů, píše tiskacím písmenem a je pravák. Zvládá snadné čtení.

Má 3.stupeň inkontinence – zvládá s mírnou dopomocí.

Je schopná sama jíst, převlékat se, prát si. Postupně se učí hospodařit s finančními prostředky.

Školní anamnéza

Navštěvovala 1. třídu zvláštní školy.

5.2.2 Výstup paní J. - prvky muzikoterapie

Setkání, kde se používaly prvky muzikoterapie, probíhala nejčastěji ve Snoezelenu. Díky pěknému počasí se povedlo mít tyto schůzky i venku pod altánkem. Na začátku každého setkání, dal terapeut paní J. prostor na adaptaci. Práce s paní J. probíhala nejčastěji individuálně, ale také se podařilo vytvořit skupinu a pracovalo se v ní. Ve skupině se scházeli spolubydlíci z jejího bytu.

Cvičení s vajíčkem

První setkání zaměřené na prvky muzikoterapie proběhlo ve Snoezelenu. Terapeut dal paní J. na výběr, na jaký Orffův nástroj by chtěla hrát. Paní J. si vybrala dřívka, které chytla správně, avšak křečovitě. S dřívky proběhlo cvičení, kdy paní J. měla opakovat rytmus a udržovat tempo s terapeutem. Paní J. neměla problém s tempem, když však terapeut začal zrychlovat, nedokázala udržet tempo a zrychlovat s ním. Rytmus dokázala opakovat jen základní a jednoduchý. Čím složitější rytmus byl, tím víc chyb udělala. Také musel měnit místa kam ťukala např. dvakrát měla ťuknout dopředu a dvakrát dozadu. Toto cvičení ji dělalo problém. Často se třefovala na prostředek a tím pádem i přes prsty. Terapeut na to reagoval tak, že řekl paní J. ať to splní pomalu.

Paní J. se celou dobu plně soustředila na práci. Během toho, když udělala chybu se omluvila a i když ji bylo vysvětleno, že se za své chyby nemusí omlouvat, protože nikomu tím neublížila, pořád v tom pokračovala.

Poté terapeut dal paní J. na výběr, jakého interpreta by chtěla poslouchat. Vybrala si skupinu Chinaski. Dostala do rukou vajíčka (do každé ruky jedno). Při hře hrála zároveň na obě vajíčka a dokázala udržet tempo i rytmus s písničkou. Když byla však vybídnutá, aby střídala ruce, měla s tím problém. Dokázala buď hrát jen jednou rukou nebo oběma dohromady. Během hraní si pobrukovala písničku, která hrála. Terapeut ji oznámil, že klidně může zpívat nahlas. Když začala zpívat nahlas, dokázala se uvolnit natolik, že byla schopna bezmyšlenkovitě střídát ruce při hře na vajíčka i když měla problém s udržením rytmu a tempa.

Při hře na vajíčka, terapeut začal předcvičovat různé pohyby rukou (předpažit, upažit, vzpažit aj.) a paní J. opakovala. Toto cvičení moc nezvládala. Dělal jí obtíže natáhnout ruce a propnout je. Na každou změnu polohy rukou potřebovala dostatek času. Po chvíli si terapeut s paní J. vyměnil roli. Paní J. předváděla cviky a terapeut je opakoval. Byla schopna je vymyslet a také předvádět.

Po tomto cvičení paní J. už jen relaxovala, poslouchala Chinaski a zpívala si jejich písničky. Terapeut ji také dal možnost promasírovat dlaně, předloktí a paži pomocí masážního míčku. To však odmítla.

Skupinové hraní

Další setkání proběhlo ve skupině venku v altánku. K paní J. se přidali klienti z jejího bytu. Všichni si sedli do kruhu kolem stolu. Prvně terapeut pustil relaxační hudbu a společně pozdravili slunce (vlastní cviky, upravené podle možností klientů). Paní J. nedokázala úplně propnout ruce a dát je nad hlavu. Problém ji dělala i změna poloh rukou.

