



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ
TENTO PROJEKT JE SPOLUFINANCOVÁN EVROPSKÝM SOCIÁLNÍM FONDEM A STÁTNÍM ROZPOČTEM ČESKÉ REPUBLIKY.

Průvodka dokumentem Terapie ve speciální pedagogice – základy a obecná vymezení:

- nadpisy tří úrovní (pomocí stylů Nadpis 1-3), před nimi je znak #
- na začátku dokumentu je automatický obsah (#Obsah)
- obrázky vynechány, zůstávají pouze původní popisky vložené mezi znaky @...&
- odkaz na literaturu je uveden textem Literatura, pořadovým číslem, jako hypertextový odkaz na číslo v seznamu literatury, vložen mezi znaky \$...&
- dodatečný komentář editora vložen mezi znaky §...&
- tabulky jsou v textu pouze symetrické, vloženy mezi znaky @...&
- v textu se vyskytuje speciální symbol (-), jehož význam je „volitelný spojovník“
- vyznačení řezu písma vloženo mezi znaky \$...\$
- poznámky pod čarou jsou umístěny na konci dokumentu
- v příkladech adaptovaných dokumentů nejsou použity styly nadpisů

Kateřina Janků

Terapie ve speciální pedagogice – základy a obecná vymezení.

Studijní opora kinovovanému předmětu: Terapeutické metody ve speciální pedagogice 1 (SPG/SNTM1)

Ostrava, září 2013

ISBN 978-80-7464-280-7

Obsah

#Slovo úvodem

#1 Terapie a speciální pedagogika

#1.1 Definice

#1.1.1 Osoby a terapie ve speciální pedagogice

#1.2 Historický vhled

#Shrnutí

#2 Terapie a jejich souvislosti

#2.1 Ontogenetický trojúhelník

#2.2 Psychoterapie

#2.3 Fyzioterapie

#Shrnutí

#3 Cíl a fáze terapeutického procesu ve speciální pedagogice

#3.1 Cíl terapií ve speciální pedagogice

#3.2 Fáze terapeutického procesu

#Shrnutí

#4 Arteterapie a muzikoterapie

#4.1 Arteterapie ve speciální pedagogice

#4.2 Muzikoterapie ve speciální pedagogice

#4.3 Vztah speciálního pedagoga k arteterapii a muzikoterapii

#Shrnutí

#5 Dramaterapie a ergoterapie

#5.1 Dramaterapie ve speciální pedagogice

#5.2 Ergoterapie ve speciální pedagogice

#Shrnutí

#6.1 Canisterapie ve speciální pedagogice

#6.2 Hipoterapie

#Shrnutí

#Závěr

#Slovo úvodem

Vážení studenti,

Tento studijní text vznikl v rámci finanční podpory z projektu ESF OP VK s názvem Podpora terciárního vzdělávání studentů se specifickými vzdělávacími potřebami na Ostravské univerzitě v Ostravě (reg.č. CZ.1.07/2.2.00/29.0006). Cílem výše uvedeného projektu bylo zejména zpřístupnění studia studentům se specifickými vzdělávacími potřebami na fakultách Ostravské univerzity v Ostravě.

Předmět Terapeutické metody ve speciální pedagogice, pro který je tato studijní opora primárně určena, byl modifikován a upraven tak, aby jej mohli studovat studenti s určitým handicapem. Obsah předmětu, a rovněž přibližně 90% obsahu ústních přednášek, je tak převeden do podoby tohoto běžného studijního materiálu. Tento materiál byl dále adaptován do podoby elektronického dokumentu, který mohou využívat studenti se zrakovým postižením. Doprovodným studijním pomocníkem je také prezentace v Power Pointu, která rovněž kopíruje z 90% obsah přednášek, a může být tak využita současně s textem.

Náplní předmětu, i obsahem a cílem textu, je studium základů terapií a terapeutickým metod, jejich organizace, fází, procesu, charakteristik a vymezení pěti základních terapií (arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, ergoterapie a animoterapií).

Studijní opora obsahuje v každé kapitole úkoly k textu a úkoly k zamyšlení, popřípadě doplnění informací i z dalších odborných materiálů. Tyto dílčí úkoly slouží nejen k lepšímu zapamatování naučeného, ale rovněž k prohloubení vědomostí. Na konci každé kapitoly pak najdete shrnutí všeho, co pokládáme za podstatné. Text je doprovázen grafickými ikonami, které slouží k lepší zrakové orientaci v textu, a k vyznačení záměru autora. (Grafické ikony jsou umístěny vždy pouze na levé straně stránky. Nepředpokládáme, že studijní opora bude vydána v tištěné verzi.)

Student by měl být v konečné fázi studia schopen:

Vymezit terapie ve speciální pedagogice a posoudit historii využívání terapií a terapeutických metod v rámci speciální pedagogiky;

Charakterizovat základní výchozí oblasti terapií ve speciální pedagogice – mj. ontogenetický trojúhelník, psychoterapii, fyzioterapii, ad.;

Popsat cíl terapií a okolnosti, které souvisí také s fázemi terapeutického procesu ve speciální pedagogice;

Definovat stručně arteterapii, muzikoterapii, dramaterapii, ergoterapii, canisterapii a hipoterapii, jejich klasifikace a cíle;

Posoudit využití výše uvedených terapií v rámci speciální pedagogiky.

Znalost základů terapií a terapeutických metod by měla bezpečně vést ke zkvalitnění práce budoucích speciálních pedagogů a studentů speciální pedagogiky, pro které je text primárně určen. Správná organizace terapeutické činnosti, a bližší porozumění konkrétnímu terapeutickému procesu, je prvním krokem ke zlepšení a rozšíření aktivit speciálního pedagoga. V době, kdy se postupy a metody speciální pedagogiky využívají stále více, ať už individuálně u konkrétních osob, tak i v zařízeních, ve kterých dříve tyto aktivity nebyly nutností, je zvládnutí další činnosti, jako je terapie, více než vítána.

I přestože tento studijní předmět a studijní opora nevede k plnému zajištění kompetence a schopnosti aplikovat samostatně jakoukoliv terapii (samozřejmě je nutné studium konkrétní terapeutické metody a získání platného osvědčení), pokládáme výstupy předmětu a předpokládané znalosti studenta za výchozí pro speciálně pedagogickou praxi, a další, již konkrétně terapeuticky zaměřené studium. Přeji vám příjemné studium a držím palce při získávání dalších speciálněpedagogických kompetencí. Kateřina Janků

#1 Terapie a speciální pedagogika

Cíl kapitoly

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

Definovat terapii ve speciální pedagogice;

Charakterizovat vlastnosti terapií ve speciální pedagogice;

Objasnit historickou souvislost zařazování terapií do speciální pedagogiky jako vědního oboru v období tzv. léčebné pedagogiky a v období tzv. defektologie a období do roku 1989;

Posoudit využívání terapií ve speciálněpedagogické péči u nás a v zahraničí.

Klíčová slova

Terapie; speciálněpedagogické terapie; formativní vliv; terapeutický vliv; speciálně pedagogické metody – reedukace, kompenzace, rehabilitace; monosenzorické metody; multisenzorické metody; léčebná pedagogika; defektologie; alternativní metody; edukace.

Čas na prostudování kapitoly

8 hodin

Průvodce studiem

V úvodu této první kapitoly, a vlastně na začátku tohoto studijního materiálu, bych chtěla, abyste se zamysleli nad tím, co si vlastně představujete pod „terapií ve speciální pedagogice“? Ověřování pravd a zavrhování mýtů, které o terapiích víte, či nevíte, bude cílem naší první kapitoly a její diskuze v rámci přednášek. Skrze první teoretickou kapitolu budeme společně postupovat krok za krokem až ke zkoušce z předmětu Terapie ve speciální pedagogice 1. Informace budou na sebe navazovat a vzájemně se rozvíjet, čtete tedy pozorně, opakujte si text, dělejte si své vlastní poznámky.

Pamatujte: Uchováme si jen 10% z toho, co přečteme, ale už 70% z toho, co říkáme, a dokonce 90% z toho, co sami děláme!

Kde se vzaly terapie ve speciální pedagogice? Proč jsou momentálně velmi aktuální? Problematika speciálněpedagogických terapií byla, a stále je, velmi komplikovaným fenoménem. Důvodem nejasností a otázek je samotný obor speciální pedagogika, jeho historický vývoj a souvislost s vývojem společnosti a péče o osoby s postižením.

#1.1 Definice

Termín terapie můžeme obecně přeložit jako ošetřování nebo léčení (z řec. therapeia). Podle Müllera (2005) etymologie termínu terapie, který má řecko – latinský původ, znamená nejen léčení a ošetřování, ale také starání se, pomáhání a cvičení. (Müller, O., 2005)

Terapie a terapeutické přístupy by se tedy daly vysvětlit jako určité způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně, například v prožívání, chování, fyzickém úkonu, apod.

