

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Michaela Křížková

Hudebně - pohybová terapie u dětí s kombinovanými vadami v předškolním věku

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Hudebně - pohybová terapie u dětí s kombinovanými vadami v předškolním věku vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Kristýny Krahulcové a použila jsem jen uvedené pramenů a literatury.

V Olomouci, dne 18. 4. 2014

.....

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Kristýně Kraulcové za odborné vedení mé práce, trpělivost a cenné rady. Děkuji také Mgr. Lence Kružíkové, Ph.D. za projevenou podporu a poskytnutí materiálů pro vypracování praktické části práce. V neposlední řadě děkuji své rodině a všem svým blízkým, kteří mě po celou dobu studia plně podporovali.

Obsah

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1 Terapie ve speciální pedagogice.....	7
1.1 Pojem a vymezení terapie.....	7
1.2 Formy, cíle a principy terapeutického procesu.....	8
1.3 Terapeutický vztah.....	9
1.3.1 Vztah terapeut - dítě.....	10
1.4 Základní vymezení speciálněpedagogické terapie.....	11
1.5 Expresivní terapie.....	12
2 Muzikoterapie a tanečně pohybová terapie.....	14
2.1 Muzikoterapie.....	14
2.1.1 Pojem muzikoterapie.....	14
2.1.2 Vymezení muzikoterapie.....	14
2.1.3 Klasifikace muzikoterapie.....	16
2.1.4 Metody muzikoterapie.....	16
2.2 Tanečně pohybová terapie.....	18
2.2.1 Vymezení pojmu tanečně pohybová terapie.....	18
2.2.2 Tanec a pohyb.....	19
2.2.3 Teoretické principy a klíčové pojmy TPT.....	21
2.2.4 Formy a cíle tanečně pohybové terapie.....	22
3 Kombinované vady.....	24
3.1 Vymezení pojmu.....	24
3.2 Mentální retardace.....	27
3.3 Dětská mozková obrna.....	29
3.4 Poruchy autistického spektra.....	32
3.5 Apertův syndrom.....	36

3.6	Speciální pedagogika dětí předškolního věku s kombinovanými vadami	39
	PRAKTICKÁ ČÁST	41
4	Vlivy a účinky hudebně - pohybové terapie u dětí předškolního věku s kombinovanými vadami	41
4.1	Cíl výzkumného šetření	41
4.2	Metody výzkumného šetření.....	41
4.3	Charakteristika výzkumného vzorku	42
4.4	Charakteristika terapeuticko - formativního přístupu.....	42
4.5	Případové studie.....	43
4.6	Analýza šetření	48
4.7	Závěr šetření	61
	ZÁVĚR.....	63
	SEZNAM CITOVANÝCH ZDROJŮ	64

ÚVOD

„Nemůžeme všechny děti naučit všechno, ale můžeme všechny děti udělat šťastnými.“

(Prof. PhDr., Zdeněk Matějček, CSc.)

Tato myšlenka se stala inspirací pro realizaci této bakalářské práce. Hudba a pohyb se v běžných životních situacích samy o sobě stávají předmětem relaxace, uvolnění, zábavy. Když se do toho všeho vloží odborník, přispěje svým umem, svou osobností a láskou k tomu, co dělá, je na světě něco, čehož mohou využívat i ti z nás, pro které není každodenní banalitou pustit si oblíbené CD s hudbou. Právě pomocí „všední“ hudby a pohybu je možné těmto lidem zprostředkovat okolní svět, komunikovat s ním a poznávat sebe sama. U dětí, jejichž přirozeností je hra, pohyb a zvědavé poznávání okolního světa a života jako takového, to platí dvojnásob. Dětem, kterým to z různých důvodů není umožněno, je nutno hledat nové cesty a možnosti, jak toho všeho dosáhnout a jak alternativními prostředky uspokojit všechny jejich životní potřeby.

Bakalářská práce je zaměřena na využití stále populárnější muzikoterapie a tanečně pohybové terapie. Cílem práce je popsání vlivů a účinků muzikoterapie s prvky pohybové terapie na děti předškolního věku s kombinovanými vadami.

Teoretická část práce je rozdělena do tří kapitol. První kapitola nejprve pojednává o terapiích obecně. Jsou zde popsány formy, cíle a principy terapeutického procesu a není opomenuta ani důležitost terapeutického vztahu, jakožto jednoho z nejdůležitějších faktorů terapií vůbec. Další podkapitoly pak seznamují s terapiemi speciálněpedagogickými, hlouběji jsou popsány terapie expresivní.

V druhé kapitole jsou popsány dvě z mnoha expresivních terapií. Kapitola seznamuje s pojmy, klasifikacemi, využívanými metodami, principy a formami muzikoterapie a terapie tanečně pohybové.

Závěrečná kapitola teoretické části je věnována problematice kombinovaných vad. Pro účely této práce jsou zde konkrétně rozpracovány mentální retardace, dětská mozková obrna, poruchy autistického spektra a Apertův syndrom. Závěr kapitoly je krátce věnován pedagogice kombinovaných vad a možností předškolního vzdělávání těchto dětí.

Praktická část práce nabízí tři kazuistiky a popis terapeutických sezení s těmito klienty. V závěru práce jsou pak popsány vlivy a účinky terapie u daných klientů.

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části práce jsou vymezeny základní pojmy jako terapie, speciálněpedagogická terapie a expresivní terapie s detailnějším popisem muzikoterapie a terapie tanečně pohybová. Uváděny jsou definice, klasifikace, metody, cíle a formy daných terapeutických procesů. Dále je popsána problematika kombinovaných vad, konkrétně mentální retardace, dětské mozkové obrny, poruch autistického spektra a Apertova syndromu.

1 Terapie ve speciální pedagogice

Kapitola se zabývá terapiemi obecně, jsou zde vytyčeny formy, cíle a principy terapeutického procesu. Je poukázáno na důležitost terapeutického vztahu. Hluběji je pak nahlédnuto na terapie speciálněpedagogické, z nichž je pro účely této práce podrobněji nahlédnuto na terapie expresivní.

S pojmem terapie se v dnešní době lze setkat v různých podobách. Terapie souvisí nejen s oborem medicíny, psychologie a sociologie, ale také pedagogiky a zvláště pak se speciální pedagogikou. V souvislosti se speciální pedagogikou se terapie stává prostředkem k odstraňování životních nejistot, problémů a bariér především osob jakkoliv znevýhodněných v běžných životních situacích.

1.1 Pojem a vymezení terapie

Termín terapie má řecko - latinský původ a podle Müllera (2005, s. 13) odkazuje na „*léčení, ošetřování, ale také na starání se, pomáhání, cvičení.*“

Šimanovský (2001) uvádí odvození pojmu terapie od řeckého slovesa doprovázeti.

Také vysvětlení termínu terapie dle Hartla a Hartlové odkazuje na původní definici vztahující se k léčení, definují ji jako „*léčení tělesných nebo duševních poruch a poruch chování.*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 600)

Terapie a terapeutické přístupy popisuje Müller (2005, s. 13) také jako „*takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují k odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně.*“

Na terapii lze nahlížet z více úhlů pohledu. Podle Šimanovského (2001) je možné si pod tímto pojmem představit práci s nemocnými pacienty, na druhou stranu terapii chápeme jako řešení aktuálního problému s člověkem zdravým. „*Záleží na tom, co kdo skutečně dělá*

a zda to je, nebo není jeho klientům, dětem, žákům či posluchačům k užítku.“ (Šimanovský, 2001, s. 33)

Terapeutické přístupy provádí vyškolený odborník - terapeut. Müller (2005) popisuje terapeuta jako člověka s osobnostními předpoklady (empatie, autentičnost, komunikativnost, respektování individuality klienta atd.) a patřičným vzděláním, které získává formou terapeutického výcviku. Tito profesionálové při své práci aplikují nejrůznější formy práce, prostředky, techniky a metody.

1.2 Formy, cíle a principy terapeutického procesu

Stručně se dá říci, že terapie vždy probíhá na určitém místě v určitý čas. Terapeutický proces má danou organizační formu, terapeut využívá mnohé principy a při své práci zohledňuje individualitu klienta. Terapie mají za cíl léčit, pozornost věnují i prevenci a rehabilitaci.

Prostředí, ve kterém terapie probíhá, může mít materiální (např. prostor školy, jeho uspořádání a vybavení), sociální (vztahy) a psychické dimenze (vlastnosti terapeuta, klienta).

Organizační forma terapeutického sezení se orientuje dle počtu klientů, s kterými terapeut pracuje. Při individuální terapii odborník pracuje pouze s jedním klientem. Při skupinové terapii se můžeme setkat s tzv. terapeutickou skupinou. Využíváme skupinové dynamiky a mnoha dalších výhod, které tato forma terapie přináší, jako je zkušenost s novými vztahy, sdílení prožitků s ostatními, zpětná vazba. Za hromadnou formu terapie považujeme sezení s větším množstvím klientů bez nutného využití skupinové dynamiky. Komunitní forma terapie představuje práci v komunitě, tedy ve společenství lidí, kteří se díky této formě sezení vzájemně ovlivňují skrz pobytový, pracovní či terapeutický program. Komunita s sebou přináší tzv. režimový tlak. Terapie, kdy odborník pracuje s rodinou, nazýváme terapií rodinnou. Cílem je dojít k prospěšným změnám v rodinných vztazích, které jsou z nějakého důvodu narušeny. (Müller, 2005)

Hlavními činiteli terapeutického procesu jsou terapeut, klient a obsah dané terapie. Autor (tamtéž) za základní fáze terapeutického procesu z hlediska krátkodobého považuje:

- navázání kontaktu, motivace, instrukce,
- terapie samotná, řešení problému,
- uzavření problému.

Z dlouhodobého hlediska, které se týká celé terapie, pozoruje tyto fáze:

- indikace obtíží a možných postupů, navazování vztahů, motivace, vytyčení obsahu, průběhu a organizaci terapie,
- dodržení smlouvaného obsahu i průběhu práce, naplnění terapie a terapeutického vztahu,
- ukončení terapie s nabídkou dalších možností.

Terapeutické cíle, kterých se má dosáhnout, strukturujeme k potřebám klienta a k orientaci a schopnostem terapeuta. Je nutné také nahlížet na instituci, ve které terapie probíhá.

K tomu, aby celá terapie byla úspěšná a aby bylo dosaženo všech cílů, je nutné dodržovat dané principy. Před zahájením samotného terapeutického procesu je nutná odborná diagnostika klienta. Terapeut musí dodržet všechny fáze procesu, není možné, aby jakoukoliv (z hlediska krátkodobého i dlouhodobého) vynechal. Terapeutické činnosti musí samozřejmě odpovídat stavu a individualitě klienta (věk, zkušenosti), ale také přirozenosti a orientaci terapeuta. Podmínkou k úspěšnosti terapie je adekvátní terapeutický vztah. (Müller, 2005)

1.3 Terapeutický vztah

Vymětal charakterizuje psychoterapeutický vztah jako „základní rámeček, v němž lze užívat psychoterapeutické metody a techniky bez obav, že bychom mohli klienta poškodit.“ (Vymětal in Čížková, 2005, s. 65)

Terapeutický vztah, tedy vztah terapeut - klient, je považován za jeden z nejdůležitějších faktorů úspěšné terapie. Navození a udržení dobrého terapeutického vztahu má vyšší postavení než např. vhodně zvolené terapeutické metody a techniky. Nejdůležitějším prvkem takového vztahu je důvěra, jejíž vybudování si ze strany klienta by mělo být pro terapeuta zásadní. Důvěra roste s postupným trváním kontaktu terapeuta s klientem. (Lečbych, 2013)

Müller (2005) navazuje na Lečbycha a uvádí jako jeden z principů úspěšnosti terapie princip důvěrnosti. Terapeut v žádném případě nesmí (jedině na základě domluvy s klientem) dále sdělovat informace týkající se klienta ani po skončení terapie. Bez konkretizace klienta může terapeut o tomto hovořit pouze v rámci supervize.

Terapeutický vztah spočívá také v neustálém povzbuzování klienta ze strany terapeuta. Klient by měl být neustále povzbuzován a měl by mu být vytvářen prostor ke sdělením a projevům, terapeut by měl reagovat na všechny signály a vyjádření klienta. Oboustranná zpětná vazba je důležitou součástí pevného vztahu a úspěšného sezení. Terapeutický vztah musí být pouze v rámci vlastní terapie, terapeut s klientem by neměli navazovat hlubší vztahy, partnerské či sexuální. (Müller, 2005)

Hornáková dle Specka formuluje zásady terapeutického procesu, ve kterých také mimo jiné zmiňuje terapeutické vztahy, kdy spolu klient a terapeut prožívají úsek života a hledají optimální varianty. Konkrétně uvádí, že „*terapeut vystupuje ve vztahu ke klientovi především jako člověk - ne jako výchovná nebo odborná autorita.*“ (Hornáková in Pipeková, Vítková, 2001, s. 24)

Autorky Potměšilová, Sobková (2012) nacházejí možný problém v ukončení vztahu klient - terapeut. Ukončení takového vztahu (ze strany terapeuta) musí být pro klienta jasné a taktní. Aby měl klient pocit jistoty a citlivě pochopil vymezený konec vztahu, musí být terapeutem naplněna počáteční dohoda. Terapeut klientovi nabídne celkové pozitivní shrnutí a podle potřeby klienta může nabídnout další činnosti či spolupráci.

1.3.1 Vztah terapeut - dítě

Při terapiích s dětskými klienty je terapeutický vztah a důvěra v něm neméně důležitým prvkem úspěšnosti terapie. V zájmu co největšího úspěchu jsou vymezeny vlastnosti dobrého vztahu mezi terapeutem a dětským klientem podle autorů Geldardových (2008).

Vztah dítěte a terapeuta by měl zaujímat jakousi spojnicí mezi světem dítěte a terapeutem, primárně jde o navázání vztahu s dítětem, pochopit a vcítit se do jeho vnímání. Exkluzivita je dalším důležitým bodem ve vztahu dítě - terapeut. Ve vztahu by měla být utvořena vzájemná důvěra a neměl by se do něj vkládat žádný další člověk, jako např. rodič nebo sourozenec, pokud si to dítě vysloveně nepřeje. Terapeut musí pro dítě vytvořit tolerantní prostředí, ve kterém se dítě bude cítit bezpečně a svobodně, zároveň ale musí chápat a respektovat daná pravidla. Dítě by se v tomto vztahu mělo cítit spokojeně a uvolněně. Terapeutický vztah dítěte a terapeuta by měl být autentický, poctivý a nefalšovaný. Vztah musí být skutečný, terapeut nepředstírá jinou roli. To dítěti dovoluje být

takové, jaké doopravdy je. Mezi terapeutem a dítětem je přirozenost, souhra a žádné zábrany. (Geldard, Geldard, 2008)

1.4 Základní vymezení speciálněpedagogické terapie

Müller (2005) ve svém díle uvádí, že terapeutické přístupy jsou nedílnou součástí enkulturace osob, které jsou z určitých důvodů a odlišností znevýhodněni v životě ve společnosti. Tyto osoby jsou předmětem zájmu právě speciální pedagogiky, ve které je využívání terapeutických intervencí aktuálním trendem. Nicméně aplikování terapeutických přístupů se ve zmíněném oboru objevovalo již s prvními impulsy zajistit cílenou institucionální socializaci znevýhodněných osob. „*Co se ve zmíněném trendu změnilo v průběhu jeho geneze, byl nástup a rozvoj jistých emancipačních tendencí, jejichž výstupem jsou více méně samostatně budované speciálněpedagogické terapie.*“ (Müller, 2005, s. 14)

Jednoduše a stručně popisuje speciálněpedagogické terapie Zámečnicková. Každá terapie zaměřená na podporu zdravotně postižených má jistý pozitivní vliv na určitou podporovanou oblast. Každá terapie uplatňuje vlastní východiska, metody a formy práce a prošla si dlouhým historickým vývojem. (Opatřilová, Zámečnicková, 2008)

Hornáková poukazuje na střet zájmů a názorů týkající se speciálněpedagogických terapií a terapií obecně. Na jednu stranu je na terapeuty kladen požadavek profesionální přípravy a ujasnění kompetencí, na druhou stranu je od těchto požadavků upuštěno a jednoduše se nazve terapií to, co bylo předtím výchovnou činností a obecně jde o snahu co nejvíce a nejdříve využívat terapeutické techniky ve výchově. (Hornáková in Pipeková, Vítková, 2001)

Autorka také hovoří o terapii ve speciální pedagogice. „*Ve speciální výchově zpravidla všechny děti potřebují terapii, často speciální, která si vyžaduje velmi individuální přístup a spoustu času.*“ (Hornáková in Pipeková, Vítková, 2001, s. 23)

Za jeden z hlavních zdrojů terapií ve speciální pedagogice považujeme psychoterapii. Müller stručně vymezuje terapii jako „*pomoc člověku dosahovat normality psychologickými prostředky.*“ (Müller, 2006, s. 11)

Přesněji definuje psychoterapii Norcross: „*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*

a/nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí.“ (Prochaska, Nercross, 1999, s. 16)

Psychoterapie ale není jediným oborem, o který se speciálněpedagogické terapie opírají. Poznatky jsou čerpány také ze zdrojů fyzioterapie, medicíny, psychologie a pedagogiky, sociologie, kulturní antropologie, nebo například práva a filozofie. Východiskem terapií ve speciální pedagogice jsou také obory, „jejichž hlavním předmětem je prostředek totožný s prostředkem dané terapie.“ (Müller, 2006, s. 17)

Dle těchto prostředků dělíme speciálněpedagogické terapie do pěti základních skupin:

- činnostní a pracovní terapie = prováděná prostřednictvím činnosti a práce, má pozitivní vliv na léčbu (Hartl, Hartlová, 2010),
- terapie hrou = terapie, jejímž klientem je nejčastěji dítě, uvolňuje klientovo napětí a usnadňuje tak přijímat pomoc prostřednictvím spontánních aktivit (Hartl, Hartlová, 2010),
- animoterapie = terapie s účastí zvířete, léčba aplikována pomocí zvířat (Hartl, Hartlová, 2010), nejčastěji jde o psy a koně,
- psychomotorické terapie = aplikace pohybu, využívá vlastní tělesnou aktivitu, tělesnou stimulaci, ovlivňuje duševní procesy (Müller, 2005),
- expresivní terapie (terapie uměním) = využívá umělecké prostředky- hudba, poezie, tanec, drama k vyjádření emocí, ke komunikaci, podporuje zdraví a jeho změny (Hartl, Hartlová, 2010).