Terapeut následně rozdál nástroje. Paní J. si vybrala xylofon, který si postavila na stůl před sebe. Ještě před začátkem aktivity si paní J. jen tak pro zábavu na něj hrála. Postupně se k ní přidali další klienti. Terapeut je nezastavoval a přidal se k nim. Převzal kontrolu a určoval tempo a hlasitost. Paní J. nedokázala udržet tempo, opakovat složitější rytmus. Naopak zvládala upravovat hlasitost podle terapeuta. Po čase terapeut skupinku uklidnil. Dal možnost klientům vybrat písničky, jaké by chtěli zpívat a také možnost je doprovázet na vybrané nástroje. Byli to lidové, umělecké a také moderní písničky. Často vybírala paní J. a když náhodou chtěl někdo jiný, skočila mu do řeči. Terapeut ji usměrňoval a snažil se jí vysvětlit, že každý má nějakou oblíbenou písničku a chce si ji zazpívat. Paní J. znala všechny a nebála se zpívat hlasitě. Na xylofon hrála jen jednou paličkou. Dělal jí obtíže se trefovat do jedné destičky a často se stávalo, že udeřila na mezeru mezi nimi.

Po chvíli si raději zvolila jiný nástroj. Vzala si vajíčka. Do každé ruky jedno. Dokázala hrát buď na obě najednou nebo jen s jedním. Střídání rukou nebo změna rytmu ji dělalo velký problém. Když ji vajíčko spadlo, měla potřebu se hlasitě omlouvat, a to i přesto, že zbytek skupiny pořád zpívalo písničku.

Na konci setkání terapeut pustil relaxační hudbu. Klienti zavřeli oči a chvíli relaxovali. Paní J. měla potřebu si broukat melodii relaxační hudby, čímž rušila ostatní klienty.

Africký buben a dřívka

Jedno z posledních setkání proběhlo ve Snoezelenu. Paní J. zde přijela sama. Terapeut beze slov pokývnul hlavou na pozdrav a pokračoval ve hře na africký buben. Na policiče byly nachystané Orffové nástroje a africké bubny. Paní J. rychle pochopila o co jde a vzala si africký buben. Společně poté bubnovali. Paní J. celou dobu držela tempo udávající terapeutem. Po 10 minutách byla paní J. unavená a terapeut udělal pauzu v bubnování. Pustil oblíbenou skupinu

paní J. a společně jen poslouchali a po chvíli začali i zpívat. Paní J. vypadala uvolněně a spokojeně.

Mezi písničkami dal terapeut paní J. do ruky dřívka. Po vyčerpávajícím bubnování měla ruce uvolněně natolik, že dřívka držela správně. Dokonce byla schopna lépe ťukat a když začal terapeut určovat strany, dokázala se přesněji trefovat. Obtíže ji dělal rytmus, a tak terapeut raději vypnul hudbu.

Nakonec se domluvili, že si pustí relaxační hudbu a odpočinou si v tichosti. To paní J. dodržela.

5.2.3 Výstup paní J. - prvky arteterapie

Aktivity s použitím prvku arteterapie probíhaly s paní J. buď v dílně nebo venku pod altánkem. Pokaždé se dbalo na to, ať je paní J. adaptuje na prostředí, do kterého přišla. Terapeut se paní J. věnoval individuálně, avšak v dílnách se stávalo, že se připojil i jiný klient.

Mandala – příloha č. 4

První sledovaná aktivita byla u paní J. vybarvování mandaly. Mandala byla vybraná z důvodu abstrakce, aby jí nerozptyloval konkrétní obrázek. V pozadí hrála hudba skupiny Chinaski, o kterou sama požádala.

Tento úkol byl vybrán proto, aby bylo zjištěno, jak je na tom paní J. s úchopem tužky, koordinací oko – ruka a také tlak na tužku. Paní J. vybarvovala velice pečlivě, bez přetahů, avšak značnou část ji zabralo „trefení“ se do jednotlivých polí. Úchop tužky byl velice křečovitý, avšak správný. Tlak na tužku byl znatelný. Během práce měla paní J. potřebu se omlouvat za to, když ji třeba spadla tužka, zlomila tuhu atd. Soustředila se na práci a během ní si zpívala písničky skupiny Chinaski, které hrály v pozadí.