Podle hesla v Defektologickém slovníku vystihují terapie „...léčení nebo lékařskou činnost zaměřenou na zdolávání příčiny nemoci, popřípadě chorobného stavu nebo na potlačení příznaků nemoci nebo zlepšování průběhu nemoci a kvality života.“ V prvním případě jde o terapie kauzální (z lat. causa = příčina), ve druhém případě o terapie symptomatické (z řec.symptóma = znak, příznak), ve třetím případě o terapie paliativní. (srov. Edelsberger, 2000, s. 355)

Podle využívání bazálních prostředků dělíme terapii na :

terapii chirurgickou;

farmakoterapii;

fyzioterapii;

psychoterapii.

(Edelsberger, L. a kol., 2000, s. 291 - 292).

Speciální pedagogika využívá všech těchto druhů terapií v rámci edukace a zkvalitňování života osobám se speciálními potřebami. Přestože terapie chirurgická a farmakoterapie stále patří do rukou lékařů, jsou i tyto terapeutické prostředky speciálněpedagogické péče a podpory mnohdy nutné a nezbytné. Psychoterapie a fyzioterapie se již staly definitivní součástí české i zahraniční speciální pedagogiky.

Vliv a využití jednotlivých terapií ve speciální pedagogice můžeme rozdělit na :

formativní – tj. působící na osobnostní růst

terapeutický – tj. působící žádoucí změny při „patologiích“.

(srov. Valenta, M. In: Müller, 2005)

Otázka k zamyšlení:

Co konkrétně znamená formativní a terapeutický vliv terapií? Uveďte příklady.

Pozornému čtenáři zde jistě neuniklo, že definice výše uvedené neukazují pouze na terapie, které jsou mezi odbornou i laickou populací známy nejvíce – mám na mysli např. arteterapii, dramaterapii, muzikoterapii, apod. – ale také na jakékoliv činnosti a aktivity, které za určitých podmínek, ovlivňují chování a prožívání jedinců.

Spojícím článkem mezi terapiemi a speciální pedagogikou jsou speciálněpedagogické metody, zvláště – reedukace, kompenzace a rehabilitace. V rámci reedukačně – kompenzačních principů jde většinou o monosenzorické metody, které budto rozvíjí

postíženou oblast nebo ji nahrazují jiným prostředkem, orgánem či funkcí. Naopak rehabilitace je ve všech ohledech metodou kvantitativní a multisenzorickou, protože se zabývá větším množstvím složek a oblastí, které cvičí, upravuje a podněcuje takovým způsobem, aby se člověk se speciálními potřebami rozvíjel po všech stránkách v maximální možné míře.

Speciálněpedagogické terapie je tedy možné rozčlenit z hlediska kvantity smyslového zapojení na:

monosenzorické reedukačně-kompenzační terapie,
multisenzorické rehabilitační terapie.

#1.1.1 Osoby a terapie ve speciální pedagogice

Předmětem péče speciální pedagogiky je člověk s postižením, lidé se speciálními potřebami, žáci, popř. děti, s nějakým handicapem nebo postižením.

Terapie i terapeutický proces, který budeme dále v textu specifikovat a charakterizovat, je součástí speciální pedagogiky, i přestože vychází z mnoha dalších oborů. Bazální výchozí disciplínou je psychoterapie jako součást vědního oboru psychologie, proto využíváme v textu „také“ oslovení osob zúčastněných v terapeutickém procesu „klient“ a „terapeut“ (zachováno z doslovných nebo nedoslovných citací odborné literatury).

Ovšem tato pojmenování nemění fakt, že máme na mysli stále speciálněpedagogický terapeutický proces a odborně vzdělaného speciálního pedagoga, který se stává systematickým studiem terapií a dalším vzděláváním, kompetentní osobou v práci s určitými terapiemi.

V moderní speciálněpedagogické praxi dneška je samozřejmostí další vzdělávání speciálních pedagogů. K tomuto vzdělávání patří také získávání nutných certifikátů, osvědčení a diplomů, které se vztahují k využívání terapií a terapeutických metod a technik v praxi. Terapeutická kvalifikace a kompetence k užívání konkrétních terapií, jsou nutné nejen pro širší profesní uplatnění speciálních pedagogů, ale také pro zlepšení a zkvalitnění služeb, které nabízíme osobám s postižením.

#1.2 Historický vhled

Terapie, jak jsme již uvedli, souvisí ve speciální pedagogice zvláště s konkrétní dobou, jejími trendy a přístupem k osobám s postižením. Nástin pozitivního rozvoje terapeutických přístupů vidíme již v díle J. A. Komenského (*Didactica Magna*).

Komenský charakterizoval tzv. léčebnou výchovu a povinnosti terapeuta, který měl „poznat, pomoci, a chtít (se angažovat)“. Pojem terapie se užíval celkem běžně již v dobách, kdy péče o osoby s postižením byla ponejvíce v rukou lékařů. Kupříkladu psychiatr Phillip Pinel (1745-1826) využíval v péči o „duševně postižené pacienty“ nejvíce léčbu prací a psychoterapii. Lékař Jean Marc Gaspard Itard (1775-1838) dokázal, že určitých vývojových kroků i u dětí s postižením lze dosáhnout podnětným prostředím, podporou smyslů, motoriky a řeči. Přínos Eduarda Seguina (1812-1880) je zřejmý v koncipování výchovy, kterou zaměřil na rozvoj pracovních návyků a smyslového vnímání. Pro rozvoj smyslů vypracoval systém postupů, metod a hlavně konkrétních pomůcek, které se v modifikované podobě používají dodnes. A nezapomeňme zmínit Marii Montessori (1870-1952), lékařku a pedagožku, která považovala za základ učení pozornost. Dítě se mělo učit dlouhodobě koncentrovat na

zajímavou činnost, a vše muselo probíhat v předem připraveném prostředí. Dílo Montessori je příkladem realizace pedagogické terapie. (srov. In: Kysučan, 2009) V tomto vývojovém období byla speciální pedagogika nazývána většinou tzv. léčebnou pedagogikou, a byla součástí zdravotnické péče, terapie byly do ní automaticky začleněny.

Jinak tomu bylo v době, kdy se speciální pedagogika přetvářela v samostatný vědní obor, mnohem bližší obecné pedagogice než lékařským vědám. Na prahu 20. století se rozvíjela zejména na bázi speciálněpedagogické praxe, ve vazbách na pedagogickou a sociální institucionalizaci (ústavnictví), které bylo orientované na jednotlivé skupiny osob s postižením, a také na jednotlivé druhy speciálních škol. Její vývoj ovlivnily nejvíce dva teoretické systémy (paradigmata). Prvním z nich je přeceňování role biologických faktorů vzniku vad v rámci dědičnosti a ve vývoji dítěte. Tento patologický charakter speciální pedagogiky se promítá poněkud do pojetí tzv. defektologie. Druhým směrem je nápravná pedagogika, které je zapotřebí právě v ústavní péči a představuje praktickou nauku o výchově a převýchově dětí s postižením ve speciálních zařízeních. Tyto dva významné systémy utvářející teorii i praxi oboru patřily k dominantním systémům téměř 3 čtvrtiny století, před rokem 1989, čili velmi ovlivnily náplň práce tehdejších speciálních pedagogů.

Mimo jiné si zde připomeňme, že k budování speciální pedagogiky jako vědního oboru výrazně přispěl nestor české speciální pedagogiky Miloš Sovák (1905 – 1989). Sovák byl toho názoru, že bude nejlépe, když všechny „dětí a mládež vyžadující zvláštní péči“ umístíme do společných zařízení, a soustředíme tak na ně větší odbornou a koncentrovanou péči. Tato idea byla podporována nejen tehdejšími režimem, ale také neprofesionální veřejností, které byly předávány pouze částečné informace o téhle segregované skupině lidí izolované na okrajích měst a v obrovských komplexech budov. Největší hrozbou tohoto defektologického přístupu nebylo jen to, že terapie byly výrazně potlačeny jako nevyužívaná alternativa, ale nedostatečný, nebo takřka nulový, individuální přístup a potlačení vlivu rodiny a rodinné výchovy, což, jak dnes již víme, je ve výchově dětí s postižením nepostradatelně esenciální.

Důsledkem této filozofie bylo, že po dlouhou dobu fungovala skupina osob s postižením a skupina osob bez postižení (intaktních), v naší společnosti, samostatně. Tyto skupiny lidí byly od sebe oddělené jak úředně (legislativně), tak formálně – vědeckým a odborným zdůvodněním. Majoritní část zdravé dětské populace navštěvovala školy běžného typu a dětská populace s postižením pak speciální školy. Stav diferencovaného školství trval až do roku 1991.