1.5 Expresivní terapie

Následující kapitola je věnována expresivními terapiemi. Jelikož jde o velmi rozsáhlá témata, je na ně nahlédnuto spíše okrajově a v definicích. Pro účel této práce jsou pak muzikoterapie a pohybová terapie zpracovány podrobněji.

Terapeutická hodnota uměním je známá a uznávána již dlouho dobu. Mnoho dřívějších umělců si povšimlo charakteristického tvůrčího náboje společnosti. Vždyť již umění dávných kmenových rituálů se odráželo do emocionálního života skupiny. (Campellová, 2000)

Co se týče pojmů, autorky Potměšilová, Sobková (2012) vysvětlují termín exprese jako spontánní zážitek, prožitek či výrazový prostředek.

Müller dle Slávika popisuje expresi konkrétněji. „*Expresa je zvláštním typem lidské aktivity (související s komunikací), v níž člověk spontánně a s důrazem na formu projevu vyjadřuje své vnitřní psychické stavy, dojmy, pocity, nálady a s nimi spjaté zkušenosti nebo poznatky.*“ (Slávik in Müller, 2005, s. 28)

Expresivní terapie neboli arteterapie v širším slova smyslu jsou dnes velmi rozšířeny v oblasti výchovy a edukace klientů s postižením, především ve školách a školských institucích. Müller ve své publikaci definuje expresivní terapii jako „*odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci uměleckých prostředků za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.*“ (Müller, 2005, s. 28)

Čížková na definici navazuje a dodává, že jde o metody, při kterých se pacient „*vyjadřuje verbálně i neverbálně prostřednictvím specifického média, uměleckého...*“ (Čížková, 2005, s. 34)

Expresivní terapie jsou zaznamenávány již v raném období člověka, v historii sahající až do doby před čtyřiceti tisíci lety. Expresivní terapie využívají specifické prostředky, speciální postupy a techniky opírající se o daný umělecký směr. Mají jedinečnou schopnost, a to vyhnout se takovým postupům, které mohou být v praxi limitovány komunikací člověka, konkrétně řečí a verbálním projevem. Může se tedy pracovat s klienty, kteří se nacházejí mimo oblast komunikace, dokonce i mimo prostor nonverbálního projevu. Všechny tyto limitující stavy expresivní terapie překonávají. (Holzer, 2013)

Hlavním cílem expresivních terapií je vyjádření pocitů či nálady jedince prostřednictvím uměleckých prostředků a uměleckých forem. Dle užitých uměleckých prostředků pak mezi základní typy expresivních terapií u nás řadíme:

- arteterapii (v užším slova smyslu),
- dramaterapii,
- tanečně- pohybovou terapii,
- muzikoterapii.

Dále jsou uváděny např. teatrotepie, biblioterapie či poetoterapie. (Potměšilová, Sobková, 2012)

2 Muzikoterapie a tanečně pohybová terapie

„Komunikace prostřednictvím umění zvyšuje citlivost vnímání člověka a ten se stává lidštějším, více společenským a méně osamělým.“ (Z. Mátejová)

Pro účely této práce se následující kapitola podrobněji zaměřena na dva typy expresivních terapií. Kapitola pojednává o specifických muzikoterapie (MT) a tanečně pohybové terapie (TPT). Jsou zde vymezeny základní pojmy a definice, uvedeny jsou klasifikaci a cíle terapie.

2.1 Muzikoterapie

„Hudba je řeč andělů.“ (Thomas Carlyle)

Hudba byla, je a vždy bude součástí lidského života. Lidé se s ní setkávají od nepaměti. Provází je doma, v práci, na cestách, při každodenních činnostech, sportu i odpočinku. V dnešní době je hudbou doslova vše obklopeno. Pro někoho je hudba koníčkem, pro někoho prací. Hudba je pro mnohé natolik automatická, že si často ani neuvědomují, jak hluboký význam může pro některé jedince mít. Není pro ně jen jakýmsi „doplňkem“ či zpestřením každodenního života, ale funguje jako prostředek komunikace, vyjadřování pocitů, uvolňování emocí. Pro mnohé je hudba lékem.

2.1.1 Pojem muzikoterapie

Muzikoterapie je pojem řecko - latinského původu, kde řecké slovo „therapeia“ znamená léčení, ošetřování a latinské „musica“ hudba. (Kantor, 2009)

Linka (1997) uvádí, že kromě zažitého pojmu muzikoterapie se u nás můžeme setkat s termínem hudební terapie či (minimálně používaným) hudební léčba. Kantor (2009) poukazuje také na pojmy muzikostimulace a muzikorehabilitace, na které můžeme v literatuře ojedinele narazit.

V zahraničí se setkáme s termíny Musiktherapie (Německo), music therapy (Anglie), musicotherapie (Francie) nebo nám nejbližší muzikoterapia (Slovensko). (Kantor, 2009)

2.1.2 Vymezení muzikoterapie

Muzikoterapie spadá do terapií uměním, tedy do expresivních terapií, které ve svých přístupech využívají umělecké výrazové prostředky, v případě muzikoterapie jde o hudbu a její základní prvky jako jsou melodie, rytmus, barvy zvuku, dynamika, tempo. „*Důležité*

přítom je, že hudba sama o sobě působí bezprostředně a intenzivně na člověka...“ (Müller, 2005, s. 30)

V literatuře se setkáváme s mnoha definicemi muzikoterapie a vymezení v užším i širším slova smyslu. Nejstručnější vymezení termínu této terapie nabízí jeho doslovný překlad „léčení hudbou“. Holzer (2012) ve svém díle vyzdvihuje důležitost vymezení muzikoterapie jako léčebného procesu, nikoliv procesu vyučovacího či výchovného. Upozorňuje také na časté nesprávné interpretace a tendence nazývat muzikoterapií např. speciální hudební výchovu. Ta v sobě skrývá právě již zmíněný proces vyučovací. Nepovažujeme ji tedy za muzikoterapii, ale „za využití muzikoterapeutických technik samotných.“ (Holzer, Drlíčková, 2012, s. 14)

Ve spojení s léčebným procesem nabízí stručnou definici Beníčková: „*Muzikoterapie je léčebná metoda, která používá hudbu jako terapeutické prostředek.*“ (Beníčková, 2011, s. 15)

Naproti tomu Linka upozorňuje, že nejde o léčení jako takové. Hudba může odvést pozornost od bolesti, sama o sobě však zraněné místo nevyлéčí. Jedincům s handicapem může hudba přinášet nové možnosti, neodstraní však jejich postižení. V muzikoterapii nejde tedy o „*léčení hudbou (= prostřednictvím hudby), nýbrž spíše o „léčení s hudbou (= za pomocné zpřijemňující spoluičasti hudby)...“ (Linka, 1997, s. 38)*

Autor ve svém díle uvádí také pojetí termínu muzikoterapie dle Pokorné. Ta v užším slova smyslu shledává pod pojmem muzikoterapie specifickou formu psychoterapie využívající specifické záměry a metody. V širším slova smyslu chápe muzikoterapii i jako hudební činnosti, které jako psychohygienický proces využívá vliv hudby na člověka. (Pokorná in Linka, 1997)

Pokorná (tamtéž) dokonce navrhuje u širšího pojetí muzikoterapie používat termín „*terapie hudbou.*“ Linka (1997) toto zavrhuje z důvodu blízké podobnosti obou pojmů.

V literatuře se setkáváme s mnoha současnými definicemi muzikoterapie. Světová federace muzikoterapie (World Federation of Music Therapy, WFMT) uvedla v roce 2011 nejnovější mezinárodně akceptovanou definici: „*Muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích elementů jako prostředku intervence ve zdravotnických a vzdělávacích zařízeních i v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, rodiny nebo komunity, kteří hledají optimalizaci kvality jejich života a zlepšení fyzické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální,*

spirituální složky zdraví a blahobytu. Výzkum, praxe, vzdělávání i klinický trénink v muzikoterapii jsou založeny na profesních standardech dle příslušného kulturního, sociálního a politického kontextu.“
(Dostupné z: <http://www.musictherapy.cz/index.php/spoluprace-a-clenstvi-asociace/clenstvi-ve-wfmt>)

2.1.3 Klasifikace muzikoterapie

Na muzikoterapii lze nahlížet z mnoha pohledů a klasifikovat dle různých kritérií.

Typ muzikoterapeutického procesu rozlišujeme dle počtu klientů:

- Individuální MT- práce s jedním klientem vyžadujícím individuální přístup.
- Párová MT- práce se dvěma klienty současně, individuální přístup je stále zachován.
- Skupinová MT- skupina klientů, jejíž velikost je podmíněna řešenou problematikou. (Beníčková, 2011)

Z hlediska osoby uskutečňující terapii rozlišujeme:

- Hudební autoterapie (sebeléčba)- jedinec muzikoterapii provádí sám na sobě.
- Hudební heteroterapie- terapie uskutečňovaná terapeutem na klienta.

Podle zapojení klienta do procesu terapie rozeznáváme:

- Muzikoterapie aktivní, kdy klient sám projevuje svou hudební aktivitu formou zpěvu, hry na nástroj, hry na tělo.
- Muzikoterapie pasivní, při níž klient hudbu poslouchá a vnímá, aktivně se neúčastní. (Linka, 1997)

2.1.4 Metody muzikoterapie

Metody v muzikoterapii chápeme jako typy určité hudební zkušenosti, které jsou terapeuty užívány. Tyto metody lze volně propojovat s metodami a technikami z jiných terapeutických přístupů. Díky těmto kombinacím lze dosáhnout např. snížení napětí při terapeutickém procesu, navození potřebné atmosféry, posílení exprese a koncentrace klienta či zvýšení představitivosti. V neposlední řadě mohou sloužit také jako alternativní způsob komunikace.

Mezi čtyři základní muzikoterapeutické metody řadíme hudební improvizaci, hudební interpretaci, kompozici a poslech hudby. (Kantor, Weber, 2009)

Hudební improvizace

Hudební improvizace slouží k rozvoji kreativity klienta a získání nových dovedností, které může klient dále užít v běžném životě. Improvizace umožňuje klientům zkoumání nových způsobů chování a vyjadřování. Jde vlastně o „*spontánní vytváření hudby pomocí hry na tělo, zpěvu a hudebních nástrojů.*“ (Kantor, Weber, 2009, s. 184)

Velkým kladem této hojně využívané metody je pozitivní účinek a vyvolání reakce i u klientů s těžkým postižením. Terapeut zde musí vytvořit prostředí, které bude na klienta působit emocionálně příznivě a bude jej motivovat a podporovat v hudebním vyjádření. (Kantor, Weber, 2009)

Hudební interpretace

Ve srovnání s hudební improvizací je při této metodě patřičné omezení klientovi spontánnosti, v čemž ale můžeme sledovat i určité výhody. Klienti se díky interpretaci hudby setkají s takovou hudební situací, kterou by sami nebyli schopni vytvořit.

Klient při hudební interpretaci reprodukuje modelovou hudební formu nebo se podílí na hudebních aktivitách, ve kterých má předem danou roli či způsob chování. Díky těmto aktivitám se klienti učí kontrolovat sami sebe, své chování a budují vlastní sebedisciplínu. Nutné je však dodržování základních pravidel určených terapeutem nebo skupinou. (Kantor, Weber, 2009)

Kompozice hudby

Metoda kompozice pojímá klientovo aktivní a kreativní vytváření libovolného hudebního produktu. Může se jednat o psaní textů, skládání písní, tvorbu hudebního videa či instrumentální skladby, vytváření hudebních koláží. (Kantor, Weber, 2009)

Poslech hudby

Poslech jakékoliv formy hudby (živé, reprodukováné, instrumentální, vokální) napomáhá komunikaci a rozvíjí vztah mezi klientem a terapeutem. Usnadňuje klientovu sebereflexi, slouží k uvolnění a napomáhá k lepšímu sebevyjádření. Při poslechu hudby je

nutné sledovat reakce klienta, délku jeho koncentrace, hudební preferenci i jeho hudební minulost.

Tato metoda slouží jak k relaxaci, tak i k stimulaci, rozvíjí sluchové dovednosti, paměť, koncentraci, fantazii. Důležitým bodem této metody je sledování reakcí klienta a prostor k jeho reflexi. (Kantor, Weber, 2009)

2.2 Tanečně pohybová terapie

"Co je pohyb? Je to most mezi tělem a vědomím. Je spojivkou mezi tělesným a duševním světem. Pohyb dává duši tělo a duši naplní tělo..." (Valéria Dienes)

Tanec a pohyb jako takový je dle mého názoru ve společnosti oblíbenou činností. Pro někoho je tanec a pohyb koníčkem, pro někoho profesí. Sama mám k pohybu a tanci velice blízko, a jako instruktorka tanečních fitness hodin své lekce do určité míry také považuji za jakési „laické taneční terapie.“ Sama na sobě totiž pociťuji pozitivní účinky tance a pohybu, z lekcí odcházím uvolněná, spokojená a nabitá energií, totéž se mi dostává od mých klientek. Jak uvádí Dosedlová, rozdíl mezi hodinou tance a tanečně terapeutickou lekcí spočívá především v odlišných cílech, které jsou stanoveny. Tanečnickům a tanečním pedagogům jde především o tanec samotný, jeho rozvoj a zdokonalování. V terapii naopak neusilujeme o dokonalost pohybu, ale snažíme se skrz pohybové výrazy změnit pacientovo myšlení a prožívání, rozšířit jeho sociální kontakty nebo umožnit komunikaci. Sama autorka uznává, že taneční hodiny mají terapeutický efekt, který na sobě při tanci pocítili právě budoucí taneční terapeuti (Dosedlová in Müller, 2005)

2.2.1 Vymezení pojmu tanečně pohybová terapie

V současnosti je možno se setkat s několika označeními tohoto druhu expresivní terapie. V Evropě uznávané pojmy tanečně pohybová terapie nebo taneční terapie korespondují s názvy oboru jako např. choreoterapie, tančená terapie, psychotanec atd., se kterými se setkáme po celém světě. (Dosedlová, 2012)

Bič (2011) ve své publikaci poukazuje na definice odborného rázu, které mohou být pro běžnou populaci nesrozumitelné. Uvádí proto lehce srozumitelné vysvětlení pojmu tanečně pohybové terapie jako využití tance a kreativního pohybu v terapeutickém vztahu.

Zedková (2012) na úvod své publikace uvádí definici, kterou charakterizuje tanečně pohybovou terapii jako „*ucelený terapeutický přístup s jasnými teoretickými východisky, principy, metodami práce, cíli a indikacemi.*“ (Zedková, 2012, s. 11)

Autorka dále pojímá, že TPT je „*živý organismus, v jehož kreativním prostoru je místo pro specifické přístupy, metody práce i aplikace.*“ (Zedková, 2012, s. 11)

Americká asociace tanečně pohybové terapie (ADTA) definuje tanečně pohybovou terapii jako „*psychoterapeutické užití pohybu v procesu, jehož účelem je dosažení emoční a fyzické integrace jedince.*“ (Čížková, 2005, s. 33)

Tanečně pohybová terapie je dle Evropské asociace taneční terapie (AEDT) „*psychoterapeutická aktivita, která pomáhá pacientům znovu nalézat radost z funkční činnosti, jednotu tělesna a duševna, obnovu pozitivního sebepřijetí, autonomii, tělesnou symboliku, sublimaci.*“ (Dosedlová, 2012, s. 80)

2.2.2 Tanec a pohyb

Zedková (2012) upozorňuje na rozpory mnohých terapeutů nad pojmem tanečně pohybová terapie. Někteří se distancují od zúženého pojetí tance, proto upřednostňují pojem pohybová terapie. Další skupina terapeutů se pak kloní k názvu taneční terapie z důvodu podtrhnutí významu tance jako „*kreativního zdroje své terapeutické práce.*“ (Capello in Zedková, 2012)

Z důvodu upozornění autorky na nejednotné názory týkající se právě názvu oboru, se v následující podkapitole zaměříme na jednotlivé pojmy, které v názvu nacházíme.

Čížková (2005) uvádí, že primárním záměrem tance je pohyb. „*Tanec se odehrává v pohybu, avšak pohyb nemusí být tancem.*“ (Čížková, 2005, s. 31)

Autorka popisuje význam a kvalitu pohybů, které se liší v důsledku účelu pohybu. Pohyby mohou být nekontrolovatelné a jedinec si jich nemusí být vědom. Jiné pohyby mají hlubší podvědomý význam a tehdy se stávají formou vyjádření vnitřních pocitů a myšlenek. Pro tanec je pak typické zvláštní napětí a kvalita tohoto napětí. Taneční pohyb má svůj záměr a jistou estetickou a specifickou hodnotu. (Čížková, 2005)

Karásková (2002) definuje pohyb jako prostředek poznávání sebe sama i prostředí, prostředek sebevyjádření či jako prostředek celkového rozvoje osobnosti.