Při vybarvování si často musela protřepat ruku, se kterou pracovala. Na konci aktivity ji terapeut nabídl namasírování ruky, to však odmítla a požádala si o masážní míček, kterým si ruku promasírovala sama.

Oblíbené místo – příloha č. 5

Při dalším setkání dostala paní J. za úkol namalovat štětcem a vodovými barvami svoje oblíbené místo. Vybrala si dům, ve kterém bydlel její tatínek. Její práce byla pečlivá a dávala si pozor na každý tah. Měla problém s trefením se do jednotlivých barviček, avšak do kelímku s vodou to zvládala dobře. Na obrázku bylo spoustu detailů jako je plot, strom, který však „levitoval“ nad plotem. Když chtěla spojit dvě čáry, musela se velice soustředit.

Od začátku práce bylo vidět, že ví, co chce kreslit. Také, co kde má být a jakou barvu použije. Nedělalo ji problém se trefovat do kelímku s vodou a do barviček. Na začátku práce měla křečovitý úchop štětce, postupně však ruku uvolňovala. I přes vypnuté rádio si začala pobrukovat nějaké písničky.

Bylo vidět, že malování paní J. bavilo. Po dokončení obrázku dokázala vše popsat. Dokonce začala vyprávět o návštěvách u tatínka.

Malovaná váza – příloha č. 6

Další aktivita probíhala v dílně, ve které ze začátku nikdo nebyl. Paní J. dostala vystřiženou vázu a měla za úkol ji vymalovat. Rozhodla se použít jednu barvu na celou vázu. Její pohyby štětcem byly přesné, nepřetahovala. Úchop však měla pořád křečovitý. Po dokončení dal terapeut vázu na sušák, aby uschla. Mezitím měla paní J. možnost vyprávět o svém uběhlém týdnu. Dokázala si vybavit všemožné maličkosti, co se jí v něm staly.

Při této aktivitě byla její ruka plně uvolněná. Pořád se však musela soustředit na trefování se do barviček.

Když váza uschla, dostala paní J. čtvrtku bílého papíru a měla jí tam nalepit. Pečlivě nanasla lepidlo, ujistila se, kam tu vázu má nalepit a poté samostatně nalepila. K nalepené váze měla domalovat pozadí. Paní J. sama od sebe namalovala květiny a stůl pod vázu. I po hodinové práci, byla schopna být pečlivá a dbát na detaily.

Po aktivitě terapeut paní J. nabídl masírování ruky. Tentokrát se rozhodla jej přijmout, jen poprosila, aby ji rozmasíroval míčkem.

5.2.4 Zhodnocení práce s paní J.

Paní J. neměla problém s navázáním kontaktu s terapeutem. Ze začátku však měla potřebu se pořád omlouvat, i za věci, za které nemohla, a to i když jí bylo vysvětlováno, že se nemusí omlouvat, což přetrvávalo to až do konce výzkumu.

Pozitivně lze nahlížet na zlepšení jemné motoriky. Paní J. sice měla úchop správný, ale velice křečovitý. Postupem času se jí ruka uvolňovala a pomocí různých cvičení to došlo až do fáze, že přestala tlačit na tužky. Když náhodou tužku držela křečovitě, stačilo jí na to upozornit a ona dokázala ruku uvolnit.

Velký problém nastával při trefování se do určitého místa. Musela se vždy hodně soustředit, aby byla úspěšná. Toto se nepovedlo změnit. Terapeut se pokoušel dělat cvičení (např. dávání knoflíku do misky s malými otvory).