Terapie a terapeutické přístupy ve speciální pedagogice byly proto v období vývoje výše nastíněném důsledně potlačeny, stejně jako individuální přístup a kreativita ve výchově a vzdělávání.

I přesto můžeme vyzvednout například období po 2. světové válce, které přálo, zejména v zahraničí, ale i u nás, vývoji „velkých“ terapií. Například v roce 1948 vznikly hned 2 školy muzikoterapie, z nichž první (Švédská škola, založená A. Pontvikem), byla zaměřena psychoterapeuticky a druhá, založená v USA, psychoanalyticky. V rámci arteterapie se v té době objevuje myšlenka, že musíme brát vážně i umění „duševně nemocných a trpících“ (propagováno nejvíce fr. malířem Jeanem Debuffetem). U nás pak vyzvedněme alespoň práci v Jedličkově ústavu, kde se od jeho založení (r. 1913),

soustřeďovali na komplexní rehabilitaci tělesně postižených, která zahrnovala i mnoho druhů pracovních terapeutických přístupů (dnes ergoterapeutických). Bohužel se mnoho terapií a metod do naší republiky dostalo až po roce 1989.

Od devadesátých let minulého století jsou ovšem terapie opět součástí českého speciálněpedagogického procesu. Mnohé terapie jsou využívány nejen alternativně, ale jako hlavní edukační metoda. Jejich přínos je nesporný. Kupříkladu v práci s dětmi se souběžným postižením více vadami a těžkým mentálním postižením vybízí k využívání terapií přímo aktuální legislativa a školní kurikulum.

Podrobnější historie terapií se týká konkrétních terapeutických směrů, přístupů a metod. Charakteristika stěžejních aplikovaných terapií ve speciální pedagogice (arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie, dramaterapie a animoterapie) a krátké uvedení do jejich historických souvislostí je součástí dalších kapitol.

#Shrnutí

V oboru speciální pedagogika se v posledních 20 letech rozšířily terapie a terapeutické přístupy, které pomáhají plnit obecné cíle oboru a to – zlepšení kvality života osob s postižením a zmírnění nežádoucích účinků jednotlivých vad.

Terapie ve speciální pedagogice jsou systematické, cílevědomé a formativní postupy, které v rámci rozvoje osobnosti se speciálními potřebami mohou vést ke zvládnutí poruch a jejich následků, změnám v chování a prožívání, hlubšímu vnitřnímu porozumění a osobnímu růstu. Kořeny terapií a jejich využívání, zvláště v péči o postižené, je známo již od pradávna. Ve světě vidíme velký rozmach terapeutických směrů přibližně od 19. Století v rámci zkvalitňování péče o osoby s nějakým postižením. V důsledku historických souvislostí se terapie v české speciální pedagogice po takřka století spíše nevyužívaly, ovšem aktuálně patří mezi velmi propagované metody a přístupy.

Kontrolní otázky a úkoly:

Definujte terapie ve speciální pedagogice vlastními slovy.

Co přesně znamená monosenzoriální a multisenzoriální přístup? Uveďte příklad.

Ve kterém vývojovém období speciální pedagogiky byly terapie více propagovány a proč?

Co přesně propagovala Marie Montessori?

Úkol k textu:

Upřesněte, kterou aktuální legislativu a školní kurikulum, která přímo vybízí k využívání terapií ve speciální pedagogice, máme na mysli. Co přesně je v této legislativě uvedeno a kde?

Vyhledejte v odborné literatuře další osobnost (pedagoga, lékaře, apod.), která využívala již v minulosti terapie v práci s postiženými lidmi.

Otázka k zamyšlení

Co si myslíte o budoucnosti terapií ve speciální pedagogice?

Citovaná a doporučená literatura

- EDELSBERGER, L. a kol. Defektologický slovník. Praha: HaH, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
- JANKŮ, K. Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením. Ostrava: OU PdF, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5.
- KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-7178-657-8.
- KYSUČAN, J. Osobnosti v zrcadle speciální pedagogiky. Ostrava: Pdf OU, 2009. ISBN 978-80-7368-756-4.
- MÜLLER, O. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. Terapie ve speciálně pedagogické péči. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
- STANKOWSKI, A. Pedagogická terapie - možnost nebo nutnost. Ostrava: Pdf OU, 2005. ISBN 80-7368-149-8.

#2 Terapie a jejich souvislosti

Cíl kapitoly

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

- Charakterizovat základní výchozí oblasti terapií ve speciální pedagogice;
- Popsat souvislost terapií ve speciální pedagogice s ontogenetickým trojúhelníkem;
- Vymezit psychoterapii, její podstatu a cíle související se speciální pedagogikou;
- Posoudit fyzioterapii z hlediska svého zaměření a přínosu pro speciální pedagogiku.

Klíčová slova

Ontogenetický trojúhelník; schéma: vnímání – představy – myšlení; primární smyslová percepce; blízké smysly; vzdálené smysly; integrativní myšlenkové procesy; tradiční myšlení; psychoterapie; psychoterapie behaviorální; psychoanalýza; psychologické prostředky; fyzioterapie; termoterapie; mechanoterapie; diaterapie; elektroterapie; ultrazvuk; fototerapie; objektivizující a subjektivizující psychoterapeutický přístup; terapie relaxační; terapie činnostní.

Čas na prostudování kapitoly

20 hodin

Průvodce studiem

Taktéž druhá kapitola textu je plná nových informací z oblasti teoretických zákonitostí, které se týkají terapií ve speciální pedagogice. Budeme se zde zabývat vědními obory a oblastmi, které úzce souvisí s rozvojem a inklinací terapií do speciální pedagogiky.

Jednotlivé podkapitoly by vám měly pomoci pochopit podstatu terapií ve speciální pedagogice. Kapitola je poměrně dlouhá, i přestože její jednotlivé části spolu zdánlivě nesouvisí, patří všechny do „teoretických východisek“ a tudíž je nemůžeme vynechat. Buďte tedy trpěliví a pečlivě studujte dále!

Speciálněpedagogické terapie vycházejí v mnoha případech z psychoterapeutických a obecně terapeutických škol. I přesto, ovšem, nesmíme zapomenout, že to, aby se mohly terapie stát součástí speciální pedagogiky, znamená přizpůsobit je této disciplíně a jejím aktuálním cílům. Mimo jiné, je velmi důležitou součástí všech aktivit ve speciální pedagogice akceptace vývojového stádia jedince. Rovněž speciálněpedagogické strategie terapeutické se vývojové posloupnosti, znázorněné jednoduše v ontogenetickém modelu trojúhelníku, velmi týkají.

Posouzením různých vědních oborů, a také běžných životních oblastí a situací, docházíme k názoru, že terapie užívané ve speciální pedagogice čerpají a vycházejí z těchto teoretických směrů:

obecná terapie a filosofie,
teorie a metodologie psychoterapie a fyzioterapie,
ontogenetický vývoj jedince,
teorie a metodologie pedagogických terapií,
speciálně pedagogická rehabilitační péče,
metody, prostředky a techniky speciální pedagogiky,
teoretická i praktická východiska humanitních a příbuzných oborů (medicína, sociologie, kulturní antropologie, právo, psychologie, ad.),
běžné lidské činnosti a vztahy související s životní realitou, prostředím a vývojem člověka (hra, umění, volnočasové aktivity, ad.).
Je na místě, abychom si alespoň některé z těchto oblastí a odvětví více přiblížili.

#2.1 Ontogenetický trojúhelník

Za nejpodstatnější výchozí oblast pro využití terapií ve speciální pedagogice pokládáme ontogenezi člověka. Při práci s dětmi a postiženými je vždy na prvním místě rozvaha o dosaženém vývojovém stupni a možnost dalšího rozvoje a postupu. Není možné pracovat a aplikovat různé techniky, bez toho, aniž bychom neprobádali reálný vývoj jedince.

Vývojový model, který najdeme například u Vítkové (2001), považujeme za základ teorie terapií ve speciální pedagogice. Model vychází z přirozenosti vývoje člověka a jeho vztahu ke společnosti, a je utvářen třemi zásadními principy: vnímáním – představami – myšlením. Schéma, které tento model znázorňuje, představuje trojúhelník, jehož základnu tvoří fyzická činnost – vnímání, a nejvyšší úroveň procesy myšlení, mezi nimiž tvoří podstatnou výplň představy a psychické procesy související zejména s pamětí, fantazií a pozorností.

@V původní verzi textu následuje grafické ztvárnění ontogenetického trojúhelníku. Na základně je umístěno vnímání, uprostřed představy a na vrcholu trojúhelníku myšlení člověka. (srov. Vítková, M., 2001, 2006)&

Vnímání (a to zejména smyslové) je v ontogenezi člověka ukotveno jako základní činnost dlouho předtím, než začne mluvit a myslet. S úrovní a stupněm rozvoje vnímání souvisí celý další vývoj jedince.