Pro autorky Zemánkovou a Vyskotovou je pohyb projevem života, nositelem informací o vnitřním prostředí jedince a signálem stavu mysli. Popisují pohyb jako neoddělitelnou součást života, která napomáhá přirozenosti a harmonii těla, podporuje zdraví a je spjata s životní spokojeností. (Zemánková, Vyskotová, 2010)

Pohyby jako neverbální projevy člověka tvoří jeho osobitost. V pohybu se odráží prožívání a často skrze ně prozrazujeme své skutečné vnitřní nastavení. „*Neverbálními projevy rozumíme veškeré pohybové akce, které odrážejí aktuální prožívání daného člověka a jeho zkušenost s vnějším světem.*“ (Zedková, 2012, s. 16)

Tanec reprezentuje právě zmíněné neverbální projevy člověka. Je to pohyb, který může odrážet naše prožívání. Při tanci využíváme expresivní rovinu pohybů. (Zedková, 2012)

To, co odlišuje tanec od „běžného“ pohybu je právě expresivní a estetická složka. Tanečník se dostává do stavu citlivosti, jeho gesta představují odraz jeho pocitů a myšlenek. Z toho důvodu se také tanec stával již v minulosti součástí mnoha léčebných rituálů. (Čížková, 2012)

Autorka také popisuje tanec jako jednu z prvotních a přirozených činností, které umožňují vyjadřovat radost člověka, jeho život a vztah k okolnímu světu. (Čížková, 2012)

Pro Dosedlovou je tanec *“řeč těla, která umožňuje symbolicky přenášet na scénu přání, touhy, myšlenky, obavy... Skrze taneční výraz může pacient najít uspokojující abreakci a katarzi, pocit uvolnění a očisty.*“ (Dosedlová, 2012, s. 81)

Kefen chápe tanec jako *„umění, které zobrazuje stav mysli pomocí uspořádaných rytmických kroků, pohybů a konfigurací lidského těla.“* (Kefen in Čížková, 2012)

Na tanec je tedy nahlíženo jako na umělecký výrazový prostředek, ve kterém soustředíme pozornost na estetickou dovednost, provedení pohybů a taneční techniku. Naopak tanečně pohybová terapie je chápána jako taneční zkušenost, ve které se cení každý pohyb a není žádoucí dokonalost provedení pohybu. Klienti nemusí mít s tancem předchozí zkušenost. Při tanečně pohybové terapii klademe důraz na vnitřní prožitek pacienta a jeho sebevyjádření. (Čížková, 2012)

Na slova Čížkové navazuje Zedková. *„Nejde totiž o to, vytvářet pohyb „krásný“, ale pohyb a tanec vycházející z vnitřního prožívání.“* (Zedková, 2012, s. 17)

Složka estetická je při terapeutickém využití tance v pozadí. Terapeut neučí klienta jednotlivé kroky či choreografie. Jde o vyvolání pohybu, který bude vycházet z emočního prožitku a skrz který pacient „přehrává“ svůj příběh a odráží svůj vnitřní svět. (Zedková, 2012)

2.2.3 Teoretické principy a klíčové pojmy TPT

Čížková vymezuje pět teoretických principů, o něž se tanečně pohybová terapie opírá:

- Propojení pohybové zkušenosti, kognitivního vhledu a emočního prožitku, což znamená, že tělo a mysl jsou při tanečně- pohybové terapii v neustálé interakci.
- Osobnost jedince se odráží v pohybu. Tento princip stojí na psychologických teoriích zabývajících se např. myšlenkami S. Freuda nebo na výsledcích studií o neverbální komunikaci.
- TPT klade důraz na vztahu mezi klientem a terapeutem, na němž závisí účinnost celého terapeutického procesu.
- Při TPT se z pohybu stává symbol. Pohyb, podobně jako např. sny či kresba mohou být potlačeny z vědomí a jsou projevem nevědomých procesů.
- Pohyb umožňuje člověku experimentaci, což má samo o sobě terapeutický účinek, zvláště pak v improvizaci. Nevědomí je zde zdrojem inspirace a důležitým aspektem je kreativní proces. (Čížková, 2005)

Autorka dále uvádí klíčové pojmy, se kterými se můžeme v tanečně pohybové terapii setkat.

Expresivní pohyb

Za expresivní pohyby jsou považovány ty pohyby člověka, které vyjadřují jeho duševní stav. Z takových pohybů můžeme vyčíst emoce, pocity, osobnostní rysy, temperament. Tyto výrazové pohyby mohou být uvědomělé i neuvědomělé a projevují se v pantomimice, mimice a gestech jedince. Tyto pohyby jsou formou neverbální komunikace a je nutno je posuzovat s ohledem na aktuální situaci, ve které se člověk nachází. (Čížková, 2005)

Pohybový vzorec

Autorka definuje tento pojem jako „*pohybovou sekvenci, která má expresivní či ne- expresivní charakter.*“ (Čížková, 2005, s. 50)

Pohybové vzorce se vztahují k jednotlivým pocitům a emocím člověka, které s sebou nesou specifické fyzické aktivity. Může jít například o agresivní a dynamické pohyby při vzteku (údery, dupání, fyzický útok), ztuhlost a třes při pocitech strachu a úzkosti nebo poskoky a expanze těla při radosti. (Čížková, 2005)

Pohybový styl

Pohybový styl je „*styl pohybu, který je výrazem osobnosti jako celku.*“ (Berger in Čížková, 2005, s. 51)

Tyto pohybové reakce jsou spojeny ve větší či menší míře, záleží na daném jedinci, s emočními stavy. Jde o způsob provedení pohybu. Tyto projevy můžeme chápat jako komplexní stav mysli. (Čížková, 2005)

Rytmus

Dle Slovníčku základních hudebních pojmů je rytmus „*členění přirozeného pohybu do pravidelných úseků.*“ (Vrkočová, 1994, s. 165)

Autorka ve své publikaci také uvádí definici, ve které chápe rytmus jako „*pravidelné vnitřní členění skladby...*“ (Vrkočová, 1994, s. 165)

Rytmus také bývá chápán jako neoddělitelná vlastnost biologických a přírodních jevů (střídání dne a noci, ročních období, přílivu a odlivu) i tělesných úkonů organismu člověka (tlukot srdce, dech, pulz). „*Psychofyziologický základ hudebního rytmu i tempa je motorický.*“ (Dosedlová, 2012, s. 102)

Autorka pojímá, že posluchač či provozovatel hudby má podvědomě inervovány dané svalové skupiny projevující se tendencí provádět rytmické pohyby, které mohou být vnější (poklepávání nohou, vyťukávání prsty) či vnitřní (pohyby hrtanu, rychlost dýchání). (Dosedlová, 2012)

2.2.4 Formy a cíle tanečně pohybové terapie

Formy

Tanečně pohybová terapie, jak uvádí Zedková, může probíhat ve formě individuální či skupinové, ale také při párové a rodinné terapii. Při skupinové i individuální terapii pak rozlišujeme terapii dle délky na krátkodobou a dlouhodobou. (Zedková, 2012)

Při individuální TPT je kladen důraz na klienta jako jednotlivce, to pak terapeutovi umožňuje intenzivnější práci s pohybovým vzorcem a repertoárem terapie. (Čížková, 2005)

Zedková (2012) pak dodává, že individuální forma tanečně pohybové terapie začíná úvodní fází, které probíhá verbálně a její délka je zvolena dle potřeby. K tanci a pohybu totiž přistupujeme až tehdy, když je k tomu klient náležitě připraven.

Před zařazením pacienta do skupinové formy terapie, je nutné, aby klient absolvoval individuální rozhovor s terapeutem. To může snížit klientovo napětí a nejistotu před vstupem do skupiny, a také riziko zařazení pacienta do nevhodné skupiny lidí.

Skupinová terapie je pak organizována formou uzavřených, polootevřených nebo plně otevřených skupin. (Zedková, 2012)

Čížková popisuje počátek skupinové tanečně pohybové terapie, který probíhá formou „zahřátí“ a protažení těla, uvolnění napětí, vnímání atmosféry ve skupině. Toto „zahřívací kolo“ neboli warm up probíhá v kruhu, při čemž považujeme za plusové to, že lidé na sebe vzájemně vidí. (Čížková, 2005)

Cíle

Zedková uvádí, že hlavním cílem tanečně pohybové terapie není „léčba“ jako taková, za hlavní cíl považuje re - integraci člověka. Obecně jsou kladeny cíle, jako je uvolnění stresu a vyvážení životního stylu, seberozvoj klienta, rozvoj jeho kreativity a sebepoznání, zlepšení a pochopení vztahů. (Zedková, 2012)

Specifické cíle TPT vymezila Čížková, která uvádí, že terapie si klade za cíl uvědomění si vlastního těla, jeho hranice a vztahy k prostoru, realistické vnímání těla a jeho akceptace, zvládnutí napětí v těle, emoční a fyzická integrace, schopnost vyjadřovat své pocity přijatelným způsobem, obohacení pohybových schopností a pohybového repertoáru. V neposlední řadě také zvládnutí a kontrolu impulsivního chování. (Čížková, 2005)

3 Kombinované vady

„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nezávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“

(Adrian D. Ward)

Následující kapitola seznamuje s problematikou osob s kombinovanými vadami. Vymezuje základní pojmy, etiologii a klasifikaci kombinovaných vad. V podkapitolách jsou podrobněji popsány mentální retardace, dětská mozková obrna, poruchy autistického spektra a Apertův syndrom jako jedny z možných kombinací vad a poruch. Závěr kapitoly pojednává o předškolním vzdělávání těchto klientů.

S dynamickým rozvojem medicíny a lékařských oborů přichází nespočet nových možností léčby řady nemocí a chorob, což vede k zlepšení kvality života lidí. Tento fenomén s sebou však nese i jistá negativa, konkrétně záchrany životů lidí, jejichž trvalá funkční či orgánová postižení neumožňují člověku plnohodnotné začlenění do společnosti.

Jedinci s postižením jsou mnohdy společností vnímáni pouze na základě předsudků, k některým typům postižení jsou dokonce zafixovány negativní až odmítavé postoje, které jsou těžko překonatelné a vyvratitelné, a brání tak jedincům s postižením uspokojivé společenské integraci. Je nutné pochopit, že každého jedince, bez ohledu na jeho „nedokonalost“ či odlišnost od ostatních lidí, musíme chápat jako člověka s jeho specifickými kvalitami. (Ludíková, 2005)

Takový pohled může být uvržen i na osoby s kombinovanými vadami. Jak autorka dále uvádí, *„kategorie osob s kombinovanými vadami představuje ze všech úhlů pohledu nejsložitější skupinu, která ale je současně stále ještě nejméně propracovanou oblastí speciálněpedagogické teorie i praxe.“* (Ludíková, 2005, s. 8)

3.1 Vymezení pojmu

Dle Vančové (2001) stále není problematika definování a užívání termínů u osob s kombinovanými vadami řádně rozpracovaná. Zřejmá je terminologická nejednotnost, různé přístupy k vymezení pojmu, kategorizaci i charakteristikám těchto klientů.

Ludíková uvádí jako nejužívanější termíny u nás *„vícenásobné postižení, kombinované postižení a kombinované vady, přičemž na tyto pojmy je obvykle nahlíženo jako na synonyma...“* (Ludíková, 2005, s. 9)

Vančová (2001) odkazuje na slovenskou odbornou literaturu, kde jsou frekventovanými termíny viaceré chyby, kombinované postihnutia či multifaktoriální defekt. Ve světě se setkáváme s anglickými pojmy multiple handicap (multiple disabilities) či německým mehrfachbehinderung.

Co se týče definice kombinovaných vad, najdeme jich v odborné literatuře nepřehledné množství. Franiok ve své publikaci uvádí stručnou a jasnou definici „*souhrn vad, kterými je postižen jedinec ve více oblastech.*“ (Franiok, 2008, s. 43)

Podobnou definici uvádí i Sovák, který kombinací vad rozumí „*sdružení několika vad u téhož jedince.*“ (Sovák, 1980, s. 22). Dodává, že primárním prvkem určujícím směr komplexní péči se řídí podle vady, která postihuje jedince nejvíce, přičemž rozlišuje vady hlavní, na kterou je pozornost nejvíce zaměřena, a vady vedlejší, přidružené. Vašek (1999) tuto problematiku posuzuje dle klasifikace postižení dominantního a sekundárního.

Vašek definuje kombinované postižení jako „*multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který se manifestuje signifikantními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální oblasti u jeho nositele.*“ (Vašek in Langer, 2006, s. 69)

Zjednodušeně tuto definici podává Langer (2006). Člověk s kombinovanou vadou je postižen současně dvěma a více typy postižení, které se vyskytují v různých podobách a různých stupních závažnosti. Důsledkem toho jsou obtíže v oblasti komunikace, schopnosti samostatného pohybu a psychického prožívání takového člověka.

Vítková (2004) uvádí charakteristiku postižení více vadami dle Věštníku MŠMT ČR (č.8/1997, č.j. 25602/97-22). „*Za postiženého více vadami se považuje dítě, resp. žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu...*“ (Vítková, 2004, s. 157)

Etiologie

Škála etiologických faktorů vzniku kombinovaného postižení je velmi široká. Příčiny vzniku není možné z důvodu heterogenity této skupiny zcela přesně určit. Nacházíme je ve všech údobí života člověka, mohou být tedy prenatálního, perinatálního i postnatálního

původu, přičemž za nejzávažnější jsou považovány právě příčiny z období nejútlejšího věku člověka. (Ludíková, 2005)

Langer (2006) uvádí, že za vznikem kombinovaného postižení mohou stát vlivy jak endogenní, tak exogenní. Konkrétně pak shrnuje jako nejčastější příčiny dědičné a genetické vlivy, metabolická a infekční onemocnění, intoxikace, psychické deprivace, v neposlední řadě pak mechanická poškození, poškození mozku a CNS.

Vančová (2001) popisuje i skutečnost kombinace hned několika různých příčin vzniku vícenásobného postižení. Dodává také, že mnohdy nemusí být přesná etiologie vůbec určena.

Vašek (1999) jako stanovisko vzniku vícenásobného postižení uvádí anomální vývoj. Toto vyjádření prezentuje vzorcem $V_{np} = f(\check{C}. \text{ vý}, \check{C}. \text{ v}, Pf, Km.)$, kdy „*vícenásobné postižení (V_{np}) je důsledkem anomálního vývinu, to znamená, že je funkcí (f) součinností činitelů vývoje ($\check{C}. \text{ vý}$), činitelů věku ($\check{C}. \text{ v}$), patogenních faktorů (Pf) a kompenzačních mechanismů (Km) jednotlivce.*“ (Vašek, 1999, s. 6)

Klasifikace

Růžičková (2007) ve své publikaci velice jednoduše klasifikuje klienty s lehkým a těžkým stupněm kombinovaného postižení, přičemž klienti s lehkým stupněm jsou schopni alespoň částečně zvládat každodenní situace, jsou snadněji integrováni do běžného života, kvalita jejich života je na vyšší úrovni díky vztahům s okolím a jejich šance uplatnit v zaměstnání je vyšší. Naopak lidé s těžkým stupněm kombinovaných vad zvládají každodenní praktické činnosti s velkými obtížemi a jejich možnosti výchovy, vzdělávání a integrace do společnosti jsou velmi omezené.

V rámci této klasifikace Ludíková konstatuje, že z důvodu nesmírně široké škály různorodých variant a kombinací vad, jejich stupně a hloubky, může nastat situace, „*kdy rozhodnout, že tento případ je lehký a onen těžký stupeň, je prakticky zcela nemožné či alespoň zavádějící a ryze subjektivní.*“ (Ludíková, 2005, s. 10)

Poměrně obecnou klasifikaci nabízí dále Vašek (1999), který dělí vícenásobné postižení do tří skupin:

- osoby s mentálním postižením v kombinaci s tělesným či smyslovým postižením,
- osoby s hluchoslepotou,
- osoby s poruchami chování v kombinaci s dalším narušením či postižením.

Pro potřeby resortu školství se žáci s více vadami člení do tří skupin, v nichž v první z nich je společným znakem mentální retardace. Druhou skupinou jsou jedinci s kombinací vad tělesných, smyslových a řečových, kde zvláštní skupinu tvoří osoby hluchoslepé. Do třetí skupiny spadají žáci s poruchami autistického spektra. (Vítková, 2004)

V oblastech dělení a klasifikace kombinovaných vad shledáváme, stejně jako v terminologii a etiologii, značné nesrovnalosti a nejasnosti, z důvodu nesmírně široké heterogenní komunity, jako utvoří klienti s kombinovaným postižením.

Pro účely této práce a z důvodu obrovsky širokého spektra klientely této skupiny je práce dále zaměřena na popis pouze několika možností poruch a vad, které můžeme jako kombinace narušení nacházet.

3.2 Mentální retardace

V následující kapitole podrobněji popsána mentální retardace, jako jedna z poruch, která se často vyskytuje v kombinaci s jiným narušením.

Kozáková (in Ludíková, 2005) zmiňuje, že se mentální retardace vyskytuje v kombinaci s jinými postiženími na bázi rozlišných příčin. Vyskytne-li se u jedince s mentálním postižením či jinou poruchou souběžně některé další postižení (somatické, smyslové, narušená komunikační schopnost...), hovoříme o kombinované vadě.

Definice mentální retardace

Pojem mentální retardace je složen z latinských slov mens = rozum, mysl a retardere = opožďovat se. (Langer, 1996)

Valenta (2012) termín mentální retardace volně překládá jako zpoždění duševního vývoje a vymezuje tento pojem 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, Michalík, Lečbych, 2012, s. 31)

Thorová (2007) popisuje mentální retardaci jako „*vrozený stav, který se vyznačuje omezením rozumových a adaptivních schopností...*“ (Thorová, 2007, s. 26)

Autorka svou definici dále doplňuje. Člověk s mentální retardací nemá plně rozvinuty mentální schopnosti a jeho samostatné jednání není na úrovni jeho věku. Tito lidé mají

problémy s flexibilitou myšlení a adaptací, problémy jsou i v oblasti emocionální a sociální. Poznávací, pohybové a řečové dovednosti jsou výrazně podprůměrné.

Člověk s diagnózou mentální retardace musí splňovat následující kritéria. Jeho IQ (intelligenční kvocient= úroveň rozumových schopností) je pod úrovní 79 bodů. Má výrazné problémy v přizpůsobení se nárokům každodenního života na dané vývojové úrovni. To vše je přítomno již od dětství (jde o poruchu vrozenou). (Thorová, 2007)

Etiologie

Kozáková uvádí několik příčin vzniku mentální retardace, dodává ale, že výzkum etiologie této problematiky není zdaleka ukončen, jelikož stále nejsme schopni určit příčiny vzniku až u 1/3 klientů.

Z hlediska endogenních a exogenních vlivů mohou mít na vzniku mentální retardace podíl obě skutečnosti. U endogenních příčin jde především o genové mutace a chromozomové aberace, souhrnně jde tedy o příčiny genetické. Mezi exogenní faktory řadíme působení anorganických příčin, tedy fyzikální a chemické vlivy. Dále pak příčiny biologické, kde se jedná o působení virů, plísni, bakterií a negativní vlivy způsobené soužitím plodu a matky. (Kozáková, 2005)

K exogenním faktorům se z časového hlediska vyjadřuje Švarcová. „*Exogenní faktory se dále člení podle období působení na prenatální (působící od početí do narození), perinatální (působící těsně před, během a těsně po porodu) a postnatální (působící po narození).*“ (Švarcová, 2011, s. 42)

Klasifikace

Bendová ve své publikaci klasifikuje mentální retardaci dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která je u nás využívána od 90. let 20. století., a kde je mentální retardace rozdělena do šesti kategorií:

- lehká mentální retardace (IQ 69–50),
- středně těžká mentální retardace (IQ 49–35),
- těžká mentální retardace (IQ 34–20),
- hluboká mentální retardace (IQ dosahuje maximální hodnoty 19),
- jiná mentální retardace,

- nespecifikovaná mentální retardace. (Bendová, Zikl, 2011)

Kozáková ke zmíněné klasifikaci dodává další informace. Jde o nejčastěji užívané kritérium hodnocení. „Lze ji určit srovnáním úrovně schopností jedince s tzv. „normou“, v případě mentální retardace se vychází z psychologické diagnostiky jedince.“ (Kozáková, 2005, s. 22)

Autorka také upozorňuje, že uvedené rozmezí inteligenčního kvocientu je pouhá orientační hodnota, „která nemůže zachytit celou řadu kvalitativních znaků rozumových schopností.“ (Kozáková, 2005, s. 22)

K základní klasifikaci MKN- 10 můžeme dále přiřadit možnou přítomnost přidruženého postižení chování, kterou určujeme v rozsahu žádné nebo minimální postižení chování, výrazné postižení chování vyžadující pozornost a léčbu, jiné postižení chování, bez zmínky o postižení chování.