Další problém byl ve spolupráci s klienty. Často nebrala ohledy na druhé a měla potřebu být středem pozornosti. Velký pokrok lze vidět v pochopení, že vše není jen o ní. V posledních skupinových setkáních neskákala do řeči a snažila se dát prostor i jiným. Tím, že si dokázala víc uvědomovat přítomnost jiných klientek, ulehčila práci jejím pečovatelům. Ti totiž nemuseli tak často řešit konflikty, které nastávaly mezi paní J. a jinými spolubydlícími.

Diskuse

Hlavním cílem bakalářské práce bylo popsat, jaký vliv mají prvky vybraných expresivních terapií u dospělých osob s poruchou intelektu.

Dále se zjišťovalo, jaké expresivně terapeutické techniky jsou méně či více vhodné, jak ovlivňují vztahy mezi osobami s poruchou intelektu a jejich pečovateli a jaký mají vliv na rozvoj jemné motoriky u těchto jedinců.

U obou klientek s poruchou intelektu se prvky expresivních terapií vyplatily. Dokázaly díky nim zlepšit svou jemnou a hrubou motoriku, naučit se více spolupracovat s klienty okolo sebe a tím ulehčovat práci pečovatelům. Myslím, že hlavní důvod těchto změn bylo, že se terapie s vybranými prvky konaly pravidelně jedenkrát týdně. Klienty díky tomu nebyly stresované, spíše naopak byly natěšené a pozitivně naladěné. Použití prvku arteterapie i prvků muzikoterapie je vždy uvolnilo a uklidnilo.

Na základě poznatků z mé praktické části, jsem přesvědčená, že je důležité poznat klienty nebo skupiny klientů, se kterými se chystáme pracovat. Je podstatné, abychom každého znali individuálně, věděli, co má rád, co ho baví a jaké jsou jeho možnosti. Ne vždy se však podaří se s každým seznámit, a proto je dobré se na ně zeptat zaměstnanců, kteří s nimi pracují již nějakou chvíli.

Dříve než se do terapeutických technik pustíme, je vhodné znát omezení klientů, abychom věděli, jak techniky upravit a přizpůsobit. Také je podstatné zjistit, zda domov pro osoby se zdravotním postižením má všechny potřebné pomůcky a potřeby pro prvky arteterapie a prvky muzikoterapie.

Před začátkem terapií je vhodné vytvořit seznam technik, které chceme s klienty použít. Je důležité si uvědomit, které techniky bude klient splňovat individuálně a které ve skupině. Je dobré si zkusit předpovědět, jak bude daná technika probíhat, jak asi bude klient reagovat, ale také co se během ní může pokazit.

Při realizaci je důležité techniku klientovi vysvětlit, zjistit, jestli tomu rozumí a podle potřeby zopakovat. Je dobré se snažit vnímat klienta při práci, sledovat, jestli ji opravdu rozumí a dělá co má. Pokud klient nechce danou techniku dělat, dejme mu na výběr jinou. Doporučuji mít v záloze více technik, protože nemusí všechny klientovi sednout.

Na konci každého setkání se vyplatilo dělat relaxaci. Klientky se díky tomu zklidnily a na byt odcházely uvolněné. Při použití prvku arteterapie používaly ruce. Proto jsem se snažila

jím je na konci vždy rozmasírovat, ale prvně jsem se zeptala, jestli smím. Pokud nechtěly, nenutila jsem je.

Na závěr bych ráda poznamenala, že také hodně záleží na zkušenostech terapeuta. Věřím, že osoba, která s těmito klienty pracuje několik let, si dokáže více všímat jejich potřeb a schopností. Ví, co je opravdu zaujalo a co dělají jen z přesvědčení. Jednoduše nezáleží jen na samotných technikách, ale také na osobnosti a zkušenostech terapeuta a jeho empatii a naladění na klienty.

Závěr

V této práci jsem se zaměřila na využití prvků expresivních terapií u dospělých osob s poruchou intelektu. Sledovala jsem tedy dospělé klientky v jejich přirozeném prostředí při terapiích, kde se používaly prvky arteterapie nebo prvky muzikoterapie.