Vnímání znamená poznávání. Základní poznávání člověka se týká právě primárního smyslového vnímání, tj. primární smyslové percepce. Kromě vnímání zrakového máme vnímání akustické, čichové, chuťové, kožní, polohové a pohybové. Mnoho terapií a terapeutických přístupů využívá senzorní vnímání a jeho rozvoj jako základ své práce. Poznávání prostředí, jeho vlastností, rozpoznávání objektů a situací, vztahů, změn a pohybu, které se v prostředí projevují, jsou nutným a základním předpokladem adaptace člověka na vnější okolí. Podle Nakonečného (1998) je poznávání vnějšího okolí organismu předpokladem života a jeho prvním vývojovým stupněm je smyslové poznávání či vnímání. Vývojově nejmladší senzomotorická inteligence se nesnaží vysvětlovat ani třídit a klasifikovat, je to práce se skutečností tvořenou vjemy, podněty a prožitky. Jinými slovy, abychom začali rozlišovat, poznávat, pamatovat si a rozhodovat se, musí do našeho mozku nejprve vstoupit základní informace.

Inhelderová a Piaget ve třetím vydání Psychologie dítěte z roku 2001 demonstrují vnímání jako zvláštní případ senzomotorických činností, jejichž specifický charakter spočívá v tom, že patří k zobrazujícímu aspektu poznávání skutečnosti. Naopak činnost ve svém celku (i jako činnost senzomotorická) je ve své podstatě operativní a přetváří skutečnost. Podle výše uvedených autorů je tedy důležité určit v rozumovém vývoji dítěte úlohu vnímání vzhledem k úloze činností nebo operací, které z něho při dalších interiorizacích a strukturacích vznikají. (Piaget, J., Inhelderová, B., 2001)

Podle Bakerové (1987) a jejích výzkumů existují v senzorním vnímání rozdíly mezi pohlavím muže a ženy. Ženy kupříkladu rozeznávají sluchem lépe čisté tóny než muži, a to jak v dětství, tak v dospělosti. Stejně je to také s chutí – ženy kvalitativněji lépe vnímají sladkou, kyselou, hořkou i slanou chuť. Naopak je tomu kupříkladu u zraku, kdy zkoumaní muži pod 40 let vykazují lepší schopnost zachytit zrakem více pohybujících se předmětů než ženy ve stejném věku. (Bakerová, K. In: Halpern, D., F., 2000) Další odborníci soustředili své výzkumy na lidský čich (Bromley, Doty, 1995, Lehrner, 1993, Schab, 1991, In: Halpern, D., F., 2000) ve věku od 5 do 99 let jsou na tom opět lépe ženy, které mají lepší čichovou paměť, obecně čichovou perцепci, lépe třídí a identifikují pachy a vůně. Vzhledem ke hmatové perцепci – ženy mají u 19 z 20 míst na těle větší citlivost než muži. Dokonce v rychlé manipulaci malých předmětů obou rukou současně aktivně vítězí ženy (je dokázáno kvalitnější i rychlejší psaní na počítačové klávesnici nebo (spíše již v minulosti) na psacím stroji).

Velký vliv na kvalitu vnímání má kromě jiných také učení a individuální zkušenost. Percepce není hotovou aktivitou ve vývoji jedince, ale vyvíjí se v interakci se zkušenostmi a zážitky, jejichž zdrojem je motorická aktivita subjektu. Veškeré psychické projevy jedince, včetně percepce, jsou závislé na vývoji a zrání CNS. Podle Harrise (1998, In: Vágnerová, M., 2005) prochází zejména v prenatálním období tento vývoj určitými fázemi strukturálních i funkčních změn, které ovlivňují fungování všech psychických funkcí. Schopnost CNS reagovat na zkušenost a vnější i vnitřní podněty je v odborné literatuře označována jako plasticita, která vede k rozvoji různých psychických projevů, tedy i vnímání. Všechny tyto procesy probíhají individuálně rychle a specificky diferencovaně, ovšem podle určitého řádu a systému již v prenatálním životě. Navíc tato funkční struktura zajišťuje specializaci mozkových hemisfér, jejichž funkční spolupráce je nutná pro rozvoj všech poznávacích procesů. (Vágnerová, M., 2004) Pokud nelze z různých důvodů a působení exogenních i endogenních vlivů shrnout psychický vývoj znaky posloupnosti navazujících fází, určitého zákonitého pořadí změn, celistvosti a vzájemné interakci, kontinuální diferenciaci, plynulosti a rovnoměrnosti, pak se jedná o narušenou strukturu CNS a poruchu vývoje, která má pravděpodobné nedozírné následky ve veškerém psychickém dění, procesu myšlení i vnímání. A tehdy je nutné zaměřit terapie i ostatní rozvojové činnosti a aktivity právě na senzorní vnímání.

Vnímání je základní biologickou potřebou organismu. (Odchylku ve funkci a hlavně v kvantitě vnímání nazýváme „senzorní deprivací“).

Za bazální ve vývoji považujeme blízké smysly:

Hmat, pohyb, rytmus, rovnováha, chuť, vnímání sebe, tepla.

Za distanční smysly:

Zrak, čich, sluch.

Poznávání prostředí a učení je tedy nejúčinnější za pomoci mnoha smyslů (multismyslově).

Uchováme si totiž:

10% z toho, co čteme

20% z toho, co slyšíme

30% z toho, co vidíme

50% z toho, co slyšíme a vidíme

70% z toho, co říkáme

90% z toho, co sami děláme.

(srov. Holler, 1996 In: Pipeková, J., Vítková, M., 2001)

Na druhé úrovni ontogenetického trojúhelníku, mezi vnímáním a myšlením, stojí představy. Ty vznikají spojením vnímané reality a jsou tedy psychickou stránkou biologických procesů vnímání. V představách vznikají na jedné straně pocity, a na straně druhé obrazy, asociace, symboly. Jedinec je zde kreativní a využívá fantazie. Třetí úroveň tvoří myšlení, které dělíme na:

integrativní myšlenkové procesy

tradiční myšlení.

Integrativní myšlenkové procesy jsou postavené na obrazech, které se vyvinuly ze smyslové zkušenosti. (Vnímání se dostává přes představy k myšlení.)

Tradiční myšlení souvisí více s pojmy, s pojmenováváním a s řečí. Zkušenost zde nesouvisí již s vnímáním, ale s ústním předáváním a komunikací na úrovni symbolů.

(srov. Vítková, 2001 In: Pipeková, J., Vítková, M., 2001)

Můžeme tedy konstatovat, že speciálně pedagogické terapie jsou svou podstatou zaměřeny vždy na jednu ze tří oblastí, a to: prvotně (neurologicko - fyzické) smyslové vnímání, druhotně procesy spojené s představivostí, asociacemi a symbolickým znázorňováním, a terciálně pak na rozšířené kontexty a vztahy související s myšlením, nejvíce pak procesy abstraktních logických soudů a úsudků.

Pro lepší a konkrétnější představu, mezi terapie, terapeutické přístupy a metody, které rozvíjejí 1. oblast vnímání patří: Koncept bazální stimulace, pedagogika Marie Montessori, Bobath koncept, Vojtova metoda, pedagogika zážitku, sensorická integrační terapie, Koncept Snoezelen, ad.

Rozvoj představivosti a symbolického znázorňování rozvíjí kupříkladu terapie pohybové, taneční, arteterapie, dramaterapie, stimulační hry, tvoření, psychodrama, biblioterapie, ad.

Terciální kontext a vztahy související s myšlením rozvíjí různé filozofické terapeutické koncepty, analytická práce v rámci terapií, komunikační terapie, logoterapie, ale také obecně vzdělávání a rozvoj řeči, psychoanalýza, rodinná psychoterapie, apod.

Podstatou ontogenetického modelu je vytvoření reálné představy o konkrétní osobnosti a jejích kvalitách. Využití ontogenetického modelu je v rámci speciálně pedagogické diagnostiky, edukace a terapie, rehabilitace, prevence a veškerých aktivit velmi přínosné a důležité.

#2.2 Psychoterapie

Psychoterapii považujeme za další výchozí oblast speciálně pedagogických terapií.

Psychoterapie vznikala na přelomu 19. a 20. století jako metoda pomocná v léčbě psychických poruch. Za jejího zakladatele je považován Sigmund Freud (1856 – 1939).

Avšak prvním, kdo využil možnosti zlepšit léčbu pacientů psychoterapeutickým působením, byl Francouz Pierre Marie Fénix Janet (1859 - 1946). V psychoterapii rozlišujeme mnoho specifických přístupů. Nejčastěji uváděné jsou tyto: psychoanalýza, psychoterapie hlubinná, dynamická, pavlovská, behaviorální, antropologická. Psychoterapie je oborem psychologie (vychází z klinické psychologie), i přestože patřila původně spíše do lékařství a psychiatrie.