Dalším klasifikačním kritériem mentálního postižení je rozlišení na typ eretický a apatický. Toto rozdělení je absolutně nezávislé na hodnotě IQ a stupni mentální retardace. Eretický typ jedince je charakteristický svým neklidem a rychle se střídajícím obdobím vzruchu a útlumu. City a emoce jsou nestálé. Jedinec má slabou vůli a je neschopný soustředit se. Opakem je typ apatický, jehož proces vzruchu a útlumu je velmi zpomalený. Chování takového jedince je tiché, klidné s občasnými stereotypními automatickými pohyby. Pohyby jsou těžkopádné a pomalé. Mezi tyto dva typy můžeme zařadit typ nevyhraněný, jehož procesy vzruchu a útlumu jsou v rovnováze, nebo jeden z nich mírně převažuje. (Kozáková, 2005)

3.3 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (DMO) je jednou z diagnóz, která se velmi často podílí na vzniku kombinace vad. Za nejčastější považuje Bendová (in Ludíková, 2005) mentální postižení, které se vyskytuje u 2/3 dětských pacientů s DMO, a epilepsii, která je diagnostikována téměř u poloviny dětí. Jako další přidružená onemocnění uvádí autorka hydrocefalus a problémy růstové, smyslové (zrakové, sluchové) a komunikační.

Definice

Srozumitelně popisuje toto onemocnění dle Lesného Kudláček. „Dětská mozková obrna patří mezi nejčtenější neurovývojová onemocnění. Je neprogresivním, leč ve svých

projevech nikoli neměnným postižením vyvíjejícího se mozku... a postihuje řadu oblastí: kognitivní schopnosti, hybnost, zrak, sluch, způsob chování.“ (Lesný in Kudláček, 2012, s. 32)

Autor dle Matějčka a Langmeiera dále uvádí, že DMO se může navenek projevovat jako opoždění vývoje hybnosti, které může být doprovázeno ochrnutím končetin, a to částečným či úplným, objevují se i poruchy pohybové koordinace a svalového napětí. (Kudláček, 2012)

Jankovský dle Kotagala popisuje DMO jako „*stacionární encefalopatii, která je vyvolána poškozením nezralého mozku...“ (Kotagal in Jankovský, 2001, s. 33)*

Z pohledu etiologie uvádí autor vlivy a příčiny z období prenatalního, perinatálního i postnatálního. Po čas těhotenství se mohou objevit onemocnění matky způsobující poškození plodu, nedostatečná výživa, velká psychická námaha. Porodní a poporodní komplikace jako infekce či nedonošení plodu mají na vývoj dítěte také negativní vliv. (Vašek, 1999)

Klasifikace

Autoři nejčastěji uvádí klasifikaci Lesného, který popsal dvě formy DMO:

- forma spastická (forma diparetická, hemiparetická, kvadruparetická)
- forma nespastická (forma hypotonická a dyskinetická)

U spastické formy mozkové obrny mají svaly patologicky trvale zvýšen svalový tonus (Vašek, 1999). Bendová popisuje spasticitu jako zvýšený svalový tonus či hyperreflexivitu, „*jež omezují nebo trvale znemožňují pohybovou aktivitu jedince.“ (Bendová in Ludíková, 2005, s. 85)*

Diparetická forma mozkové obrny postihuje dvě končetiny (nejčastěji dolní). Hemiparetickou formu charakterizujeme zasažením dvou končetin- obou pravých nebo obou levých. Nejtěžším typem je forma kvadruparetická, kdy jsou postiženy všechny čtyři končetiny.

Nespastickou formou DMO rozumíme trvalé snížený svalový tonus. Zde rozlišujeme formu hypotonickou, která je typická snížením svalového napětí, což způsobuje abnormální ohebnost končetin. (Vašek, 1999)

Forma dyskinetická je další z forem nespatické DMO. Bendová charakterizuje dyskinezi „*nepotlačitelnými mimovolnými pohyby, jež jsou způsobeny poškozením specifických oblastí mozku.*“ (Bendová in Ludíková, 2005, s. 85)

Epilepsie

Jak jsme již výše zmínili, epilepsie patří po mentální retardaci k jedné z nejčastějších poruch přidružených k DMO. Pro účely této práce si budeme toto onemocnění blíže specifikovat.

Sasín ve své publikaci definuje epilepsii pro pedagogické účely jako „*onemocnění, jehož hlavním symptomem jsou neočekávané a náhle se dostavující, ale časově ohraničené, tedy přechodné poruchy vědomí, které se vyskytují izolovaně nebo ve spojení se svalovými křečemi a změnami funkcí regulovaných vegetativním nerovným systémem.*“ (Sasín, 1975, s. 18)

Dále autor zmiňuje, že se tyto záchvaty mohou opakovat s určitým časovým odstupem a vychází z poruchy nervového systému. (tamtéž, 1975)

Jankovský (2001) charakterizuje epilepsii jako nemoc tehdy, kdy opakovaně dochází k epileptickým záchvatům, při kterých se objevuje několikero klinických příznaků, jako jsou poruchy vědomí, motorické křeče a ztráta svalového napětí, somatosenzorické obtíže (zvonění v uších, světelné záblesky), vegetativní projevy (zvracení, pocení, změněné reakce zornic). U dětí jsou projevy epileptických záchvatů závislé na věku, respektive na stupni zralosti mozku.

Epileptický záchvat je podle Lesného „*různě dlouhý stav bezvědomí, e spontánně ukončí.*“ (Lesný in Vašek, 1999, s. 81).

Kraus ve své publikaci uvádí četnost epilepsie u klientů s DMO až 55%. „*Při současné přítomnosti mentální retardace s DMO se výskyt epilepsie zvyšuje na 71%.*“ (Kraus, 2005, s. 129). Dodává také, že pravděpodobnost vzniku epilepsie zpravidla určuje i forma DMO. (tamtéž)

U epilepsie jsou popisovány dva druhy záchvatů. Malý záchvat (petit mal) je typický především u dětí předškolního a mladšího školního věku. Objevují se při něm náhlé ztráty vědomí bez motorických poruch, které se mohou objevit i několikrát za den (Vašek, 1999). Záchvaty u školních dětí popisuje Jankovský (2001) jako tzv. absence neboli zahledění.

Při velkém záchvatu, který nazýváme grand mal, jde o časový úsek několika minut až půl hodiny. Tento záchvat je provázen tonicko - klonickými křečemi, které jsou spojeny s bezvědomím, strnulostí těla, kontrakcí a dekontrakcí svalů. Tento stav je typický pro vyšší věkové kategorie. (Vašek, 1999)

3.4 Poruchy autistického spektra

„Kdyby se normální lidé znenadání ocitli na jiné planetě s podivnými neznámými tvory, cítili by se pravděpodobně zastrašeni, nevěděli by, jak se chovat, a určitě by měli potíže porozumět, co si cizinci myslí, cítí a co chtějí, neuměli by správně reagovat.

A to je autismus...“ (Jolliffe in Pastieriková, 2013, s. 5)

Jak již bylo dle Vítkové (2004) zmíněno v podkapitole 3.1 Vymezení pojmu kombinované vady (viz s. 28), žáci s více vadami se pro potřeby resortu školství člení na tři skupiny, do jedné z nich spadají i žáci s poruchami autistického spektra. Proto se následující podkapitola zabývá právě touto oblastí.

Pojem a definice

Slovo autismus je odvozeno z řeckého slova autos = sám a přípony -ismus označující směr, orientaci nebo stav. (Vocilka in Pastieriková, 2013)

Pojem autismus poprvé vyslovil švýcarský psychiatr E. Bleuler v roce 1911, který jej ale užíval ve spojitosti se schizofrenií, čehož je užíváno dodnes. (Thorová, 2006)

S tímto tvrzením se ztotožňuje Říhová (2011), která poukazuje na dodnes mylná spojení, či dokonce zaměnění pojmů autismus a schizofrenie. Pastieriková (2013) uvádí, že s rozlišením těchto dvou pojmů přišel Leo Kanner v roce 1943, který na základě svého pozorování skupinky dětí poprvé popsal autismus jako samostatnou nemoc.

Říhová (2011) uvádí aktuálně se vyskytující a hojně užívané pojmy spojené s touto problematikou. Mezi nejčastější termíny řadí autismus a poruchy autistického spektra. Za autory pojmu poruchy autistického spektra (autistic spektrum disorder), který je v současnosti ve světě běžně užíván, považuje Thorová (2007) Lorna Winga a Judith Gould. Říhová (2011) jako další termín užívaný v oblasti této problematiky vyslovuje pojem pervazivní vývojová porucha.

K pojmu pervazivní vývojová porucha se vyjadřuje opět Thorová, která tyto poruchy označuje jako nejzávažnější poruchy dětského mentálního vývoje. Samotné slovo pervazivní

pak překládá jako „*všepromikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech.*“ (Thorová, 2006, s. 58)

Pastieriková (2013) dokonce usuzuje, že termín pervazivní vývojová porucha je vhodnější a vystihuje podstatu dané problematiky lépe než samotný pojem autismus. Proti tomuto tvrzení se staví Thorová, která vyzdvihuje termín poruchy autistického spektra. Považuje jej za výstižnější, jelikož jako primární projev popisuje různorodost a spektrální než příznaky pronikající, tedy pervazivní. (Thorová in Říhová, 2011)

S definicí pojmu autismus se v literatuře setkáváme v různých zněních. Podle Velkého psychologického slovníku je autismus „*porucha vztahu k realitě, stažení se do světa fantazie, sociální izolace.*“ (Hartl, Hartlová, 2010)

Z pedagogického pohledu chápeme autismus jako „*vývojovou poruchu, která se projevuje neschopností komunikovat a navazovat kontakty s okolím. Postižený vyjadřuje svá přání a potřeby s těžkostmi a nechápe, že mu ostatní nerozumějí. Uzavírá se do vlastního světa a projevuje se jako extrémně osamělá bytost.*“ (Průcha, Walterová, Mareš in Pastieriková, 2013, s. 9)

Říhová (2011) vystihuje poruchy autistického spektra následovně. Jde o vrozenou, celoživotní poruchu, která do hloubky narušuje vývoj jedince v mnoha směrech, a tím zásadním způsobem ovlivňuje jeho život. Toto narušení je způsobeno vrozeným poškozením mozkových funkcí. Poruchy autistického spektra se zákonitě projevují v prvních letech života (obvykle před nebo kolem 3. roku). Vývoj dítěte je většinou odlišný již od útlého věku.

Etiologie

Gillberg (2008) stručně uvádí možné příčiny vzniku postižení autismem. Některé případy autismu mají genetický podklad, některé jsou způsobeny specifickými poruchami mozku. Některé případy jsou vyvolány poškozením mozku v prenatálním, perinatálním či postnatálním životě.

Říhová (2011) hovoří o multifaktoriální etiologii z důvodu dosud nepopsaných jednoznačných faktorů. Toto postižení je vrozené a má neurobiologický podklad. Vyvrací také tvrzení z minulosti, že autismus je způsoben chybným rodičovským vedením.

„Za jeden z objektivně prokázaných faktorů jsou geneticky podmíněné změny v mozgovém vývoji. S největší pravděpodobností se na vzniku podílí více genů a různé míře.“ (Říhová, 2011, s. 23)

Pastieriková také uvádí jako možné příčiny vzniku genetické predispozice a poukazuje na slova odborníků, že *„se dědí určitý typ kognitivní neschopnosti nebo sociálního deficitu, což za určitých okolností vede k plnému rozvinutí autistických symptomů.“* (Pastieriková, 2013, s. 12)

Stejskalová poukazuje na studie, které prokázaly, že extrémně nezralí novorozenci jsou vystaveni většímu riziku výskytu autistických poruch než děti narozené v termínu. (Stejskalová in Pastieriková, 2013)

Rodný (in Pastieriková, 2013) upozorňuje na věk otce. U mužů po 40. roce života je riziko zplození dítěte s autismem vyšší. Hoffman (tamtéž) také zmiňuje tzv. „spouštěcí mechanismy poruch autistického spektra.“ Jde o špatné prostředí, nesprávnou stravu, metabolické potíže, střevní onemocnění, narušení funkce štítné žlázy, alergie a imunologické aberace.

Na závěr Říhová (2011) konstatuje, že cesta ke konečnému určení přesné etiologie této problematiky, a tím i jejímu předcházení, je ještě dlouhá.

Prevalence, symptomatologie

Co se týče prevalence této poruchy, jsou uváděny mnohé studie. Komárek, Thorová (in Pastieriková, 2013) představují průzkum z roku 2009, který uvedl na 10 000 zdravých jedinců až 90 osob s poruchou autistického spektra, přičemž výskyt vyšší u mužského pohlaví a to v poměru mužů a žen 4:1. Thorová (2007) pak poukazuje, že na počet 10 tisíc narozených dětí spadá asi 60 s poruchou autistického spektra. Celkově se v populaci nachází přibližně 0,5% osob s autismem.

Jak uvádí Říhová (2011), vývoj jedince s autismem je zásadně narušen ve třech oblastech. Psychiatřička Lorna Wingová tyto oblasti nazvala triádou příznaků. Spadá zde narušení komunikačních dovedností, narušení v sociální oblasti a představitosti. Autorka tyto projevy označuje za typické- specifické. Mezi nespecifické projevy, tedy takové, které nejsou typické pouze pro poruchy autistického spektra, řadí např. neurologická a psychiatrická onemocnění či poruchy chování. Konkrétně se může jednat o poruchy spánku, poruchy příjmu

potravy, úzkostné stavy, hypersenzivitu či hyposenzivitu, agresi nebo autoagresi nebo motorické obtíže. Autorka ale důrazně upozorňuje na to, že každý jedinec s autismem je jedinečný, individuální a jednotlivé projevy se mohou vzájemně lišit. Jednoduše autorka konstatuje, že „*typický člověk s PAS neexistuje.*“ (Říhová, 2011, s. 16)

Klasifikace

Kromě „klasického“ autismu (Kannerův specifický typ autismu) jsou známy další typy pervazivních vývojových poruch. Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí jde o:

- dětský autismus,
- atypický autismus,
- Rettův syndrom,
- jinou dětskou dezintegrační poruchu,
- hyperaktivní poruchu spojenou s mentální retardací a stereotypními pohyby,
- Aspergerův syndrom,
- jiné pervazivní vývojové poruchy,
- pervazivní vývojové poruchy nespecifikované. (Pastieriková, 2013)

Nejen v našich podmínkách, ale především v zahraničí se pak můžeme setkat s klasifikací autismus na vysoce funkční, středně funkční a nízko funkční. Jedinec s vysoce funkčním autismem má minimální hodnotu IQ 70 a jeho komunikační schopnosti jsou lehce narušeny. Děti jsou schopny integrace do společnosti díky vhodně vytvořeným podmínkám. Jedinci, jejichž mentální postižení spadá do pásma lehké až středně těžké, mají hlouběji narušenou řečovou složku a jejich častým projevem jsou výrazné stereotypie. Poslední kategorií autismus, nazvanou nízko funkční, charakterizují osoby s těžkou až hlubokou mentální retardací. Řeč je nerozvinutá, navazování sociálních kontaktů je velmi chudé, převládají stereotypní a repetitivní příznaky. (Pastieriková, 2013)

Dětský autismus

Pro účely této práce se nyní podrobněji zaměříme na nejlépe prostudovanou, ale zároveň nejtěžší formu autismu - dětský autismus. Tato porucha má širokou variabilitu projevů, vždy je zaznamenán výskyt všech příznaků z tzv. tirády, ke kterým se zpravidla přidává i řada nespecifických symptomů. Tyto projevy a jejich závažnost jsou však velmi různorodé. (Říhová, 2011)

Nyní si uvedeme některá diagnostická kritéria pro dětský autismus podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, jak je vystihuje Thorová (2007):

- Autismus se projevuje před třetím rokem věku dítěte.
- Kvalitativní narušení sociální interakce se projevuje jako neschopnost přiměřeně vyhodnotit sociální a emoční situace, nedostatečná odpověď na emoce druhých lidí, nepřizpůsobení se sociálnímu kontextu situace, slabá integrace sociálního, komunikačního a emočního chování s omezenou schopností užívat sociální dovednosti.
- Kvalitativní narušení komunikace se projevuje jako nedostatečné užití řeči bez ohledu na úroveň jazykových schopností s nedostatečnou synchronizací v konverzaci, nedostatek tvořivosti a fantazie v myšlení a hře, absence emočních reakcí na verbální i neverbální přiblížení jiných lidí.
- Omezené, opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity, které chápeme jako rutinní chování ve škále aspektů každodenního života, netypickou přichylnost k věcem, lpění na stereotypech a rutině, stereotypní zájmy a odpor ke změnám.
- Nespecifické rysy se mohou projevovat jako fobie, poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, záchvaty vzteku a agerese, sebezraňování, absence spontaneity a iniciativy, potíže s myšlenkovou koncepcí.

Pastieriková konstatuje, že „*specifický obraz deficitů, které jsou charakteristické pro autismus, se mění s věkem.*“ (Pastieriková, 2013, s. 34)

Autorka (tamtéž) pak dodává, že nejčastější přidruženou poruchou u dětského autismu je mentální retardace (až ve dvou třetinách případů). Gillberg a Peeters (2008) jako další přidružené poruchy uvádí epilepsii, postižení řeči a smyslová postižení. Konkrétně uvádějí, že u dvou pětín dětí s autismem se v předškolním věku objevují problémy se šilháním, což u celé řady z nich přetrvává až do dospělosti.