V teoretické části jsem se soustředila na objasnění pojmů jako je porucha intelektu jeho definice a základní klasifikace, dospělost a dospělý s poruchou intelektu a také expresivní terapie, kde jsem více vysvětlila muzikoterapii a arteterapii.

Praktická část je rozdělena na dvě části. V první jsou vysvětlené cíle, metody a postupy, podle kterých jsem postupovala při práci s vybranými klientkami.

V další části je seznámení s jednotlivými klientkami a jejich výstupy. Tam jsem se soustředila hlavně na cíl, dílčí cíle a jejich plnění.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo popsat, jaký vliv mají prvky vybraných expresivních terapií u dospělých osob s poruchou intelektu. Jednotlivé techniky, které jsem při práci s klientkami použila se vyplatily. Překvapilo mě, že ať jsme pracovali s jakoukoliv technikou bavilo je to. Některé sice odmítaly, ale vždy jsme společně našli vhodnou alternativu, která je zaujala. Dokázaly se díky nim zlepšit ve vztazích s jinými klienty a s jemnou a hrubou motorikou.

Díky této práci jsem si potvrdila, že prvky těchto terapií mají smysl a pomáhají dospělým lidem s poruchou intelektu v rozvoji sebereflexe, sebehodnocení, sebeovládání a obohacují klientům každodenní život v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Otázkou zůstává, v kolikátí takovýchto zařízeních v ČR se pracuje s těmito terapiemi a v jakém měřítku.

Seznam použité literatury

BENÍČKOVÁ, Marie, 2017 *Muzikoterapie a edukace*. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4238-0.

ČERNÁ, Marie, 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3071-7.

FEČÍKOVÁ, Mária, Iveta MIŠOVÁ, Zuzana MIŠOVÁ, Zuzana STAVROVSKÁ, Jana BRNOVÁ, Halina TRUBÍNIOVÁ, Štefi NOVÁKOVÁ a Júlia ROHÁČOVÁ, 2007 *Tréning zručností pre prácu s ľuďmi s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych služieb*. Bratislava: Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím, ISBN 978-80-969077-6-2.

GERLICHOVÁ, Markéta 2021 *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-1791-8.

JANKŮ, Kateřina, 2014. *Speciální pedagogika osob s mentálním postižením: Vybraná základní témata*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-640-9.

JEBAVÁ, Jana, 1997 *Úvod do arteterapie*. Praha: Karolinum, ISBN 80-718-4394-6.

KANTOR, Jiří, 2014 *Kreativní přístupy v rehabilitaci osob s těžkým kombinovaným postižením: výzkumy, teorie a jejich využití v edukaci a terapiích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978-80-244-4358-4.

KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER, 2009 *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9.

KOVÁČOVÁ, Barbora a Michaela GUILLAUME, 2010 *Art vo vzdelávaní*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, ISBN 978-80-8082-401-3.

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

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006 *Vývojová psychologie. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.

LIEBMANN, Marian, 2005 *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Praha: Portál, ISBN 80-717-8864-3.

FERJENČÍK, Ján, 2000 *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, ISBN 80-717-8367-6.

LUDÍKOVÁ, Libuše a Zdeňka KOZÁKOVÁ, 2012. *Základy speciální pedagogiky: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-244-3092-8.

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7.

MÜLLER, Oldřich a kol., 2014 *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3686-9

MALCHIODI, Cathy A., ed, 2006 *Expressive Therapies*. New York, United States: Guilford Publications, ISBN 9781593853792.

ORAVCOVÁ, Jitka, 2010 *Vývojová psychologie. 2 vyd.* Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB v Banskej Bystrici, ISBN 978-80-8083-937-6.

PIPEKOVÁ, Jarmila, 2006 *Kapitoly ze speciální pedagogiky. Vyd. 2.*, Brno: Paido, ISBN 80-7315-120-0.

RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel Pavlovský PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, 2015 *DSM 5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Portál, ISBN 978-80-86471-52-5.

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ, 2005. *Speciální pedagogika: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. 3. vyd.* Olomouc: Univerzita Palackého. Pedagogika (Grada). ISBN 80-244-1073-7.