Nestor české psychoterapie - Stanislav Kratochvíl - již v základech psychoterapie upozorňuje na fakt, že v jejím průběhu dochází ke změnám v prožívání a chování člověka. Přitom se uplatňují procesy jako vytváření kladného očekávání, získávání naděje a odvahy, terapeutický vztah s terapeutem nebo koheze a dynamika skupiny, sebeexplorace, sebeprojevení, kataraktické odreagování, konfrontace s problémy, získávání nadhledu (porozumění souvislostem a neuvědomělým motivům), zpětná vazba, korekční emocionální zkušenost, vyzkoušení a nácvik nového chování, desenzibilizace a posilňování, získávání nových informací a učení chybějícím sociálním návykům a dovednostem. (Kratochvíl, S., 2006)

Dva přístupy psychoterapie jsou velmi blízké pedagogice, a to psychoterapie behaviorální a psychoanalýza. Behavioristé se říkají, že jedinec se chová nežádoucím způsobem – nepřizpůsobivě – proto, že se nenaučil reagovat na určité podněty v určitých podmínkách prostředí. Cílem terapie je tedy vyhasnutí (odnaučení) nesprávného návykového reflexu a naučení nového stereotypního chování.

Psychoanalytici naopak říkají, že nepřizpůsobivost je spojena s nepříjemnými zakotvenými prožitky a strachy v nevědomí. Člověk se neorientuje v situaci, kterou sám nekontroluje. Terapie je pak zaměřena na učení dovednosti manipulovat sám se sebou a zaujímání určitého nadhledu k nepříjemným situacím.

Ve všech terapiích je patrné cílené využívání slova a chování, které má vliv na psychiku člověka.

Z jednotlivých zaměřených psychoterapeutických škol vznikaly postupem času svébytné terapeutické disciplíny (kupříkladu arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, a mnoho dalších), které jsou v systému speciálně pedagogické péče běžně využívány. Důležitým faktem je, že pro využití ve speciální pedagogice má psychoterapie velmi dobře propracovanou organizaci, strukturu, metody, prostředky i vlastnosti a zásady práce. Terapie ve speciální pedagogice tedy v mnohém z psychoterapie čerpají a vycházejí.

Charakteristické znaky psychoterapie:

čím a jak působí (tedy prostředky činnosti);

na co působí (tedy různé složky osobnosti jedince);

čeho má dosáhnout (cíle, úkoly a systematický proces);

co se při ní děje (pasivní / aktivní proces s určitou vazbou);

kdo působí (role terapeuta).

U terapií ve speciální pedagogice využíváme psychoterapeutických prostředků/psychologických prostředků, ke kterým patří především slovo a rozhovor, ale i mimika nebo mlčení, emotivita a emoční vztahy, učení, manipulace prostředím a jiné.

Podpůrné relaxační i tréninkové techniky byly a jsou využívány zvláště ve speciální pedagogice osob s poruchami chování a emocí. V práci s jedinci, u kterých chceme

dosáhnout změn v osobnosti, změn v hodnotovém systému nebo omezení nesprávných stereotypů, mají techniky psychoterapie nesporně velký význam. Psychoterapie nemůže být ovšem jen léčba a léčení, dnes, více než kdy jindy, se opíráme o prevenci a profylaxi poruch a odchylek, a rovněž nesmíme zapomenout na terciální prevenci – rehabilitaci a získávání aktivní rezistence proti negativním odchylkám. Psychoterapie působí na duševní život, chování člověka, jeho mezilidské vztahy i tělesné procesy navozením změny, která podporuje uzdravení, anebo zabraňuje vzniku rozvoje poruchy zdraví. Jedná se vědomou, záměrnou, strukturovanou a vědecky podloženou interakci mezi terapeutem a pacientem. Odborník na dětskou psychoterapii – Langmeier (2010) – rozděluje psychoterapii do dvou směrů: objektivizujícího a subjektivizujícího.

V prvním směru je psychoterapie jednou ze základních druhů léčby, a jejím cílem je vyléčit nemocného člověka nebo mu alespoň pomoci při snášení a zvládnání nemocí a jejich následků. Druhý pohled – subjektivizující – je příznačný právě pro humanitní obory. Je to přístup, který vyjadřuje zvláštní druh setkání a spolubytí klienta a terapeuta, člověka s člověkem, které trpícího zprošťuje některých jeho dosavadních vnitřních omezení a přináší mu hlubší porozumění sobě samému, bezprostřednější prožívání smyslu ve svém životě a vede ho k plnějšímu uskutečňování tohoto smyslu. (srov. Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J., 2010)

Jak jistě již dobře víte, patří „uskutečňování smyslu života“ k tzv. seberealizaci, která je na pomyslném vrcholu pyramidy lidských potřeb. (viz Maslowova pyramida). A zabezpečení této nejvyšší „potřeby“ je také vlastně nejvyšší metou speciální pedagogiky.

Psychoterapie se dnes již stala partnerským oborem speciální pedagogiky a pomáhá řešit problémy osob s postižením.

Shrnutí psychoterapie:

Psychoterapie je léčebná činnost, léčebné působení, specializovaná metoda léčení nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces sociální interakce.

Psychoterapii můžeme velmi dobře aplikovat v rámci speciální pedagogiky na osoby s postižením a s důsledky postižení.

V rámci vědní disciplíny speciální pedagogiky se na definici psychoterapie můžeme podívat také takto: název pochází z řec. *psyché* = duše a *therapeia* (viz výše) a je jednou ze čtyř základních a klasických forem terapie. Psychoterapii považujeme za jeden z hlavních (ne-li úplně nejhlavnějších) zdrojů speciálněpedagogických terapií právě z důvodu využívání mnoha prostředků, které jsou speciální pedagogice blízké. I. P. Pavlov ve světle učení o vyšší nervové činnosti pokládá psychoterapii za cílevědomé léčebné působení na psychiku člověka prostřednictvím druhé signální soustavy, zvláště pak pomocí slova. Psychoterapii tedy nelze chápat jako léčbu duševních chorob, ale spíše jako léčbu duševními prostředky. Od aplikace psychoterapie na speciální pedagogiku lze očekávat účinnější odstraňování poruch i zlepšování sociálních vztahů mezi postiženým jedincem a společností. Prvotně byla nejvíce uplatňována psychoterapie v rámci edukace dětí a mládeže s poruchami chování (v etopedii). Podmínkou účinnosti a úspěchu je ovšem její odborné provedení.

#2.3 Fyzioterapie

Pojem fyzioterapie pochází z řec. fysis = příroda a therapeia = ošetřování, léčení. Synonymním výrazem k fyzioterapii je terapie fyzikální, což je lékařské odvětví uplatňující v léčbě různých chorob fyzikální prostředky.

Fyzioterapii, a její metody a techniky, využíváme ve speciální pedagogice zejména při podpoře dětí a osob s těžším postižením, nejčastěji u dětí se souběžným postižením více vadami, kde je nutná spolupráce s dalšími odborníky, v tomto případě fyzioterapeuty.

Speciální pedagog, pokud není současně fyzioterapeutem, může využít některých prvků fyzioterapie, a jejích metod, pod supervizí fyzioterapeuta.

U fyzioterapie rozeznáváme tyto podobory:

mechanoterapie, do které patří masáže, polohování, pasivní cvičení, manipulace, apod. elektroterapie, kam můžeme zařadit galvanizaci, elektrostimulaci, elektroforézu, interferenční proudy, atd.

diatermie, což je léčba teplem vznikajícím v těle průchodem vysokofrekvenčních elektrických proudů

termoterapie, která aplikuje teplo a chlad, vzdušné a vodní lázně, koupele s přísadami, saunu, atp.

ultrazvuk, který působí zvuky o velmi vysoké frekvenci

fototerapie, kam zařazujeme účinky různých frekvencí světelného záření – infračervené a ultrafialové světlo

fyzioterapie s léčebnou rehabilitací, která je samostatným specializačním oborem. (Edelsberger, L. a kol., 2000)

O fyzioterapii se zmiňuje také Müller(2005), který poukazuje na značný vliv fyzioterapie na rozvoj speciálněpedagogických terapií, zejména z důvodu čerpání teoretických a metodologických východisek fyzioterapie. Müller dále vymezuje fyzioterapii jako pomoc člověku dosahovat tělesné a pohybové normality fyzikálně stimulujícími prostředky (masírováním, hlazením, tlaky, držení částí těla, změnami polohy těla, tělesným cvičením, aj.). Čerpání těchto poznatků se podle něj děje na základě dvou konstant: konkrétního člověka a odlišných terapeutických přístupů. Odpovídající indikace fyzioterapie jsou často využívány u osob s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami, u kterých je nutné průběžně doplňovat neúplná pohybová schémata a neustále podporovat vývoj pohybových možností. Použitelné jsou také pro speciálního pedagoga výhody různých přístupů, které mají odraz ve fyzioterapii – kupříkladu hipoterapie, hiporehabilitace, sport a rekreace handicapovaných, ergoterapie a ergoterapeutické přístupy využívané jako psychoterapie, ale také fyzioterapie, ad. (Müller, O., 2005)

Mezi velmi zajímavě se rozvíjející druhy terapií patří také kinezioterapie, která z fyzioterapie vychází a zjevně do ní ale také do speciální pedagogiky patří.