3.5 Apertův syndrom

Samotný pojem syndrom je podle Velkého psychologického slovníku „skupina symptomů (příznaků), které se vyskytují společně a charakterizují chorobný stav...“ (Hartl, Hartlová, 2010)

Co se týče Apertova syndromu, jde o autozomálně dominantně dědičné onemocnění, které je popisováno jako „*komplex kraniofaciálních abnormalit způsobený předčasnou kraniosynostózou.*“ (Pokřivčák, 2009, s. 14)

Za triádu symptomů typických pro Apertův syndrom jsou považovány kraniosynostóza, syndaktylie a hypoplazie.

Kraniosynostózou rozumíme předčasný srůst lebečních kostí. Lebka dítěte je tvořena několika lebečními kostmi, které jsou volně spojeny vazivem, časem kostnatí a formují lebku do podoby lebky zdravého dospělého člověka. Lebeční švy dětí s Apertovým syndromem kostnatí předčasně, což brání dalšímu růstu mozku a je důsledkem zvýšeného nitrolebečního tlaku. Remodelace lebky se provádí do 6. měsíce věku. (Dostupné z: <http://www.apert.estranky.cz/clanky/apertuv-syndrom/obecne-informace/>)

Syndaktylie se řadí mezi malformace končetin, které (zvláště ve větším rozsahu) patří mezi velmi nápadná postižení a mohou svému nositeli přinášet řadu problémů. V extrémních případech mají malformace končetin za následek závažné poruchy a omezení hybnosti. Jde o vrozené vady končetin, kterými „*rozumíme odchylky od normálního stavu končetiny přítomné v okamžiku narození.*“ (Fischer, Škoda, 2008, s. 57)

Syndaktylie je při postižení samotné ruky jedna z nejčastěji se vyskytujících vad. Představuje srůst dvou a více prstů, v případě srůstu většího počtu prstů vzniká extrémní deformita, kterou nazýváme „*lžicovitá ruka*“. Srůstat mohou měkké tkáně ruky i kosti. Tyto deformity lze upravit chirurgicky. (Fischer, Škoda, 2008)

Hypoplazie neboli nevyvinutí či prohloubení střední části obličeje je způsobená tím, že horní a dolní třetina obličeje roste normální rychlostí oproti střední obličejové části, která má tendenci růst pomaleji. To má za následek zřetelné prohloubení, hypoplazie bývá tedy popisována také jako dutina v profilu obličeje. Výraznost hypoplazie postupuje spolu s věkem jedince a je možno ji po ukončení vývoje chirurgicky upravit. (Dostupné z: <http://www.apert.estranky.cz/clanky/apertuv-syndrom/obecne-informace/>)

S Apertovým syndromem se často pojí také mentální postižení. Studie, které se zúčastnilo 29 respondentů s diagnózou Apertův syndrom, prokázala u 15 z nich mentální retardaci různého stupně. (Jančíková, 2011)

Jako další symptomy Apertova syndromu se projevují anomálie nehtů, omezená hybnost kloubů, kožní anomálie, zrakové a sluchové vady. V neposlední řadě zde patří také orofaciální rozštěpy (dostupné z: <http://www.apert.estranky.cz/clanky/apertuv-syndrom/symptomatologie-apertova-syndromu/>), což potvrzují i autorky Vitásková a Peutelschmiedová (2005), které uvádějí, že rozštěpy často bývají součástí syndromových vad, konkrétně i Apertova syndromu.

Termín orofaciální rozštěpy pojímá rozštěpy v oblasti tváří, obličejce a dutiny ústní. Jde o „*těžké kongenitální vady, které vznikají porušením vývoje střední třetiny obličejce.*“ (Klenková, 2006, s. 138)

Tyto orgánové anomálie se projevují dislokací, defektem nebo chyběním měkkých i kostních částí tkání a působí závažné funkční a nápadné estetické nedostatky (Klenková, 2006).

Jeden z hlavních symptomů rozštěpových vad je narušení komunikační schopnosti, které zasahují verbální i neverbální sloku komunikace. Jedná se o narušení vývoje řeči, narušení fonace a artikulace řeči. Rozštěpové vady s sebou nesou také anomálie chrupu a čelistí - odchylky ve tvaru a velikosti. Klasifikace orofaciálních rozštěpů se řídí lokalizací rozštěpu. Při patologicko - anatomickém dělení jde o rozštěp rtu, rozštěp rtu a čelisti, rozštěp rtu, čelisti a patra, rozštěp samotného patra, rozštěp rtu, čelisti, obou pater a čípku. Podle polohy rozštěpu vůči foramen incisivum rozdělujeme rozštěpy jednostranné či oboustranné, přední či zadní a rozštěpy kombinované. (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005)

Etiologie a prevalence

Podle dostupných informací se tento vzácný syndrom vykytuje u jednoho z 200 000 narozených dětí. V 98% vzniká tento syndrom jako nová genová mutace. Jde o mutaci genu jedné z aminokyselin na chromozomu 10. Tato malá chromozomální změna má za následek fyzický vzhled jedinců s Apertovým syndromem. Mutace se nachází ve spermiích, je tedy dokázána etiologická souvislost s mužským pohlavím. Výzkumy navíc ukazují, že pravděpodobnost zplození potomka s Apertovým syndromem je vyšší u mužů nad 30 let. (Dostupné z <http://www.apert.estranky.cz/>)

3.6 Speciální pedagogika dětí předškolního věku s kombinovanými vadami

Předmětem pedagogiky osob s kombinovanými vadami je edukace těchto jedinců, kteří vyžadují užití speciálních výchovných potřeb z důvodu nedostatků v oblasti kognitivní, motorické, komunikační a psychosociální, které vyplývají z důsledku současného výskytu mentálního, smyslového či tělesného postižení. Cílem pedagogiky osob s touto problematikou je *„výchovnou rehabilitací dosáhnout co nejvyššího stupně socializace, jehož předpokladem je rozpracovaná teoretická složka oboru a dostatek validních praktických postupů na dosahování cílů.“* (Vašek, 1999, s. 10)

Autor (tamtéž) člení pedagogiku osob s kombinovanými vadami z hlediska věku, jde tedy o pedagogiku vícenásobně postižených předškolního věku, školního věku a dospělých. O pedagogice předškolního věku dětí s kombinovanými vadami hovoří jako o mimořádně důležité součásti oboru, kde jde o výchovnou intervenci takovýchto dětí s ohledem na jejich věk a institucionální péči. Vyzdvihuje zde také postavení rodiny. *„Efektivnost interakce je podmíněná i participací rodiny.“* (Vašek, 1999, s. 11)

Jedincům s kombinovanou vadou je nutné vytvořit specifický edukační program, který je odlišný od programů aplikovaných u jedinců s jednoduchými formami postižení. (Vančová, 1999)

Nejdůležitější úkolem rodičů a odborníků (speciálních pedagogů, psychologů) je vybavení dítěte v předškolním věku s kombinovaným postižením klíčovými kompetencemi, které budou odpovídat úrovni jeho možností a schopností. Mezi tyto kompetence řadíme vědomosti, dovednosti a návyky, které mu umožní maximálně se zapojit do edukačního procesu na základní škole. Z těchto klíčových kompetencí je největší důraz kladen na komunikační schopnosti, hrubou a jemnou motoriku, smyslové vnímání, rozumové schopnosti, sociální kompetence, samostatnost a sebeobsluhu. V rámci speciální pedagogiky mohou být pro rozvoj těchto dovedností využity kromě klasických postupů facilitační a stimulační techniky. (Kunhartová, Horváthová, Potměšil, 2011)

Dle Směrnice MŠMT k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení (2002) se dítětem se smyslovým, mentálním nebo tělesným postižením, s více vadami a diagnózou autismus rozumí žák se speciálními vzdělávacími potřebami. Rozsah a závažnost těchto potřeb opravňují takového žáka k zařazení do režimu

speciálního vzdělávání. To je zajišťováno ve škole samostatně určené pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami nebo formou individuální či skupinové integrace v běžné škole.

Kozáková (2005) uvádí jako možnost předškolního vzdělávání pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami speciální mateřskou školu, jejíž koncept má svá specifika, která respektují problematiku postižení. Organizace takové školy se neliší od běžného školního zařízení. Autorka (tamtéž) popisuje funkce mateřské školy:

- Funkce formativní a informativní dítě komplexně rozvíjí ve všech oblastech (mravní, rozumové, řečové, tělesné, pracovní a estetické).
- Funkce diagnostická je uplatňována především ve vztahu k další péči.
- Funkce reedukační zodpovídá za rozvoj postižených funkcí, přičemž důraz je kladen na kognitivní procesy.
- Funkce kompenzační plní úkol rozvoje nepostižených funkcí.
- Funkce rehabilitační je často chápána jako terapeuticko - formativní funkce.
- Funkce respitní má ulevit rodičům od stálé péče o jejich dítě.

Vítková ve své publikaci uvádí tabulku, kde jsou vytyčeny základní oblasti rozvoje dětí s více vadami, a dodává, že „opominutí jedné z těchto skupin by mělo za následek nepřiměřený a nerovnoměrný vývoj.“ (Vítková, 2004, s. 160)

Senzomotorika Vnitřní vnímání	Psychomotorika Vnímání okolního prostředí	Sociomotorika Vnější vnímání
Taktilně kinetické vnímání <ul style="list-style-type: none"> • rozvíjení tělesné senzibility, motoriky úst, obličeje končetin • kontrola vlastního těla, pohyb z místa 	Smyslové vnímání <ul style="list-style-type: none"> • vizuální podněty • olfaktorické podněty • gustatorické podněty • auditivní podněty 	Komunikace <ul style="list-style-type: none"> • vnímání řeči • podpora funkcí • porozumění - komunikační dovednosti
Regulace tělesného napětí <ul style="list-style-type: none"> • uvolnění spastických částí těla, relaxace 	Myšlení <ul style="list-style-type: none"> • analýza • syntéza • třídění a vytváření představ o pojmech 	Sociální chování <ul style="list-style-type: none"> • sebeobsluha • vytváření vztahu k sobě samému • vytváření vztahu k okolí a orientace v něm
Vestibulární vnímání	Představivost a paměť <ul style="list-style-type: none"> • záměrné vnímání - pozorování • vjem - uchování - vybavení • rozvoj představivosti a paměti 	Relaxace a hra <ul style="list-style-type: none"> • hra na tělo a s předmětem • hry námětové a konstruktivní • hry s pravidly

Tab. 1: Přehled rozvoje jednotlivých oblastí dítěte s kombinovaným postižením. (Vítková, 2004, s. 160)

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část uvádí cíle výzkumného šetření a popisuje metody, jimiž bylo daných cílů dosahováno. Je zde zpracováno několik případových studií a detailně popsána terapeutická sezení klienty. Na základě toho jsou definovány a konkrétně rozpracovány cílové roviny hudebně – pohybové terapie.

4 Vlivy a účinky hudebně - pohybové terapie u dětí předškolního věku s kombinovanými vadami

V kapitole je definován hlavní cíl výzkumného šetření a jsou zde rozpracovány výzkumné metody. Je charakterizován terapeuticko – formativní přístup a na základě kazuistik a pozorování klientů jsou popsány vlivy a účinky tohoto přístupu na klienty.

4.1 Cíl výzkumného šetření

Hlavním cílem práce je **popis vlivů a účinků muzikoterapie s prvky pohybové terapie u dětí předškolního věku s vícenásobným postižením**. Budou vydefinovány cílové oblasti setkání na základě jejich průběhů a konzultací s muzikoterapeutkou. Závěrem budou specifikovány cíle jednotlivých sezení s klienty.

4.2 Metody výzkumného šetření

Výzkumné šetření v praktické části práce bylo provedeno metodou **kazuistiky** a **pozorování**, prostřednictvím kterých byly získány údaje a data potřebné pro zpracování cílů práce. Kazuistika je dle Hartla, Hartlové (2010) případová studie, která slouží k popisu a porovnání jednotlivých případů. Kazuistiky byly sestaveny na základě informací z lékařských a psychologických zpráv dětí a z dokumentací mateřské školy. Osobní, rodinné a školní anamnézy byly konkrétně zpracovány také na základě osobní zkušenosti s klienty.

Pozorování terapeutických sezení bylo uskutečněno v terapeutické místnosti MŠ, kde muzikoterapie pravidelně probíhá. Chráška (2007) definuje pozorování jako sledování smyslově vnímatelných jevů a uvádí jej jako nejrozšířenější metodu získávání dat s požadavky na specifikaci objektu, zaměření na cíl, organizaci a přesným záznamem pozorování. Terapeutické sezení nebylo pozorovatelem nijak narušováno. Byly pořízeny písemné záznamy jednotlivých setkání, doplňující informace byly v průběhu šetření získávány také od terapeutky.

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Na základě domluvy s ředitelkou mateřské školy, kterou děti navštěvují, a muzikoterapeutkou působící v této škole, byly vybrány 3 děti s více vadami ve věku 5–7 let. Tyto děti byly sledovány při terapeutickém sezení. Podrobnější informace o dětech jsou uvedeny v kazuistikách.

Mateřská škola, ve které výzkumné šetření probíhalo, je školou pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Školu navštěvují děti s poruchami autistického spektra, děti s mentálním a kombinovaným postižením, děti s poruchami sociability a komunikace. Naplňování předškolního vzdělávání je účelně propojováno s rodinnou terapií a filozofie školy odráží motto školního vzdělávacího programu „Naše terapie je život“. Škola zajišťuje odbornou diagnostickou, terapeutickou, výchovně vzdělávací, zájmovou, poradenskou, preventivní pomoc, včetně rané péče. Ve škole je uplatňován osobnostní přístup, týmová práce všech pedagogů a rodičů, zaměření na budování zdravého sebepojetí. Vzdělávání dětí probíhá formou realizace prvků TEACH programu a usnadňované komunikace pro děti s PAS. V rámci volnočasových aktivit v mateřské škole pravidelně probíhá muzikoterapie, občasně pak canisterapie, míčková facilitace a hudebně - pohybový kroužek. Muzikoterapeutická setkání probíhají v mateřské škole pravidelně, vždy v úterý a ve středu.

4.4 Charakteristika terapeuticko - formativního přístupu

Muzikoterapeutický proces s pohybovými prvky je systematický a strukturovaný proces. **Úvodní fáze** procesu obsahuje prvotní kontakt terapeuta s klientem a hudební rituály. Následuje tzv. **warm – up**, tedy aktivizační techniky. Po aktivizaci klienta přichází **hlavní část setkání**, která plně zohledňuje terapeutické cíle. Následuje část relaxační, která slouží k odpočinku, zklidnění a sebeuvědomění klienta. **Závěrečná část** ukončující setkání reflektuje průběh celého setkání a obsahuje hudební i nehudební rituály. (Kružiková, 2013)

Cíle terapeutického procesu jsou obecně uváděny jako cíle v rovině biologické, psychologické, sociální a spirituální. Muzikoterapeutka při setkání s uvedenými klienty nevyužívá cíle spirituálního. Práce je tedy zaměřena na identifikování **cílů z oblasti biologické, psychologické a sociální**. Její terapeutická setkání jsou založena na propojení muzikoterapie a dalších expresivních terapií, s inspirací zahraničních modelů USA. Důležitými pojmy terapeutčiny metody jsou: nedirektivní přístup, rituály, kontaktní písně, respektující a kooperující styl.

4.5 Případové studie

Kazuistika č. 1

Klient: chlapec M.

Věk: 6 let

Diagnóza: postižení více vadami (dětská mozková obrna- dipareza s rozšířením na ruce více vlevo; mentální retardace; expresivní fatická porucha; epilepsie; koarktace aorty)

Osobní anamnéza:

Chlapec z druhé gravidity, těhotenství rizikové, matka sledována. V době těhotenství závažné události v rodině. Porod předčasný, císařským řezem, rizikový novorozenec. Od raného věku operace a opakované hospitalizace v důsledku diagnóz. Návštěvy lázní.

Pravidelná rehabilitace, fyzioterapie- Vojtova metoda, Bobath koncept. Plánovaná operace kyčlí. Epilepsie medikovaná, občasné lehké záchvaty mají podobu mírných křečí.

Vývoj je nerovnoměrný, celkově opožděný. Narušena zejména oblast komunikace, sebeobsluhy, imitace, abstraktně vizuálního myšlení. Řečový projev omezený, spíše neartikulované zvuky a žvatlání (slabiky já, haf; slova auto, ahoj, máma). Celkově nízká úroveň verbálního projevu. Chlapec je v péči logopeda. Komunikuje jednoduchými gesty (ukazuje prstem, naznačuje činnost). Pokud mu někdo nerozumí, porozumění se dožaduje porozumění jinými prostředky. Mluvené řeči rozumí. Lokalizuje zvuk. Vlivem základní diagnózy DMO je narušena jemná i hrubá motorika, grafomotorika. Kresba je na úrovni čáranic. Při úchopu preferuje pravou horní končetinu, úchop patologický, levá horní končetina spasmus. Vleže se přetočí ze zad na břicho, plazí se. V poloze na břichu krátce zvedne a udrží hlavičku. Preferuje polohu na zádech a na boku. V sebeobslužných činnostech je chlapec zcela odkázán na pomoc druhé osoby, nosí pleny, je krmen.

M. je veselý, usměvavý chlapec. Adaptace na nové prostředí probíhá bez problému, rád navazuje vztahy, komunikuje. Zájem o okolí je aktivní. Vyhledává a udržuje oční kontakt, reaguje na své jméno i na úsměv druhé osoby. Vyhledává vrstevníky i přítomnost dospělého. Hra individuální, párová i ve skupině. Mezi oblíbené hračky dopravní prostředky a zvířátka, rád si prohlíží knihy s touto tematikou.

Rodinná anamnéza:

Oba rodiče zdraví, starší bratr také (hyperaktivita). Otec vzdělání s maturitou, matka vysokoškolské vzdělání v oboru psychologie. V rodině nejsou zaznamenána závažná onemocnění.

V době těhotenství závažné události rodině (smrt příbuzných), matka tyto události silně prožívala, letecky cestovala do zahraničí. Aktuálně rozpory rodičů, žijí odděleně. Chlapec žije s otcem, pobyt u matky aktuálně omezen vzhledem jejímu zdravotnímu stavu. Na přítomnost rodičů reaguje kladně, vztah s otcem i matkou dobré. S bratrem si rád hraje. Vztahy s členy širší rodiny bezproblémové, prarodiče si berou M. na víkendy, dokážou se postarat, chlapec je má rád.