ŘÍČAN, Pavel, 2004 *Cesta životem. 4. vyd.* Praha: Portál, ISBN 80-717-8829-5.

SEDLÁKOVÁ, Alena 2016 *Arteterapia a svet výtvarných odpovedí*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2016. ISBN 978-80-555-1620-2.

SLOWÍK, Josef, *Speciální pedagogika: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

STRIEŽENEC, Štefan 1996 *Slovník sociálního pracovníka*. Trnava: AD, ISBN 80-967589-0-X.

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

- ŠÍŠKA, Jan, 2005 *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-0992-4.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2000 *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, ISBN 80-7178-308-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VALENTA, Milan, 2008. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1587-2.
- VALENTA, Milan, 2009. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-137-1.
- VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK, Martin LEČBYCH a kol., 2018 *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.
- VITÁLOVÁ, Zuzana, 2007 *Úvod do muzikoterapie a jej využitie v sociálnej práci*. Bratislava: SAP- Slovák Academie Press. ISBN 978-80-89271-18-4.
- ZELEIOVA, Jaroslava, 2007 *Muzikoterapia: Dialog s chvením*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-237-9.

Internetové zdroje

Česká arteterapeutická asociace [online]. ČAA, 2022 [cit. 2022-04-17]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>

ICD-11: Mortality and Morbidity Statistics [online]. WHO, 2022 [cit. 2022-04-15]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

MKN-10: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí [online]. Český statistický úřad: ÚZIS, 2022 [cit. 2022-04-15]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>

PETIŠKOVÁ, Michaela. *Poznámky psychiatrovi k problematice mentální retardace: Přehled základních skutečností* [online]. Čelákovice: QUIP, 2007 [cit. 2022-04-15]. Dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/001/000279.pdf>

Světová federace muzikoterapie [online]. Akademie alternativa, 2011 [cit. 2022-04-15]. Dostupné z: <https://www.akademiealternativa.cz/wfmt>

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Mandala paní N.

Příloha č. 2 – Malovaná váza paní N.

Příloha č. 3 - Skryté listí paní N.

Příloha č. 4 – Mandala paní J.

Příloha č. 5 – Oblíbené místo paní J.

Příloha č. 6 – Malovaná váza paní J.

Příloha č. 1 – Mandala paní N.