Kinezioterapie znamená cílené působení na psychiku nemocného, na jeho duševní procesy, stavy, funkce, osobnost a její vztahy prostřednictvím předem určeného, aktivně prováděného pohybového programu používajícího prvky tělesných cvičení, sportů, a pohybových her. (Hátlová, B., 2003)

#Shrnutí

Teorie i praxe speciálně pedagogických terapií vychází zejména z lidské ontogeneze a specifik osobnosti člověka. Svou organizací, vlastnostmi a zásadami se velmi přiklání k obecné psychoterapii, právě z důvodu zkvalitňování života a práce s člověkem s konkrétním postižením a jeho důsledky. Velmi úzce souvisí speciálně pedagogické terapie s fyzioterapií a jejími dílčími metodami a postupy, často mají dokonce stejný cíl.

Kontrolní otázky a úkoly:

Popište druhý a třetí stupeň v ontogenetickém trojúhelníku.

Na co je zaměřena behaviorální terapie?

Se kterou skupinou osob ve speciální pedagogice úzce souvisí fyzioterapie a proč?

Kam byste zařadili mechanoterapii a co znamená?

Úkoly k textu

Přiřaďte konkrétní terapie, terapeutické metody nebo přístupy, ke speciálněpedagogickým disciplínám („pediím“).

Otázky k zamyšlení:

Může být terapií ve speciální pedagogice i činnost, která zdánlivě s terapií vůbec nesouvisí? Uveďte příklad a vysvětlete jej.

Citovaná a doporučená literatura

EDELSBERGER, L. a kol. Defektologický slovník. Praha: HaH, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

HALPERN, D., F. Sex differences in cognitive abilities. 3.ed. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers London, 2000.

HÁTLOVÁ, B. Kinezioterapie. Pohybová cvičení v léčbě psychických poruch. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0719-0.

JANKŮ, K. Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením. Ostrava: OU PdF, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5.

KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-7178-657-8.

LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. Dětská psychoterapie. 3.vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-710-7.

MÜLLER, O. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

NAKONEČNÝ, M. Základy psychologie. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-1290-7.

PIAGET, J., INHELDEROVÁ, B. Psychologie dítěte. 3. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-608-X.

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. Terapie ve speciálně pedagogické péči. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

STANKOWSKI, A. Pedagogická terapie - možnost nebo nutnost. Ostrava: PdF OU, 2005. ISBN 80-7368-149-8.

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.

VÍTKOVÁ, M. Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením II. Metoda bazální stimulace Praha: IPPP ČR, 2001.

VÍTKOVÁ, M. Somatopedické aspekty. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

#3 Cíl a fáze terapeutického procesu ve speciální pedagogice

Cíl kapitoly

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

Vymezit cíl terapeutického procesu ve speciální pedagogice za pomoci různých klasifikací;

Popsat okolnosti, které souvisí s definováním cíle speciálněpedagogických terapií;

Charakterizovat fáze terapeutického procesu obecně i konkrétně;

Definovat podmínky a zásady práce, které souvisí s úspěšností a validitou terapie.

Klíčová slova

Cíl terapie; dílčí úkoly terapie; fáze terapeutického procesu; léčba; podpora; kompenzace; rehabilitace; prevence; krátkodobý a dlouhodobý cíl; terapeutická strategie; terapeutická metoda; intervence; podmínky terapeutického procesu; zásady terapeutického procesu.

Čas na prostudování kapitoly

14 hodin

Průvodce studiem

Dostali jste se ke třetí kapitole, která začíná být mnohem konkrétnější a mnohem více souvisí s praktickým využíváním terapií v životě. Dozvíte se, jaký cíl mají terapie ve speciální pedagogice, a jak přesně dělíme každý terapeutický proces do určitých fází. Cílem této části textu je uvědomit si, že pokud činnost, kterou nazýváme „řádoby terapií“ nemá určitou strukturu, není jasně definovaný její smysl, nemá pravidla a není vyhodnocována, pak tato činnost je opravdu jen činností, a bohužel s terapií nemá nic společného.

Veškerá terapeutická práce s dětmi i dospělými s postižením musí mít svá pravidla. Abychom pravidla využívali a nezanedbávali, je důležité vědět, jaký mají smysl. Smysl a cíl terapií můžeme využít jednak v plánování individuálního osobnostního rozvoje jedinců se speciální potřebou, jednak v plánování volného času a podpůrných činností. Cíl terapie si může zvolit každý terapeut sám. Ovšem, jestliže už si cíl jednou zvolíme, musíme se snažit jej naplnit. Není nic horšího, než špatně zvolený cíl, který slepě následujeme.

#3.1 Cíl terapií ve speciální pedagogice

Cíle speciálněpedagogických terapií jsou úzce spjaté s obecnými cíli psychoterapeutickými, zaměřenými na nastolení duševní rovnováhy organismu, odstranění příčin poruch, nebo zabránění jejich rozvoje, ale také s obecnými cíli speciální pedagogiky, které jsou zaměřeny zejména na individuální rozvoj jedince, jeho maximální míru socializace a integrace.

Všechny terapie bývají zacíleny:

léčivě (terapeuticky v lékařském významu)

podpůrně (podpora léčby nebo podpora rozvoje osobnosti)

kompenzačně
rehabilitačně
preventivně.

To znamená, že jimi můžeme poruchu odstraňovat, zmírňovat, nebo se můžeme zaměřit na negativní důsledky, které s ní souvisejí. Můžeme působit preventivně a předcházet dalším poruchám, můžeme rehabilitovat již léčený stav, atd.

Cíle terapeutického procesu stanovujeme podle toho, co je pro nás primární, ale vždy mějme na paměti to, že je potřeba:

cíle zaměřit na potřeby lidí (tj. např. odstranění vnitřních i vnějších frustračních, konfliktních, stresujících faktorů, uvolnění, posilování dynamiky osobnosti či dynamiky skupiny, vytváření schopností smysluplné komunikace, navazování zdravých vztahů, správného vzhledu do sociálních situací, podporu pozitivního sebehodnocení, aspirace, zvládnutí emocí, apod.);

cíle stanovit vzhledem k orientaci a schopnostem terapeuta (zde se jedná zejména o naplánování použití a zacílení té které metody práce);

cíle stanovit podle zaměření instituce, ve které terapie probíhají (naplánování socioterapeutického zaměření zařízení ve vztahu k jeho možnostem a očekáváním) a také podle okolností aktuální realizace terapie.

Zamysleme se ale také nad riziky a okolnostmi volených cílů. Pokud totiž už v rámci hypotéz a plánování cílů nemyslíme na to, co přesně by nám mohlo naši terapii „zhatit“ (například naše špatné naplánování, materiální a finanční podmínky, souhlas okolí, podpora vedení, nespolupráce klientů, apod.), pak by i sebelépe zamýšlená činnost mohla být naprosto k ničemu. Rizika, která zamýšlíme, můžeme rozdělit do tří podmnožin:

rizika související s člověkem, jeho osobností a individualitou (Byla provedena správná a aktuální diagnostika? Mohou se objevit náhlé poruchy, záchvaty, onemocnění? Uvědomuji si, že prožívání člověka je individuální? Nestane se, že osoba s postižením nebude chtít spolupracovat? Zvládnou jeho/její emoce, subjektivní prožitky, asociace, vzpomínky?);

rizika související s individualitou osobnosti terapeuta (aplikace terapie závisí na znalostech, dovednostech, schopnostech, zájmu a osobnosti terapeuta);

rizika podmínek prostředí (nezanedbatelná je materiální základna, která musí být předem připravena a modifikována na objekt a situaci terapie; musí být zváženy postupy a techniky právě v kontextu s vybraným a vyhovujícím prostředím a zamýšleným cílem).

Klasifikace cílů terapií ve speciální pedagogice může pak také vycházet z obecných zákonitostí zaměřených na výsledný efekt:

symptomaticky zaměřené cíle (prosté odstranění nebo snížení poruchových způsobů prožívání, chování nebo fyziologického fungování jedince);

restrukturačně zaměřené cíle (zásadnější změna osobnosti klienta, která změní abnormální projevy k normálním). (Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J., 2000)

Zjevně se zde nabízí také rozdělení cílů, které souvisí s délkou terapeutického procesu na: krátkodobé a dlouhodobé.