Školní anamnéza

Jedná se o chlapce se speciálními vzdělávacími potřebami. Aktuálně vzděláván dle individuálního vzdělávacího plánu ve speciální MŠ za přítomnosti asistenta pedagoga. Adaptace na školní prostředí a kolektiv proběhla bez problému, nepřítomnost matky snáší dobře. Docházka do předškolního zařízení mu celkově prospívá. Kolektiv dětí má rád, do činností se se zájmem zapojuje. Reaguje na projevy jiných dětí, navazuje kamarádské vztahy. V kolektivu oblíbený, děti si jej volí jako herního partnera. Aktivně se zapojuje do skupinových her a činností. S pedagogem je schopen soustředěně pracovat a plnit úkoly dle pokynů. Délka pozornosti vysoká, vydrží 10–15 minut, zvládá své aktivity dokončit. V prostoru třídy a školy se dobře orientuje, pozná paní učitelky i kamarády. Dobře snáší i přítomnost externích pracovníků školy (terapeuti, stážisti). Odklad školní docházky, plánuje se zařazení do speciální ZŠ.

Kazuistika č. 2

Klient: dívka A.

Věk: 4 roky, 6 měsíců

Diagnóza: dětský autismus, dle adaptability nízko funkční autismus, středně těžká mentální retardace, projevy hyperaktivity, poruchy pozornosti, zraková vada (nutná brýlová korekce, blíže neurčeno)

Osobní anamnéza:

Dívka je z první gravidity. Těhotenství bylo rizikové, v 11. týdnu zjištěna mutace. Porod ve 32. Týdnu. Dívka byla kříšena, umístěna několik dní v inkubátoru. Klidný kojeneček, kojená nebyla.

Krátce oxygenoterapie, fototerapie. Rehabilitace Vojtovou metadou. Kolem 2. roku patrné nápadnosti v chování, nevyžadovala pozornost, nesdílela oční kontakt. Lhostejnost k okolí.

Nyní nápadnosti přetrvávají, převládají autostimulační činnosti. Počáteční předřečové aktivity a žargon se vytratily. Dívka je pohledná, somaticky odpovídá věku, působí starším dojmem. Hrubá motorika v normě, pohyby stabilní, chůze jistá, zvládá chůzi do schodů, ze schodů s oporou. Projevy hyperaktivity a stereotypních pohybů a aktivit (třepání rukama, sebeuspokojování). Jemná motorika dobrá, úchop dlaňový, preferuje pravou ruku. Otevře dveře na kliku. O kresbu nemá zájem, je na úrovni čáranic. Prosí pomocí rukou. V oblasti sebeobsluhy A. dá najevo svou potřebu jít na toaletu (neklidný pohyb u dveří, vysvlékání kalhot). Kalhoty svlékne, oblékne, ruce si sama neumyje. Samostatně jí lžičkou, pije z hrnku.

Receptivní složka řeči- částečně reaguje na své jméno, pasivní porozumění řeči na nízké úrovni, chápe jen několik jasných pokynů. Neadekvátní reakce na sdílený nesouhlas (vzteky, pláč). V emočně zbarvených situacích (radost) výská, hlasitě se směje. Občasné spontánní záchvaty smíchu. Lokalizuje jen zvuk, který ji zaujme. Hra se nevyvíjí, A. ji nevyhledává. Předměty a hračky strká do úst, kouše je. Má ráda zrakově, hmatově a zvukově stimulační předměty (lightbox, chřestítka). Vyhledává pohybové aktivity (běh, dráhy, trampolína). Kolektiv nevyhledává, nezapojuje se. Na změny reaguje přiměřeně, nevdává jí. Z důvodu zrakové vady nutná brýlová korekce- trvale ji odmítá, reaguje vztekem.

Péče o dívku je stanovena jako mimořádně náročná, vyžadující trvalý dohled a dopomoc.

Rodinná anamnéza:

Dívka je z úplné rodiny. Matka vysokoškolsky vzdělaná (právnička), zdravá. Otec také VŠ, optometrista, diagnostikována balancovaná translokace chromozomů. Dívka nemá sourozence. Vztahy s prarodiči jsou dobré, pomáhají při výchově, dokážou se o A. starat. Rodina bezproblémová. Dívka na přítomnost rodičů reaguje radostně, úsměvem, poskoky.

Školní anamnéza:

Jde o dívku se speciálními vzdělávacími potřebami. V současné době probíhá vzdělávání ve speciální mateřské škole. Pro dívku je sestaven individuální vzdělávací plán. Adaptace na školní prostředí proběhla bez problému, dívka na příchod do školy reaguje pozitivně, sama odchází do třídy, v MŠ se orientuje. Na kamarády nereaguje, zareaguje pouze na důrazný pokyn učitelky. Sociální vztahy nenavazuje, neudrží oční kontakt, nevyhledává doteky a mazlení, sociální chování je pasivní. Hračky ani společné činnosti nevyhledává, reaguje jen na podněty, které ji silně zaujmou. Silným motivačním faktorem pro plnění úkolů jsou sladkosti. Pozornost je narušená, u činnosti je neklidná, nevydrží, nesoustředí se.

Kazuistika č. 3

Klient: chlapec O.

Věk: 6 let, 4 měsíce

Diagnóza: Apertův syndrom

Osobní anamnéza:

Chlapec z první neplánované gravidity. Těhotenství bez komplikací, matka opakovaně vyšetřována na genetice (z důvodu věku partnera nad 50 let)- bez abnormalit či patologického nálezu. Porod předčasný, spontánní záhlavím. Lehce nezralý novorozenec, poporodní adaptace bez komplikací. Patrný zjevné vrozené vývojové vady. Polymalformační syndrom - rozštěp měkkého patra, na všech končetinách kompletní syndaktylie. Lebka atypického tvaru, craniofaciální dysmorfie. Chlapec umístěn v inkubátoru. Z důvodu rozštěpové vady nekojen, krmen stříkačkou, později dokrmován Habermannovou lahvičkou.

V prvním roce života remodelace lebky a korekce rozštěpové vady. Ve třech letech operace řešící syndaktylie horních končetin. Brýlová korekce z důvodu astigmatismu.

Úroveň jednotlivých složek vývoje je nerovnoměrná. Psychomotorický vývoj ovlivněn diagnózou a zejména opakovanými hospitalizacemi. Jemná motorika omezena vzhledem k syndaktyliím, chlapec je ale velmi snaživý, dokáže uchopit i malé korálky. Úchop špetkový. Lateralita nevyhraněná, při činnosti střídá pravou i levou ruku. Celkově je lokomoce a koordinace těla strnulejší a topornější, chůze do i ze schodů zvládá, vyhne

se překážce v prostoru. Sebeobslužné činnosti zvládá, jí a pije sám. Dochází na WC, myje si ruce, čistí zuby. Samostatně se vysvléká, obléká, obouvá. Receptivní složka řeči je významně vyšší než složka expresivní. Pasivní porozumění řeči je na velmi dobré úrovni. Expresivní složka – projevuje nesouhlas (ano/ ne), rozloučí se a přivítá pozdravem (ahoj/ dobrý den/ nashledanou), vyjádří své přání (já chci). Vyjadřování formou kratších vět. Dříve zařazován znak do řeči, nyní upouštěno a spíše podpora verbálního projevu. Lokalizuje zvuk. Poznává části těla, napočítá do 10.

O. je usměvavý, přátelský chlapec. Velmi komunikativní. Cíleně naváže a udrží oční kontakt s dětmi i dospělými. Zájem o okolí je aktivní, adaptace na nová prostředí nyní bez problémů. Vyhledává kolektiv, hra je individuální, párová i skupinová. Oblíbenými hračkami jsou dopravní prostředky, zvířátka, skleněné kuličky a stavebnice. Velmi oblíbené jsou hudební činnosti.

Rodinná anamnéza:

Matka i otec zdraví, velký věkový rozdíl rodičů (31 let). Matka středoškolské vzdělání s maturitou, otec vysokoškolské vzdělání, pracuje jako právník. Chlapec nemá vlastní sourozence, ze strany otce má 2 zdravé bratry, nestýkají se. V rodině nebyly zaznamenány závažná onemocnění, jeden z prarodičů diabetes mellitus.

Chlapec se narodil do úplné rodiny, nyní jsou rodiče rozvedeni. Chlapec v péči matky, u otce jednou za 14 dnů. Vztah rodičů je problematický, dítě má s oběma rodiči hezký vztah. S rodiči otce se nestýká, prarodiče ze strany matky mají O. rádi, dokážou se o něj postarat. V současné době má matka přítele, který s chlapcem vychází výborně. Matka plánuje další těhotenství.

Školní anamnéza:

Jedná se o chlapce se speciálními vzdělávacími potřebami. Aktuálně probíhá předškolní vzdělávání formou individuálního vzdělávacího plánu ve speciální mateřské škole. Adaptace na školní prostředí byla pomalejší, ale proběhla v pořádku. Nyní nepřítomnost matky snáší bez problému. V kolektivu oblíbený, ke hře vyhledává vrstevníky, dokáže si hrát i sám. Reaguje na projevy druhých dětí, straní se hlučnější dětem. Navazuje kamarádské vztahy. Projev před kolektivem je stydlivější. Ochotně spolupracuje s paní učitelkou, rád pomáhá. U úkolu se při dobré motivaci dokáže déle soustředit (asi 10 min), pokud jej úkol

nezaujme, pozornost krátkodobá. Poznává paní učitelky, děti ve školce i rodiče dětí. Dobře snáší i externí pracovníky školy.

Školní docházka je odložena. Matka by chlapce ráda integrovala do běžné základní školy za podpory asistenta pedagoga.

4.6 Analýza šetření

MUZIKOTERAPEUTICKÉ SETKÁNÍ č. 1

Klient: chlapec M.

Terapeutická sezení s chlapcem probíhají 1x týdně **individuální formou**.

Muzikoterapeutka Lenka si pro chlapce přišla do třídy, kde si hrál s ostatními dětmi ve třídě u stolečku. Lenka se k chlapci nenásilně přidala a namotivovala jej k dnešnímu setkání. M. má Lenku rád, muzikoterapeutická sezení si užívá a vždy se těší. Bez problému se tedy od Lenky nechal vzít ze sedačky a společně opustili třídu. Při přesunu do terapeutické místnosti, kterou si Lenka dopředu připravila tak, aby vyhovovala právě M., byl klient s Lenkou v neustálém slovním kontaktu. Cestu po schodech Lenka doplnila **rituálním zpěvem:** „*Jedna, druhá, jedna, druhá, jdeme spolu do schodů. Jedna druhá, jedna druhá, jdeme nahoru. M. jde dál, M. jde dál...*“

Při příchodu do místnosti chlapec působil spokojeně a vyrovnaně. Několik měsíců zpět muzikoterapeutka záměrně upravila **úvodní rituál** – původní zvonění zvonečku vyřadila. Domnívala se, že by vysoká frekvence zvuku zvonečku opakovaně spustila epileptické záchvaty, kterými klient často trpěl. S ohledem na počátek setkání terapeutka zvoneček vypustila, aby setkání pro M. začínalo bezpečně.

Na přítomnost mé osoby v místnosti M. reagoval úsměvem a zamáváním. Dál se mnou nenechal rozptylovat. Lenka ho usadila do sedacího vaku, hlavu podložila polštářkem a několikrát se ujistila, zda se mu sedí dobře a pohodlně. M. odpověděl pokýváním hlavou a úsměvem. Lenka začala hrát na kytaru a zpívat úvodní píseň terapeutického setkání – tzv. **Hello song:** „*Kohopak tu dneska máme, kohopak my přivítáme? Kohopak tu dneska máme, komupak my zazpíváme?*“ Na to klient zareagoval pohledem na mě a ukázal na mě rukou. Lenka se ho zeptala, zda mi chce sám zahrát na kytaru. Reagoval pokývnutím

hlavy a gestem ruky směrem k Lence a ke svým ústům, což znamenalo, že Lenka bude zpívat a M. hrát. Terapeutka tedy přizpůsobila pozici kytary tak, aby to chlapci vyhovovalo. Opřela kytaru čelem k němu a společně začali hrát. Lenka držela akordy a zpívala, on brnkal na kytaru. Přestože je chlapcova možnost pohybu omezená, hru na kytaru si viditelně užíval a moc ho bavila. Tempo a rytmus zpěvu Lenka přizpůsobila tempu jeho hraní. Společně mě tedy přivítali na jejich setkání, což M. ke hře velmi motivovalo. „*Mišu tu dneska máme, Miše my zazpíváme!*“ Na Lenčinu otázku: „*Kohopak tu máme dál?*“ chlapec odpověděl gestem ruky směrem k ní. Lenka tedy text písničky obměnila o své jméno. Nyní už hrála na kytaru sama. Klient se rozhlédl po místnosti a spatřil svou oblíbenou hračku, plyšového pejska, na kterého ukázal. Lenka mu ho podala a přivítala písni i pejska. M. si pejska pevně držel v náručí, hladil jej a přimhouřil oči. Lenka ho tedy vyzvala k relaxaci a odpočinku písni. „*Tak tu sedíme, sedíme a odpočíváme. Zpíváme písničku pro M., lalala...*“ Tím je ukončena úvodní **relaxační část setkání**.

Dál Lenka chlapce připravila na to, že si společně **protáhnou celé tělo**. Po celou dobu chtěl mít M. u sebe hračku pejska. Přesto hezky spolupracoval a správně ukázal všechny části těla, což Lenka doplňovala písni, jejíž melodie korespondovala s jednotlivými částmi těla (hlava a části obličeje byly zpívány ve vyšší poloze, chodidla pak v tónech hlubších. „*Moje hlava, hlava (pohlazení), moje ruce, ruce (zatleskání), moje nohy, nohy (zadupání), moje kolena, palce. Moje oči, uši, pusa, můj nos, nos, nos (dotek jednotlivých částí obličeje). A tohle všechno jsem já!*“ Slovo „*já*“ na konci písni krásně bez vyzvání doplnil a zazpíval chlapec, za což byl velmi pochválen a měl viditelnou radost. Jelikož M. při pohybu preferuje pravou ruku (pohyb levou rukou mu v důsledku diagnózy působí větší potíže), vyzvala ho následně Lenka pro zopakování říkanky a ukazováním částí těla pouze levou rukou. Chlapci to činilo potíže, ale snažil se, pokud mu pohyb skutečně nešel provést, sám si pomohl pravou rukou. Vše bylo opět zakončeno výkřikem „*já*“.

Před další **pohybovou aktivizací** se Lenka ujistila, zda se chlapci dobře sedí. Odpověděl pokývnutím. M. souhlasil s návrhem hry s balónky a vybral si balónek ve své oblíbené modré barvě. Nejdříve sám naznačoval nafouknutí balónku, poté jej předal Lence. Lenka pustila zábavnou rytmickou hudbu, která přímo vybízela k pohybu. M. přesně věděl, co se bude dít, usmíval se, a než hudba začala hrát, dupal nohama a naznačoval pinkání do balónku. Lenka ho pak nemusela vůbec pobízet a po otázce: „*Připraven?*“ mu hodila nafouknutý balónek, který kopal nebo pinkal nazpět. Při upřednostňování pravé nohy Lenka klienta pobídla, ať vyzkouší kopat i levou. Přes omezenost pohybu se chlapec snažil.

Tato pohybově hudební část jej velmi bavila a po ukončení se jí vyžadoval znovu. Několikrát tedy ještě kopl do balónku a následovala **relaxační část**.

M. si z nabízených činností vybral šátek s kovovými penízky, zvolil opět modrou barvu. S šátkem si sám i ve spolupráci s terapeutkou hrál, cinkal, natahoval je, krčil, se zájmem si je prohlížel. Poté si vyžádal i druhý šátek. Pod šátky se schovával a zřetelně vyslovoval „*baf*“. To, že mohl Lenku „vylekat“ ho bavilo a smál se. Při pohybu využíval obě ruce. Při ukončení činnosti pomohl Lence šátky uklidit.

Jako další si klient mohl vybrat ze dvou typů bubínků, vybral si Ocean Drum, bubínek potažený látkou s rybí tematikou, naplněný kovovými kuličkami, které při pohybu vydávají zvuk šumění moře. Společně si bubínek prohlédli a pohybovali s ním. Poté pohyby bubínkem ovládal chlapec sám, Lenka jej přidržovala. M. se plně soustředil a naslouchal zvukům. Několikrát na bubínek zaťukal prsty, poté jej chtěl přiložit na kolena, čehož terapeutka využila a masírovala mu kolena pomocí vibrační kuliček uvnitř bubínku. M. vibrace plně vnímal, soustředil se. Poté bubínek nohou posunul pryč a vyžádal si zapojit do činnosti i pejska. Po odložení bubínku dostal M. na výběr z dalších nástrojů. Zvolil si barevně malované rumba koule. Lenka dala v rámci procvičení obou končetin chlapci k dispozici rumba koule do každé ruky. Sama si pak rumba koule také vzala. Společně hráli, ťukali nástroji o sebe. Nejprve kopírovala chlapcovi pohyby hudebními nástroji terapeutka, poté byla vzorem ona. Pohyby probíhaly zrcadlově. Nápodobu pohybu a hry M. zvládl bez problému a výborně se dokázal přizpůsobit i změně rytmu. Na vyzvání Lenky pak rumba koule odložil a vybral si barevný havajský věnec. Se zájmem si ho prohlížel, a naznačoval, že chce kytičkám na věnci přivonět. Poté se na věnec snažil hrát. Lenka mu vysvětlila, že věnec nehraje. Společně si prohlédli barvy a poslouchaly, jak věnec šustí. Chlapec se zájmem naslouchal. Následně Lenka klientovi na kytaru zahrála a zaspívala písničku o semínku.

Po dozpívání M. odložil havajský věnec a spolu s Lenkou si řekli, co všechno spolu dnes dělali a zažili. Terapeutické sezení bylo zakončeno závěrečnou písní, tzv. **Good bye songem**, doprováznou na kytaru. „*Ahoj, M., měj se dobře M.! Ahoj, M., měj krásný den! Ahoj, M., příště se zas uvidíme, ahoj, M., měj krásný den! Jak sen...*“ Po společném rozloučení se chlapec přesunul zpět do třídy a znovu se zařadil do hry s kamarády.