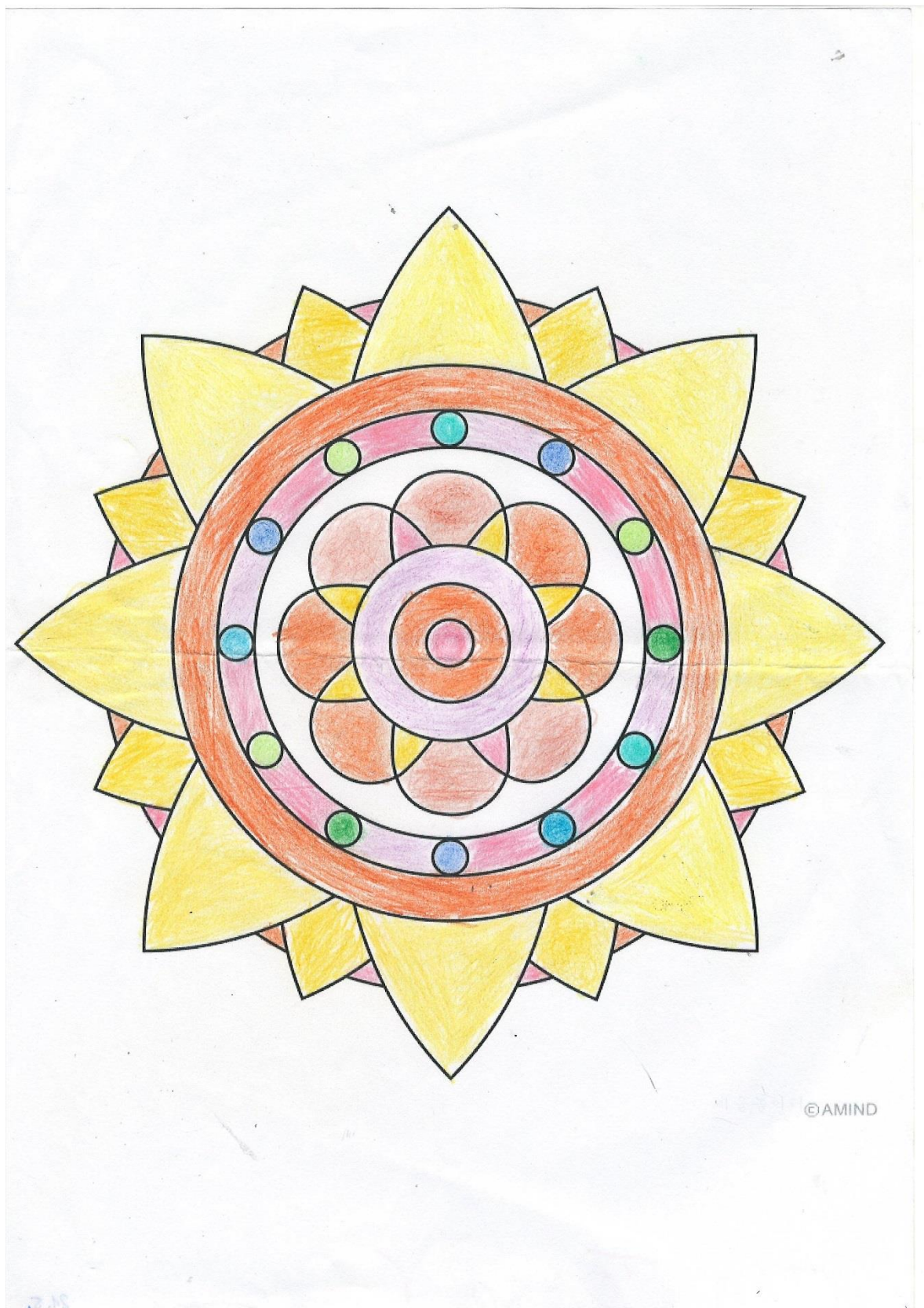
Příloha č. 2 – Malovaná váza paní N.



Příloha č. 3 - Skryté listí paní N.



Příloha č. 4 – Mandala paní J.



Příloha č. 5 – Oblíbené místo paní J.



Příloha č. 6 – Malovaná váza paní J.



Anotace

Jméno a příjmení:	Klára Losertová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022

Název práce:	Využití prvků expresivních terapií u dospělých osob s poruchou intelektu
Název v angličtině:	Use of elements of expressive therapy of adults with intellectual disorder.
Anotace práce:	Práce se zabývá tématem, jaký vliv mají prvky vybraných expresivních terapií u dospělých osob s poruchou intelektu. Teoretická část se objasňuje pojmy: porucha intelektu, dospělost, dospělý jedinec s poruchou intelektu a expresivní terapie. V praktické části je popsán výzkum, který byl prováděn v domově pro osoby se zdravotním postižením ve Fontáně v Hlučíně.
Klíčová slova:	Porucha intelektu, dospělý jedinec, expresivní terapie
Anotace v angličtině:	The thesis deals with the topic of the influence of elements of selected expressive therapies in adults with intellectual impairment. The theoretical part clarifies the terms: intellect disorder, adulthood, adult with intellect disorder and expressive therapy. The practical part describes the research that was conducted in a home for the disabled in the Fountain in Hlučín.
Klíčová slova v angličtině:	Intellectual impairment, adult, expressive therapy
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Mandala paní N. Příloha č. 2 – Malovaná váza paní N. Příloha č. 3 - Skryté listí paní N. Příloha č. 4 – Mandala paní J. Příloha č. 5 – Oblíbené místo paní J. Příloha č. 6 – Malovaná váza paní J.
Rozsah práce:	43
Jazyk práce:	Český jazyk