Vyjádřit cíle terapií ve speciální pedagogice lze podobně jako u psychoterapie takto: Terapie mají za cíl:

podpořit zrání a vývoj osobnosti;
změnit nesprávné postoje;
změnit maladaptivní vzorce chování;
zprostředkovat poznatky o zákonitostech interpersonálních a skupinových procesů;
odstranit chorobné příznaky primární i sekundární.

Jednoduše řečeno, jde u cílů speciálněpedagogického terapeutického procesu o:
„...odstranění patologických nebo disharmonických či dysfunkčních jevů, s cílem harmonizace komplexní osobnosti.“ (srov. Vančová, 2005, s. 183)

S tímto konečným tvrzením, myslím, lze bez výhrad souhlasit, nutné je snad jen dodat, že ať už nám jde o tento či onen cíl, který si ve speciálněpedagogickém terapeutickém postupu stanovíme, je třeba přistupovat ke klientovi se speciálními potřebami značně individuálně a podle jeho osobních možností. V rámci těchto zásad je nutné rozpracovat dále z hlavního cíle jednotlivé dílčí úkoly. Stanovení detailních úkolů, a jejich rozpracování, je ale často náročnější, než stanovení hlavního cíle terapeutického procesu.

Příklad: Je zřejmé, že pokud si stanovíme jako cíl zlepšení koncentrace u dítěte s ADHD (poruchou pozornosti a hyperaktivitou), pak je nemožné splnit jej okamžitě. Je tedy nutné rozložit si jej do jednotlivých dílčích úkolů, které budou souviset s určitými časovými celky a s problematickými oblastmi konkrétního dítěte. Což může být zlepšení krátkodobé paměti, rozvoj prosociálního chování, spolupráce s ostatními dětmi, seberelaxace, atd. Plnění dílčích úkolů nesmí být nahodilé, ale jasně systematické, rozložené do menších etap (týdnů, dnů, konkrétního počtu lekcí, apod.). Hlavní cíl musí všechny dílčí úkoly plně zastřešit!

Dílčí úkoly i hlavní cíl terapeutického procesu bychom měli být schopni objektivně vyhodnotit. Musí být tedy objektivní a strategicky stanovený.

Skrze terapie ve speciální pedagogice chceme tedy dosáhnout:

správného poznávání a hodnocení skutečnosti (zaměřeno na poruchy vnímání, předpojaté nebo chybné procesy myšlení, přeceňování nebo podceňování, neschopnost odlišovat fantazii od reality, poruchy orientace člověka ve světě);
citové vyrovnanosti (nezvladatelnost výkyvů nálad, převládání určité emoce, úzkosti, strachu, agrese, změny v citovém prožívání);
výkonnosti odpovídající skutečným možnostem člověka (selhávání v situacích, které by člověk mohl a měl zvládat, následky rušivých osobnostních vlivů, vlivy nesprávného učení, podnětové, citové, motivační přetížení, apod.);
společenské přizpůsobivosti (neschopnost vytvářet pozitivní a pevné vztahy mezi lidmi ve společnosti, volba a prosazování motivů a cílů, soupeření, nedostatky v komunikaci, v empatii s druhými lidmi).(srov. Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J., 2010)

Ve speciální pedagogice pak jde o adaptaci či modifikaci těchto obecných cílů na praktické potřeby a cíle paradigmat moderní speciální pedagogiky. Hodnocení určitého procesu nebo činnosti ve speciálněpedagogických terapeutických přístupech záleží nejen na správné specifikaci daného cíle, ale také na vývojových zvláštěnostech, zrání, věku a dalších odlišnostech jedinců s postižením, ale také na podmínkách prostředí a odborném zázemí terapeuta.

Cílem terapií ve speciální pedagogice podle ontogenetického modelu Vítkové (2006) je porozumění na hladině somaticko-psycho-sociální. (viz 2.1 Ontogenetický trojúhelník) (Vítková, M., 2006)

Porozumění, maximální možnost rozvoje a stimulace člověka s postižením je vždy naším společným cílem.

#3.2 Fáze terapeutického procesu

Ucelený terapeutický proces má i ve speciální pedagogice svá pravidla, výchozí konstanty, organizaci a strukturu. Každý odborník, který se chce zabývat terapeutickými přístupy, by neměl fáze a samotné rozpracování terapie předem podceňovat ani vynechat. Je důležité, ostatně jako při kterékoliv jiné činnosti, podívat se na možnosti, a na různé alternativy intervence terapie v průběhu určitých fází, podívat se na modely situací, které by mohly vzniknout. Každý terapeutický proces, ať už je realizován pro jednoho člověka nebo pro skupinu lidí, probíhá v určitém prostředí a čase, za předpokladu vztahu jeho hlavních aktérů, jimiž jsou člověk s postižením a speciální pedagog (terapeut).

Teorie průběhu a fází terapeutického procesu je v odborné psychoterapeutické i obecně terapeutické literatuře dostatečně popsána. Speciálněpedagogické terapie, jak již víme, čerpají zejména z obecné literatury psychoterapeutické a terapeutické. Zde, v této části textu, se pokusíme shrnout některé stěžejní body fází terapie podle vybraných autorů domácí i zahraniční provenience. A následně tato fakta shrneme v platné obecné a použitelné fáze a jejich specifikum.

Vlastní terapie, čili vlastní terapeutický proces, může mít různou dobu trvání. Podle časového faktoru zde můžeme mluvit o krátkodobých nebo o dlouhodobých terapeutických procesech.

Mezi krátkodobou terapii patří dílčí terapeutická sezení, která mají v podstatě tři nejdůležitější fáze a to:

1. fázi navázání kontaktů, motivaci a uvedení hlavní práce včetně instrukcí,
2. fázi terapeutické práce (fáze řešení aktuálních problémů) a
3. fázi zaměřenou na uzavření problému.

Délka krátkodobé terapie je individuální, závisí spíše na akutnosti a aktuálnosti využití. Krátkodobá terapie může trvat týden, dva týdny, tři terapeutická sezení, půl roku s frekvencí jednoho sezení za dva týdny, apod. Často začíná „první pomocí“ terapeuta při akutním problému (např. řešení poruchy chování dítě). Krátkodobá terapie má vždy kratší a v podstatě „splnitelnější“ cíle.

U dlouhodobých terapií, kam zařazuje Müller (2005) tzv. celé terapie, jde o fáze podobné, jako zmíněné výše uvedené tři. Na rozdíl od terapií krátkodobých se ale zaměřujeme na dlouhodobé cíle, s nástinem nabídky dalších možností terapií a pokračování, a kupříkladu také s větším důrazem na určité mantinely a pravidla, dohody o organizaci, které by měly být u dlouhodobého procesu mnohem více rozpracovány a předem naplánovány, vzhledem k délce a častosti sezení a lekcí. (Müller, O., 2005) Delší časový prostor je náročnější zvládnout také z pozice vedení terapeutického procesu. Naplánování samotné dlouhodobé strategie je nelehký úkol, musí se pravdivě zhodnotit a zohlednit mnohá fakta, a stanovit jasná struktura a pravidla.

Pokud se podíváme na rozdělení průběhu psychoterapie autorů Langmeiera, J., Balcara, K., a Špitze, J. (2010), kteří se zabývali zvláště dětskou psychoterapií, pak najdeme pět těchto mezníků:

navození dobrého terapeutického vztahu tím, že terapeut ukáže klientovi své porozumění a účast;
zásahy poskytující klientovi bezprostřední ulehčení v těžkostech, které prožívá;
vlastní psychoterapeutická práce s konkrétním cílem;
integrace dosažených terapeutických změn u klienta do jeho běžného života opětvným zatěžováním „ozdravených“ funkcí a struktur osobnosti a organismu postupným zvyšováním nároků na jejich uplatnění v běžných situacích;
odpoutání klienta od terapeuta a jeho pomoci, jeho osamostatnění k dalšímu životu již jen v běžných podmínkách jeho prostředí, i když terapeut zpravidla „zůstává po ruce“ pro případ potřeby. (Langmeier, J., Balcar, K., a Špitz, J., 2010)
Spojíme-li již informace a znalosti, které máme, zjistíme, že celý terapeutický proces je velmi zřetelně ohraničený a naplánovaný. Dosavadní informace o fázích a průběhu terapeutického procesu shrneme takto:

0. fáze:

Výběr terapie, výběr klienta/klientů, organizace a naplánování strategie terapie, promýšlení dalších různých možností práce, stanovení cíle terapie.
Konkrétně: Pakliže právě začínáte, není lepší začátek terapeutického procesu než prozkoumání vlastních možností, možností klienta a možností, které nám přináší prostředí a čas. Vypracujte si vlastní plán, který zahrne přesně typ práce, kterou jste schopni v rámci terapie vykonat, a na kterou máte určitou atestaci, tzn., že jí „rozumíte“. Prozkoumejte své možnosti v rámci prostředí – jaké prostory, pomůcky, předměty, materiální a finanční zázemí máte k dispozici? A jaká je doba, po kterou by terapie probíhala? Rozhodněte se, zda budete následovat dlouhodobý nebo krátkodobý cíl. Zvládnete jedince nebo dokonce skupinu klientů s možnostmi, které máte? A velmi důležitá otázka: Nemáte na mysli pouze využití konkrétních terapeutických prvků místo uceleného terapeutického procesu? Pokud opravdu chcete začít s terapií, je dále nutné vybrat klienta/skupinu klientů, seznámit se s jeho/jejich diagnózou, prozkoumat souvislosti života, stanovit si cíl a dílčí úkoly terapie, pravděpodobné závěry a výstupy terapie. Na závěr ještě připomenu, v této fázi se musíte rovněž zamyslet nad tím, co by mohlo být rušivým prvkem pro vaši práci. Měli byste promyslet také konfliktní situace a naplánovat alespoň částečně řešení některých z nich. Měli byste oslovit kolegy, další odborné pracovníky, a pokud se jedná o dítě, pak také rodiče, popř. zákonné zástupce a s terapií je seznámit (pokud ještě seznámeni nejsou).