Cíle setkání:

Oblast biologická

- rozvoj jemné motoriky
 - úchop a pohyblivost prstů rozvíjeno prostřednictvím hry na kytaru, Ocean Drum, rumba koule, práce s šátkem a havajským věncem
- rozvoj hrubé motoriky
 - ukazování (doteky) částí těla
 - rozvoj pohybových schopností a rozsahu pohybu (kopání, pinkání)
 - rozvoj vizuomotoriky (aktivita s balónkem)
 - úklid pomůcek a hudebních nástrojů
- sebeuvědomění si vlastního těla a vlastních pohybových možností
 - protažení celého těla
 - poznávání částí těla
 - koordinace pohybů
 - stimulace a masáž jednotlivých částí těla (vnímání vibrací Ocean Drumu)
- respektování individuálních pohybových možností
 - přizpůsobení polohy v sedacím vaku
 - přizpůsobení hry na kytaru, Ocean Drum
 - podpora pohybů s šátkem, rumba koulemi, věncem
- rozvoj hudebních dovedností
 - vnímání hudby a jejích výrazových prostředků (rytmus, melodie, harmonie, dynamika, tempo)
 - rozvoj sluchové percepce
 - přiměřené reakce na sluchové podněty
 - vnímání a fixace hudebních a sluchových podnětů

Oblast psychologická

- rozvoj kognitivních funkcí
 - rozvoj paměti a pozornosti (zpěv písní, rituály)
 - porozumění a reakce na pokyn (vyjádření libosti, nelibosti)
 - porozumění řeči (pokyny terapeutky, texty písní)
 - rozvoj expresivní složky řeči („já, ba“)
- rozvoj fantazie, představivosti, přirozených poznávacích citů
 - průběh celého setkání (zpěv písní, vnímání rituálů, hra na nástroje, improvizace)
 - zvědavost (práce s havajským věncem)
- vnímání vlastního já
 - sebevyjádření („tohle všechno jsem já!“)
 - schovávání pod šátky
- posilování emocí
 - vyjádření libosti/ nelibosti (reakce tělem ano/ ne, chci/ nechci)

- reakce úsměvem
- citové prožívání (mazlení s pejskem)

Oblast sociální

- rozvoj verbální komunikace
 - porozumění řeči (pokyny terapeutky, texty písní)
 - rozvoj expresivní složky řeči („já, bař“)
- rozvoj neverbální komunikace
 - využití gest (gesta ruky)
 - používání mimiky
- rozvoj sociálních vztahů
 - schopnost vztahy vnímat a utvářet (vztah terapeut – klient)
 - respektování hranic těchto vztahů
 - vzájemná tolerance
 - vzájemná důvěra (vztah beze strachu, nervozity při setkání)
 - schopnost spolupráce (společná hra na kytaru, zrcadlení pohybu, aktivita s balónky)

MUZIKOTERAPEUTICKÉ SETKÁNÍ č. 2

Klient: dívka A.

Muzikoterapeutické sezení s dívkou probíhá 1x týdně **individuální formou**.

Muzikoterapeutka Lenka si pro dívku přišla do třídy. Ta seděla u stolečku a hrála si s hmatově stimulační pomůckou. Lenka se k její hře nenásilně přidala, A. ji respektovala. Pak ji terapeutka vyzvala, ať vstane, zasune židli a nastavila klientce ruku. Ta se jí chytla a společně vyrazily ze třídy do terapeutické místnosti.

Dívka ihned pochopila, kam má jít a schody doslova vyběhla. Jako jediná z dětí chodí do schodů sama, bez toho, aby ji Lenka držela za ruku. Cesta nahoru probíhá za doprovodu rituální písně, kterou klientka velmi intenzivně vnímá a radostně prožívá. Dívčin doslova „běh“ do schodů je plný nadšení, vstup do terapeutické místnosti je náhlý, rychlý, bez zastavení. Terapeutka se ihned přizpůsobuje aktuálnímu psychickému a fyzickému stavu dívky, při vstupu **rituálně zazvoní** na zvoneček a sleduje, kam se v místnosti dívka vydá. Tentokrát zamířila ke kytarě. Lenka začala na kytaru hrát kontaktní píseň, kterou klientku na dnešním setkání přivítala. Dívka se přitom v místnosti pohybuje svou stabilní trasou, kterou pravidelně každé setkání většinou opakuje. Terapeutka kontaktní píseň „*Kohopak*“

tu dneska máme“ časově přizpůsobuje dle potřeby a reakcí A. Při „zkoumání“ své trasy se dívka zastavila u metalofonu. Terapeutka se hned přizpůsobila a přidala se k ní. Nechala ji prozkoumat paličky, zasáhla až v případě, kdy je dívka začala strkat do úst. Lenka zintenzivnila zvuk nástroje a tím podpořila klientčin zájem. Výrazně dívka zareagovala na glissando (způsob hry založený na klouzání po metalofonových kamenech nahoru a dolů).

Po chvíli A. od metalofonu odběhla, její pohyb po místnosti byl rychlý a výrazný. Dívčina potřeba pohybu je skutečně silná. Lenka ji v tom přirozeně podporuje a stimuluje výrazným zvukem. **Aktivizace pohybem** proběhla za doprovodu klavírní improvizace Jiřího Pazoura. A. si pohyb užívala, její radost zintenzivnil bublifuk, který Lenka zvolila. Její zájem o bubliny byl obrovský, očividně se cítila uvolněně a klidně. Bubliny fixovala pohledem a plně se na jejich pohyb soustředila. Najednou se vydala směrem k Lence a rukama poprosila. Očima byla stále v kontaktu s bublinami, tím dala přirozeně najevo, že chce pokračovat a vyzkoušet si foukání sama. Lenka ji tedy slovně vybídla „*budeme foukat společně*“ a postavila se za ni. Bublifuk jí nastavila před ústa a snažily se společně foukat a vytvářet bubliny. Bylo nutné usměrnit snahu dívky strčit celý bublifuk do úst. Práce s bublifukem byla pro A. velmi pozitivní zkušeností, vyzářovala z ní spokojenost, vnitřní klid a pohoda, empatické sdílení dechu pro ni byl silný zážitek. Po chvíli dívka odběhla a znovu se po místnosti začala pohybovat sama.

Zamířila ke kufru s hudebními nástroji a pohledem zavadila o barevné šátky s kovovými penízky. Prošla celou místnost a posadila se do sedacího vaku. Terapeutka toho ihned využila a šátky přichystala pro další činnost. Následovala **relaxační část**. A. ležela ve vaku a usmívala se. Vypadala velmi spokojeně a uvolněně. Terapeutka jí ukázala barevné šátky. Dívka se jich lehce dotýkala a vnímala jejich zvuky. Nejprve se jich dotýkala pouze rukama, pak přidala i dolní končetiny. Očima tyto podněty plně fixovala, Lenka její vizuomotoriku podporovala pohybem šátků. Dívka vypadala klidně, relaxovala a zklidnilo se i tempo jejího dechu. Lenka klientku šátky stimulovala dotykem, přejížděla po různých částech těla. Dívka pohyby šátku na končetinách intenzivně vnímala a kopírovala pohyby dotekem druhé ruky. Lenka do relaxační části vložila improvizovaný zpěv.

Klientka začala velmi intenzivně měnit polohu těla. Když se opět viditelně zklidnila, vyzula si prezůvky a sundala i ponožky. Lenka vzala masážní chobotničku a začala dívce stimulovat nejprve končetiny, chodidla a poté celé tělo. Vše doprovázela zpěvem „*to jsou*

ruce, to jsou nohy...“ Text písňe měnila v závislosti na masírované části těla. A. si masáž užívala, výrazněji se pousmála, když jí dotek masážní chobotničky pošimral.

Klientka se rozhlédla po místnosti a sáhla po flétnách, které byly přichystané na vedlejší polici. Lenka ji nechala, aby si flétny prohlédla a prozkoumala. Pak si od dívky jednu vzala a začala hrát. A. hru na nástroj také naznačovala, hrot flétny strkala do úst. Lenka pracovala s jejím dechem, podněcovala ji k pravidelnému dýchání a foukání do flétny. Po chvíli dívka nástroj odložila a začala si jemně broukat dva tóny. Lenka její „zpěv“ zkopírovala. A. začala broukat znovu a technika zrcadlení zpěvu se několikrát zopakovala. Z konzultace s terapeutkou vím, že je to u A. velký posun kupředu. Technika imitace zpěvu se jim společně podařila na několika posledních setkáních.

Po chvíli dívka viditelně znervózněla, začala se ve vaku pohybovat. Lenka dívčino aktuální naladění a potřeby respektuje, proto dívce obula přezůvky a sáhla po kytarě. **Rituál obutí** terapeutka doprovází emočně intenzivní písni „*Hurá hurá A., jdeme zpátky do třídy! Hurá hurá A., to jsme si to užily, trvalá...*“ V této závěrečné části je u dívky důležité emoční zvýraznění slov „*hurá, hurá zpátky do třídy*“, z důvodu minimalizace tenze a vzteku z odchodu a ukončení setkání.

Klientka po uvolnění atmosféry **Good bye songem** v klidu odchází zpět do třídy. Při cestě dolů ze schodů se na rozdíl od cesty nahoru Lenky pevně drží za ruku. Cesta je doprovázena písni „*Jdeme spolu ze schodů.*“ Jakmile dívka spatřila dveře třídy, zrychlila, otevřela a ihned vběhla do třídy. Tou se několikrát s úsměvem prošla a vypadala velice spokojeně.

Cíle setkání:

Oblast biologická

- podpora pohybové aktivity a potřeby pohybu
 - volný a svobodný pohyb po místnosti (struktura, hranice)
 - respektování pohybových zvláštností
 - respektování prostoru vymezeného k pohybu
 - korekce hyperaktivity
- rozvoj jemné motoriky
 - jemné motorika, úchop a pohyby prsty rozvíjeny prostřednictvím hry na kytaru, hry na šátek s kovovými penízky, práce s paličkami metalofonu, uchopování bublifuku
- rozvoj hrubé motoriky
 - koordinace těla při běhu

- chůze do/ ze schodů
- rozvoj vizuomotoriky- fixace podnětu pohledem, snaha dotknout se podnětu (bubliny)
- sebeuvědomění si vlastního těla
 - aktivizace a protažení celého těla
 - schopnost relaxovat, uvolnit se
 - masáž jednotlivých částí těla (šátky, masážní robotnička)
 - vnímání stimulačního podnětu
- práce s dechem
 - sdílení dechu (bublifuk)
 - práce s dechem i výdechem (flétna)
- rozvoj vnímání
 - vnímání a fixace podnětů, reakce na ně
 - vnímání a osobní prožitek zvukové stimulace
 - rozvoj všech smyslů – multisenzorika (nezahlcovat smyslovými podněty)
- rozvoj hudebních dovedností
 - vnímání hudby
 - vnímání hudebních výrazových prostředků (rytmus, melodie, harmonie, dynamika, tempo)
 - rozvoj sluchové percepce
 - přiměřené reakce na sluchové podněty
 - vnímání a fixace hudebních a sluchových podnětů

Oblast psychologická

- rozvoj kognitivních funkcí
 - rozvoj pozornosti, soustředění
 - vyjádření libosti/ nelibosti
 - podpora neverbálního projevu (zrcadlení zpěvu)
- rozvoj přirozených poznávacích citů
 - průběh celého setkání (zpěv písní, vnímání rituálů, hra na nástroje, improvizace)
 - zvědavost (práce s paličkami metalofonu)
- posilování emocí, emočního vyjádření
 - vyjádření libosti/ nelibosti (reakce tělem)
 - reakce úsměvem, prožívání nadšení, radost z podnětu
 - emoční adaptace (tenze při změně nebo ukončení činnosti)
- odstranění negativních stereotypů
 - autistický propad a jeho korekce
 - zmírnění negativních stereotypních pohybů (sebeuspokojování)

Oblast sociální

- rozvoj verbální komunikace
 - práce s dechem – provokování verbální komunikace
- rozvoj neverbální komunikace
 - používání gest (gesta ruky)
 - navození úsměvu při libosti
 - reakce na úsměv druhé osoby
 - neverbální navázání vztahu (dotekem)
- rozvoj sociálních vztahů
 - schopnost vztahy vnímat a utvářet (vztah terapeut – klient)
 - respektování vztahů
 - vzájemná tolerance
 - vzájemná důvěra (vztah beze strachu, nervozity při setkání)
- pochopení a respektování pravidel
 - respektování pomyslných hranic
 - respektovat změnu činnosti bez emočního napětí
 - respektovat ukončení setkání

MUZIKOTERAPEUTICKÉ SETKÁNÍ č. 3

Klient: chlapec O.

Muzikoterapeutické setkání s chlapcem O. probíhá jednou týdně, nejčastěji **skupinovou formou** s dalšími dětmi. Pozorování bylo zaměřeno pouze na klienta O.

Chlapec zareagoval na vstup muzikoterapeutky do třídy s nadšením. Již ráno mu bylo slíbeno, že dnes se muzikoterapie zúčastní a tak se moc těšil. Ihned si na vyzvání uklidil hračky a s dalším dítětem, s nímž muzikoterapie dnes proběhla, se s Lenkou vydali do terapeutické místnosti.

Rituální chůze do schodů je nyní nově doprovázena písní a počítáním: „*A raz, a dva, a tři, a čtyři, ...a klobouk a hůl, a chleba a sůl, a Arizona. Dopředu, dozadu, do strany, zpět!*“ (obměna původní písně „*Jdeme spolu do schodů*“). O. jde s nadšením do schodů, drží Lenku za ruku, chůze po schodech mu nedělá problém, ale přesto se přidržuje i zábradlí. Automaticky zamíří do dveří terapeutické místnosti. Po vstupu se všichni usadí do kruhu a v doprovodu zvonečku se zpívá tzv. **Hello song**: „*Dobrý den, dobrý den O.! Dobrý den, dobrý den Tobě, Tobě!*“ Chlapec poté zazvonil zvonečkem a předal jej kamarádovi, kterému se Hello song také společně zpíval. Nakonec děti zpěvem vítají i terapeutku. O. si do rytmu

pohyboval rukama, šlo vidět, že se mu společný zpěv líbil. Jeho verbální projev je vzhledem k diagnóze omezený, velmi se ale snaží a slabiky, v kterých si je jistý, zřetelně vyslovuje.

Poté se ke zpěvu přidá kytara. O. má kytaru velmi rád a hraní ho baví. To mu terapeutka umožní, drží akordy a chlapec se zájmem rytmicky brnká. Hra je doprovázena zpěvem **kontaktní písně** „*Koho pak tu dneska máme...*“ Klient se na hru soustředí a vypadá spojeně. Jemná motorika je vzhledem k syndaktyliím omezená, chlapec je ale naživý a pohyby mu nedělají problém. Po celou dobu hraní na nástroj se usmívá a vyzývá Lenku, aby ho při hraní sledovala. Na přítomnost mé osoby v místnosti nereaguje. Po dozpívání písně chlapec stále hraje, a tak Lenka spolu s dětmi přidává **improvizovaný zpěv** na slabiky „*hej, já, jé, jů, hů...*“

Klient přirozeně respektuje nenásilný pokyn Lenky a kytaru po chvíli odloží. Následuje **část protažení těla**. Všichni stále stojí v kruhu a společně zpívají. Chlapec zřetelně vyslovuje a soustředí se na pohyb. Pohyby provádí pečlivě a spolupracuje s ostatními. **Pohybová aktivizace** jej baví. „*Moje hlava, hlava, moje ruce, ruce (tlesknutí s kamarádem).... Moje nohy, nohy (dotek chodidel s kamarádem).*“ Rozeznání částí těla mu nedělá problém, neudělal ani jednu chybu. Po dokončení činnosti s obrovským úsměvem zatleskal a dožadoval se opakování. Terapeutka zařadila další pohybovou aktivitu, z které měl očividnou radost. Po vyzvání Lenky, že si společně zahrají „Na závody koníků“ se automaticky usadil do pozice „na turka“, ve které činnost začíná. Na pokyny Lenky „jak dělají koníci“ chlapec se zájmem reagoval. Ruce jsou „proměněny“ v kopýtka, a všichni společně odstartují závod „3, 2, 1, start!“ O. se smál a pleskání dlaněmi o stehna imitoval běh a klus koníka. Problém mu nedělá změna tempa, plně se soustředí a naslouchá pokynům. Na pokyn „koník je v zatáčce“ se plynule naklonil na danou stranu vpravo i vlevo. Při pobídce „mužská tribuna“ všichni křičeli „jé“ hlubokým hlasem, „ženská tribuna“ ve vysoké poloze. O. se snažil udržet hlas v dané hlasové poloze, pozorně přítom sledoval kamaráda a napodoboval jej.

Relaxační a **uvolňovací část** probíhá pomocí „masáže koníků.“ Klient si pečlivě na pokyn terapeutky masíruje nohy, poté i ostatní části těla. Jejich rozpoznání mu nedělalo problém. Další **aktivizační hrou** byla „Autíčka“. Děti se za doprovodu rytmické hudby pohybovaly v prostoru a respektovaly barvy na semaforu. O. byl pozorný a na červenou i zelenou bez problému reagoval. Respektoval i pohyb kamaráda po místnosti. Inspirace pro tuto činnost vychází z pohybové terapie a je doprovázena slovy: „*Jede, jede autíčko,*

troubí na nás maličko. Jede rychle, pomaličku, pak zastaví na chvíli a zase se rozjede, to autíčko dovede!“ Při činnosti šlo o plynulost a návaznost pohybu, respektování pokynu k zastavení. Chlapec se po místnosti pohyboval pomaleji, opatrněji, ale reakce na pohyb a zastavení byly bezproblémové.

Relaxační část byla inspirována jógou. O. zprvu nevěděl, co pozice „lvíčka“ obnáší a nebyl si jistý. Pohledem proto „zkontroloval“ kamaráda a podle něj se usadil do dané pozice. Posazení na paty zvládá bez problému. Obejmutí ramen mu činí menší problémy, při překřížení rukou dosáhne na lokty. Nyní šlo na chlapci vidět, že si na „lvíčka“ vzpomněl a začal se usmívat. Následoval velký „náááádech“, kdy se O. opravdu z plných plic nadechl a vydechl „wuááááá“ jako lev! Chlapec zřetelně „á“ vyslovil a stabilně přitom reguloval svůj dech. Zklidnění bylo viditelné, klient se na relaxaci soustředí. Odpočinek je poté doplněn poslechem skladby Čtvero ročních dob (Vivaldi). O. se položil na koberec, ale vypadal nejistě. Stále se rozhlížel po místnosti. Po chvíli se posadil a vyzval Lenku gestem ruky ke společné relaxaci. Terapeutka si vedle chlapce lehla. V té chvíli klient zavřel oči a klidně odpočíval. Rukou se přitom dotýkal koberce a vnímal jeho povrch.

Vybuzení z relaxu proběhlo **aktivizační písní** s pohybem „*Ram – se – se, ram – se – se, duli duli duli duli, ram – se – se. Ruce nahoru, ruce dolů! Ruce nahoru, dolů!*“ Slova nahoru, dolů byly kopírovány pohyby končetin společně s melodií písně. Chlapec zpočátku působil unaveně, poté se ale vcítil do pohybů a bylo patrné, že si skutečně protahuje celé tělo. Menší potíže mu činil úplný předklon, nedokázal se pořádně ohnout v zádech a měl tendence krčit kolena.

Po protažení se všichni posadili do kruhu a společně si zopakovali, co dnes zažili a co dělali. O. si na všechny činnosti vzpomněl, několik z nich dokonce dokázal sám pojmenovat, názvy zřetelně vyslovoval. Nejlépe se mu podařilo pojmenovat „autíčka“ a „lev“. Při vzpomínce na lva znovu napodobil jeho křik s výdechem „wuááá“.

Závěr sezení proběhl za doprovodu **Good bye songu**: „*Ahoj O., příště se zas uvidíme. Ahoj O., měj krásný den!*“ Celé setkání bylo **rituálně** zakončeno zvonečkem. Chlapec Lence zamával a vrátil se zpět do třídy. Podle toho, že při návratu do třídy ihned začal paní učitelce předvádět kytaru, soudím, že hra na tento nástroj pro něj byla dnes největším zážitkem.

Cíle setkání:

Oblast biologická

- rozvoj jemné motoriky
 - jemná motorika rozvíjena prostřednictvím hry na kytaru
 - masírování částí těla prsty
 - rozvoj vizuomotorika
- rozvoj hrubé motoriky
 - chůze do/ ze schodů
 - rytmické pohyby končetin i celého těla
 - pohyb po místnosti- chůze, běh
 - koordinace pohybů
- sebeuvědomění si vlastního těla a vlastních pohybových možností
 - poznávání tělesného schématu
 - poznávání jednotlivých částí těla
- celková pohybová aktivizace
 - protažení těla
 - pohyb po místnosti dle pokynů
 - napodobení daného pohybu
 - vychýlení z osy, změna tělesné postury (náklony těla a páteře do stran)
 - tandemový pohyb (autíčka)
 - schopnost návaznosti a plynulosti pohybů
 - rytmické a melodické pohyby
- relaxace
 - uvolnění celého těla
 - vnímání klidové polohy těla
 - schopnost relaxace
 - zklidnění dechu
- práce s dechem
 - uvědomělý nádech
 - hluboký výdech
 - vnímání vlastního dechu
- rozvoj hudebních dovedností
 - vnímání hudby
 - vnímání rytmu, melodie
 - rozvoj sluchové percepce
 - přiměřené reakce na sluchové podněty
 - vnímání a fixace hudebních a sluchových podnětů

Oblast psychologická

- rozvoj kognitivních funkcí
 - rozvoj paměti (zpěv písní, rituály)

- reakce na pokyn, pochopení pokynu (semafor)
- pochopení instrukce
- rozvoj pozornosti, záměrného soustředění
- vytváření pozitivního vztahu k činnostem
- rozvoj fantazie, představivosti, přirozených poznávacích citů
 - rozvoj estetického (hudebního) vnímání
- vnímání vlastního já
 - uvědomění si vlastní identity („Kohopak tu dneska máme?“)
 - získání sebedůvěry
 - schopnost přiměřeného sebehodnocení
 - sebevyjádření
 - sebedůvěra
- posilování emocí
 - schopnost získané dojmy a radost projevit

Oblast sociální

- rozvoj verbální komunikace
 - rozvoj produktivních jazykových schopností
 - podpora slovního vyjádření a expresivní složky řeči
 - improvizovaný zpěv
 - slovní vyjádření libosti/ nelibosti
- rozvoj neverbální komunikace
 - sociální úsměv, mimika, haptika
 - reakce na ostatní ve skupině
 - rozvoj receptivních jazykových dovedností
 - vyjádření libosti/ nelibosti
- rozvoj sociálních vztahů
 - schopnost vztahy vnímat a utvářet (vztah terapeut – klient, vztahy s ostatními ve skupině)
 - respektování těchto vztahů
 - chápat hranice vztahů
 - vzájemná důvěra, empatie
 - schopnost kooperace ve skupině
 - komunikace ve skupině
 - komunikace s terapeutkou
- spoluvytváření sociokulturního prostředí

4.7 Závěr šetření

Na základě obecné definice cílů z oblasti biologické, psychologické a sociální byly vydefinovány konkrétní cíle odpovídající jednotlivým hudebně – pohybovým terapeutickým sezením. Závěrem jsou **obecně zhodnoceny cíle všech sledovaných sezení** dle tří hlavních oblastí.

V **biologické rovině** byly děti rozvíjeny v oblasti jemné i hrubé motoriky, důraz je kladen na rozvoj vizuomotoriky a koordinaci oka a ruky. Poznávaly hranice svých pohybových možností, učily se tyto hranice překonávat a rozvíjet své pohybové schopnosti dál. Během všech sezení byli klienti pohybově aktivizováni, stimulováni masážními či vibračními podněty. Pohybová aktivita byla přirozeně podporována, rozvíjena byla schopnost koordinace vlastních pohybů. Děti se učily vnímat své vlastní tělo a poznávat jeho jednotlivé části. Po aktivizaci byly vedeny k relaxaci, učily se pracovat s dechem. V závěru bylo uvolněno a protaženo celé tělo. Klienti se učili hudebním dovednostem, vnímali hudební podněty, reagovali na ně, vnímali melodii, rytmus. Podporována byla hudební a zpěvní improvizace dětí.

V **oblasti psychologické** jde o rozvoj kognitivních funkcí. U dětí byla rozvíjena paměť, pozornost, soustředěnost, vnímání podnětu a reakce na něj. Důraz byl kladen na pochopení a porozumění dané situace. Byl vytvářen kladný vztah k činnostem, podporována byla přirozená zvědavost a touha po objevování. Klienti měli dostatek prostoru pro objevení a pochopení vlastní identity a vnímání vlastního já, měli prostor k vlastnímu sebevyjádření. Podporovány byly kladné emoční reakce a vyjádření radosti, zároveň bylo dbáno na ovládnutí nepřiměřených reakcí a možného napětí či nervozity. U dětí byla během celého setkání rozvíjena fantazie, představivost, estetické vnímání a vyjádření. Rozvíjena je také verbální i neverbální stránka řeči.

Sociální oblast u klientů rozvíjela komunikaci verbální a neverbální. Verbální komunikace byla podporována při práci s dechem a hlasovým vyjádřením s ohledem na individuální řečové zvláštnosti klienta. Při neverbální komunikaci byla užívána gesta, vyjádření mimikou. Klienti byli vedeni k vlastnímu verbálnímu i neverbálnímu vyjádření libosti/ nelibosti, souhlasu/ nesouhlasu. V průběhu sezení byly utvářeny vztahy, šlo o vztah mezi terapeutkou a dítětem i mezi dětmi samotnými (při skupinovém setkání). Šlo o pochopení hranic těchto vztahů, vzájemného respektu, důvěry a schopnosti empatie. Podporována byla schopnost kooperace a spolupráce. Děti byly nedirektivně vedeny

k pochopení a uvědomění si pomyslných hranic, k respektování změny činnosti i ukončení setkání.

Identifikované cíle mohou být nápomocné pro začínající pracovníky s dětmi s kombinovanými vadami. S ohledem na definované cíle mohou stanovovat vlastní cíle pro své klienty a pomocí vhodných technik je naplňovat. Všechny zvolené cíle i techniky musí být uplatňovány v závislosti na individualitě klienta, jeho aktuálním fyzickém stavu i psychickém naladění. Důraz by měl být kladen na vytvoření a postupný vývoj vzájemného vztahu.

Vlivy hudebně – pohybových terapeutických sezení na klienty jsou patrné. Hudba jako taková má na lidský organismus velký vliv. Reguluje krevní tlak, srdeční tep i dech, což bylo patrné i při pozorovaných setkáních. Hudba uvolňuje svalovou tenzi a spolu s pohybem podporuje rozvoj kognitivních a motorických složek. Děti se cítily uvolněně, spokojeně a byla z nich cítit „tělesná pohoda“. Po zbytek dne byly přirozeně aktivní a pohybově stabilní. Sezení s terapeutkou regulují emoce (radost, smutek) a prožívání. Hudba je společenskou a sociokulturní událostí, což prostřednictvím terapie děti plně vnímají. Hudební činnosti jsou pro ně díky těmto sezením ještě atraktivnější, pohyb přirozenější. Hudba je v muzikoterapii pomocným prostředkem na klientově cestě.

ZÁVĚR

V bakalářské práci s názvem Hudebně – pohybová terapie u dětí s kombinovanými vadami v předškolním věku bylo cílem popsání vlivů a účinků muzikoterapie s prvky pohybové terapie u dětí s více vadami.

V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy jako terapie, speciálněpedagogické terapie a expresivní terapie. Podrobněji jsou popsány jejich formy, metody, cíle. Pozornost je věnována především muzikoterapii a tanečně pohybové terapii, jakožto terapeutickým přístupům stěžejním pro tuto práci. V závěrečné kapitole teoretické části je pojednáváno o problematice osob s kombinovanými vadami, konkrétně pak o mentální retardaci, dětské mozkové obrně, poruše autistického spektra a Apertově syndromu.

Praktická část slouží k popsání vlivů a účinků terapie na tyto klienty. Prostřednictvím konzultací s terapeutem, případových studií a pozorování jednotlivých hudebně - pohybových sezení byly vydefinovány stěžejní cílové roviny terapie. Blíže pak byly určeny cíle jednotlivých setkání. Všeobecně šlo o rozvoj motorických dovedností, kognitivních funkcí, sociálních vztahů a komunikace.

Z práce jednoznačně vyplývá, že tato terapeutická sezení mají na klienty pozitivní účinky. Vlivy této terapie jsou patrné zejména v kladném emoční naladění a radostných prožitcích klientů. Ti jsou vyrovnanější, uvolněnější, je odstraněna přebytečná tenze. Děti si nenásilně budují sociální vztahy a jsou podporovány jak ve verbální, tak neverbální komunikaci. Jejich pohybový vzorec je přirozeně rozvíjen. Hudebně - pohybová sezení jsou pro ně také sociokulturním prožitkem.

Praktická část práce a její cíle mohou být pomůckou do praxe pro začínající pracovníky v oblasti speciální pedagogiky. Zmíněné techniky mohou sloužit jako inspirace pro práci s klienty. Vše musí být realizováno s ohledem na individuality klienta.

„Hudba nastupuje tam, kde už slovo nestačí.“

C. Debussy

SEZNAM CITOVANÝCH ZDROJŮ

BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-2473854-3.

BENÍČKOVÁ, Marie. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3520-7.

BIČ, Pavel, et al. *Tanečně pohybová terapie v institucionální výchově*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2713-3.

CAMPBELLOVÁ, Jean. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: Skupinové výtvarně - terapeutické činnosti pro děti i dospělé*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-428-1.

ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČÍŽKOVÁ, Klára. *Tanečně-pohybová terapie*. 3. vyd. Praha: Triton, s.r.o., 2005. ISBN 80-7254-547-7.

DOSEDLOVÁ, Jaroslava. *Terapie tance: Role tance v dějinách lidstva a současné psychoterapii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3711-9.

FIŠER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

FRANIOK, Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: Inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením*. 3. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-622-2.

GELDARDOVÁ, Kathryn a David GELDARD. *Dětská psychoterapie a poradenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-476-2.

GILLBERG, Christopher a Theo PEETERS. *Autismus: Zdravotní a výchovné aspekty*. 3. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7367-498-4.

- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HOLZER, Lubomír a Svatava DRLÍČKOVÁ. *Celostní muzikoterapie v institucionální výchově*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. ISBN 978-80-244-3323-3.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Grada Publishing, a.s.: Praha, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: Somatická a psychologická hlediska*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
- JANČÍKOVÁ, Martina. *Apertův syndrom*. Brno, 2011. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Dagmar Opatřilová.
- KANTOR, Jiří, et al. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 97880-247-2846-9.
- KARÁSKOVÁ, Vlasta. *Pohybem k výchově klienta s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0525-3.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- Kolektiv autorů. *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1479-1.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Psychopedie: Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0991-7.
- KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- KRUŽÍKOVÁ, Lenka. *Kontaktní písně v muzikoterapii*. Olomouc, 2013. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.
- KUDLÁČEK, Miroslav. *Svět dětské mozkové obrny: Nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0178-6.

KUNHARTOVÁ, Monika, Ivana HORVÁTHOVÁ a Miloň POTMĚŠIL. *Podpora komunikačních schopností dětí s kombinovaným postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2976-2.

LANGER, Stanislav. *Mentální retardace: Etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. vyd. Hradec Králové: Kotva, 1996. ISBN 80-900254-8-X.

LEČBYCH, Martin. *Metodická doporučení pro využití postupů expresivních terapií*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3484-1.

LINKA, Arne. *Kapitoly z muzikoterapie*. 1. vyd. Rosice u Brna: Gloria, 1997. ISBN 80-901834-4-1.

LUDÍKOVÁ, Libuše, et al. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

MÜLLER, Oldřich. *Speciálněpedagogické terapie pro výchovné pracovníky: Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1205-5.

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

OPATRÍLOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4575-0.

PASTIERIKOVÁ, Lucia. *Poruchy autistického spektra*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. ISBN 978-80-244-3732-3.

PIPEKOVÁ, Jarmila a Marie VÍTKOVÁ. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

POKŘIVČÁK, Tomáš. *Syndromy a symptomy*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-136-9.

POTMĚŠILOVÁ, Petra a Petra SOBKOVÁ. *Arteterapie a artefiletika nejen pro speciální pedagogii*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3120-8.

- PROCHASKA, James O. a John C. NOCROSS. *Psychoterapeutické systémy: Průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-766-4.
- RŮŽIČKOVÁ, Veronika. *Integrace zrakově a kombinovaně postižených žáků*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1738-7.
- ŘÍHOVÁ, Alena. *Poruchy autistického spektra*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2677-8.
- SASÍN, Josef. *Speciální pedagogika dětí s epilepsií*. 1. vyd. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého, 1975.
- SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. ISBN 978-80-7368-622-2.
- ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-557-1.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-807376-889-0.
- THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2006. ISBN 80-7367-091-7.
- VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3829-1.
- VANČOVÁ, Alica. *Edukácia viacnasobne postihnutých*. 1. vyd. Bratislava: Sapiencia, 2001. ISBN 80-967108-7-X.
- VAŠEK, Štefan, et al. *Pedagogika viacnasobne postihnutých*. 1. vyd. Bratislava: Sapiencia, 1999. ISBN 80-967180-4-5.
- VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.
- VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní školní (speciální) pedagogika: Základy, teorie, praxe*. 2. vyd. Brno: MSD, spol. s.r.o., 2004. ISBN 80-86633-22-5.

VRKOČOVÁ, Ludmila. *Slovníček základních hudebních pojmů*. 1. vyd. Praha: Vydáno vlastním nákladem, 1994. ISBN 80-901611-1-1.

ZEDKOVÁ, Iveta. *Tanečně pohybová terapie: Teorie a praxe*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. ISBN 978-80-244-3185-7.

ZEMÁNKOVÁ, Marie a Jana VYSKOTOVÁ. *Cvičení pro hyperaktivní děti: Speciální pohybová výchova*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3278-7.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Apert neboli Apertův syndrom [online]. [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.apert.estranky.cz/>

Muzikoterapeutická asociace ČR: Světová federace muzikoterapie [online]. 2011 [cit. 2013-08-08]. Dostupné z: <http://www.musictherapy.cz/index.php/spoluprace-a-clenstvi-asociace/clenstvi-ve-wfmt>

STEJSKALOVÁ, Petra. *Obecné informace. Apert syndrom neboli Apertův syndrom* [online]. 2014 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.apert.estranky.cz/clanky/apertuv-syndrom/obecne-informace/>

ŠMAKALOVÁ, Jitka. *Symptomatologie Apertova syndromu. Apert syndrom neboli Apertův syndrom* [online]. 2011 [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: <http://www.apert.estranky.cz/clanky/apertuv-syndrom/symptomatologie-apertova-syndromu/>

LEGISLATIVNÍ DOKUMENTY

Směrnice Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení, 2002, č.j. 13710/2001-24.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Michaela Křížková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Kristýna Krahulcová
Rok obhajoby:	2014
Název práce:	Hudebně – pohybová terapie u dětí s kombinovanými vadami v předškolním věku
Název práce v angličtině:	The music and movement therapy for children with multiple disabilities in preschool age
Anotace:	Teoretická část práce vymezuje základní pojmy jako terapie, speciálněpedagogická terapie a expresivní terapie s detailnějším popisem muzikoterapie a tanečně pohybové terapie. Dále popisuje problematiku kombinovaných vad, konkrétně mentální retardaci, dětskou mozkovou obrnu, poruchy autistického spektra a Apertův syndrom. V praktické části jsou vypracovány kazuistiky klientů, na základě pozorování terapeutických sezení jsou vymezeny vlivy a účinky terapie u dětí s multifaktoriálním postižením.
Klíčová slova:	Terapie, speciálněpedagogická terapie, expresivní terapie, muzikoterapie, tanečně pohybová terapie, kombinované vady, mentální retardace, dětská mozková obrna, poruchy autistického spektra, Apertův syndrom.
Anotace v angličtině:	Theoretical part of the bachelor thesis defines basic concepts as a therapy, special education therapy and expressive therapy including music and movement therapy description in details. The part of theory also deals with multiple disabilities, particularly mental retardation, cerebral palsy, autism spectrum disorders and Apert syndrome. The practical part of thesis contains case studies of clients and results of therapy sessions observation which reveals influence and effects of therapy at preschool-aged children with multiple disabilities.
Klíčová slova v angličtině:	Therapy, special education therapy, expressive therapy, music therapy, movement therapy, multiple disabilities, mental retardation, cerebral palsy, autism spectrum disorders, Apert syndrome.
Rozsah práce:	68 stran
Jazyk práce:	Čeština