1. fáze terapie:

Seznámení, předání instrukcí, motivace, organizace pravidel, seznámení klienta s výstupem a cílem terapie, možnostmi prostorovými a časovými.
Konkrétně: V této fázi jde již o to, že se váš klient, popř. skupina, seznámí s konkrétním průběhem práce, vysvětlíte klientovi jasným způsobem (srozumitelně, přizpůsobeně komunikaci a mentálnímu věku), jak budete pracovat, co je vaším i jeho cílem, co budete potřebovat, jaký by měl být závěr a výstup, atd. Tato fáze je důležitou právě

pro klienta, vy byste měli napsat všechny síly k tomu, aby byly předány všechny informace, a aby byl klient správně motivován k tomu, co bude nadcházet.

2. fáze terapie:

Hlavní metoda, využití terapeutické strategie, řešení problémů, úkolů a cílů terapie.

Konkrétně: Klient i terapeut již v této fázi spolupracují a společně prochází konkrétními činnostmi. Klient by neměl mít již žádné pochybnosti ohledně organizace, měl by vědět kdy, a co se bude dít. Terapeut musí ovšem s klientem stále komunikovat a ptát se na to, zda rozumí, zda mu není něco nejasného. Zvláště u dlouhodobých terapií by měl terapeut vždy umět vyhodnotit situaci, ve které terapie probíhá, popřípadě se vyhnout situacím, které pro terapii nejsou vhodné (např. emocionální rozpoložení klienta, nemoc, aktuální problémy). V hlavní fázi jde o aplikaci konkrétních terapeutických metod a technik, mimo jiné za pomoci psychologických prostředků.

3. fáze terapie:

Evaluační, vyhodnocení klientem i terapeutem, ukončení terapeutické lekce, popřípadě krátkodobé terapie, odpoutání od terapie i od terapeuta, resocializace, možnosti dalšího postupu a spolupráce, pokračování v terapii, integrace/reintegrace.

Konkrétně: Každá terapie a terapeutický proces musí být náležitě ukončen. Dokonce i krátkodobé terapie by měly být v závěru vyhodnoceny jak terapeutem, tak samotným účastníkem/účastníky. Evaluační nemusí probíhat vždy slovně a dlouhým rozbohem, můžeme využít konkrétních předmětů, které nám pomohou hodnotit (např. vyrobené „smajlíky“), můžeme hodnotit za pomoci neverbálních projevů, dohodnutými gesty (např. různá gesta rukou – „palec nahoru x palec dolů“), hlasovým projevem, apod. Pro klienta samotného je stejně důležité ukončení ze strany terapeuta jako pro terapeuta ohlas klienta. Také je vhodné se v závěru dohodnout na pokračování terapie nebo na možné intervenci, pokud bude v budoucnu nutná. Klient by měl vědět, že terapie může a nemusí pokračovat. (To už ovšem vše záleží na aktuální situaci a konkrétních lidech a podmínkách.)

Rozhodně by si terapeut měl o celém průběhu terapeutického procesu vést záznamy.

Je nutné data uchovat nejen z důvodu celkového posouzení procesu, ale také z důvodů, které mohou terapii narušit – např. nemoc klienta, nemoc terapeuta, vážné důvody pro přerušování terapie na obou stranách, pokračování v budoucnu, atd.

Zajímavé uspořádání úrovně terapeutického procesu, které nacházíme u Blasera, Heima, Ringera a Thommena (1994), vypadá hierarchicky takto:

Terapeutická strategie;

Metody;

Intervence;

Elementy terapeutické účinnosti a úspěšnosti.

Vysvětlit bychom tyto elementy dále mohli jako:

Terapeutická strategie – je relativně abstraktní sada pravidel postupu. Obsahuje všeobecné stanovení cíle terapeutické činnosti a určitý terapeutický koncept, který vysvětluje souvislost mezi činností nebo dějem a vytýčeným cílem.

Metody – jsou namířené a navzájem svázané sady intervencí. Jejich aplikaci doprovází terapeutický úmysl, který byl naplánován v terapeutické strategii.

Intervence – jsou manifestací metod, jsou konkrétními ději a činnostmi terapeuta, event. jeho výpověďmi. Intervence mají za cíl způsobit specifickou reakci nebo účinek.

Elementy terapeutické účinnosti (a úspěšnosti) – jsou zhodnocením modelu a prognózou dalších intervencí, které mohou následovat.

(Blaser, A., Heim, E., Ringer, CH., Thommen, M., 1994)

Obecná fakta ohledně cílů, dílčích úkolů, postupu a fází terapeutického procesu ve speciální pedagogice ukončíme vymezením podmínek a zásad práce s terapiemi. Splnění určitých podmínek terapeutického procesu a také dodržování konkrétních zásad práce velmi úzce souvisí s úspěšností, objektivitou a validitou celého postupu. Efektivní terapie ve speciální pedagogice by měla vést ke splnění stanovených cílů a úkolů, ke zodpovězení nastolených otázek a ke zkvalitnění života zúčastněných osob s postižením.

Úspěšnost a účinnost terapeutického procesu má tyto podmínky a zásady:

začátek procesu se musí opírat o kvalifikovanou a komplexní diagnostiku, na které se podílí více profesionálů (pokud se jedná o terapeutickou práci v institucionální péči, je minimálně vhodné prozkoumat osobní dokumentaci a materiály klienta, abychom předešli překvapujícím nežádoucím situacím vyplývajícím z psychofyzického stavu jedince se speciální potřebou); tato diagnostika musí být aktualizovaná a validní; v průběhu terapie musí být neustále vytvářen prostor pro člověka s postižením, pro jeho projevy, sdělení, na druhou stranu musí být ale respektováno pravidlo důvěry, terapeut by tedy neměl sdělovat informace od klienta získané bez jeho souhlasu; žádný projev by neměl zůstat bez povšimnutí (týká se zejména dětí se speciálními potřebami, dětí s narušenou komunikační schopností, ad.);

zvolené metody, intervence, strategie a techniky terapie musí odpovídat nejen možnostem klienta (věku, inteligenci, kognitivní složce osobnosti, ad.), ale také možnostem situačním – předpokladům úspěšné terapie na straně prostředí (tj. institucionální a kulturní prostředí, které svými specifiky omezuje či vybízí k určité činnosti, technice), a možnostem terapeuta samotného (znalosti, dovednosti, osobnostní struktura, inklinace k určitým stereotypním řešením problémů, nároky na sebe i klienta, předpoklad životních zkušeností a praxe, ad.);

terapeut by měl vždy počítat se souvislostmi a komplikacemi; terapeutický proces by měl být již dopředu promyšlen; terapeut by měl být schopen předjímání problémů, rychlé reakce a inovace v úsudku, měl by flexibilně vybírat konkrétní metody a techniky řešení problému blízké klientovi a jeho situaci;

žádná z hlavních fází terapeutického procesu nesmí být záměrně vynechána, ani přeskočena; všechna pravidla i organizace musí být dopředu zvážena a musí být zřetelná a důvěrně známá pro klienta i terapeuta;

žádný terapeutický proces nesmí být ukončen bez vyhodnocení a závěru;

děti a osoby s postižením nesmí čelit přezíravému postoji ze strany terapeuta, ale musí se cítit jako partneři a plnoprávné osoby, což souvisí s dodržováním práv a povinností, které jsou uvedeny v četných legislativních dokumentech ČR.

(srov. Müller, O., 2005, Kratochvíl, S., 2002, Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J., 2010, Blaser, A., Heim, E., Ringer, CH., Thommen, M., 1994, Vágnerová, M., 2004, Janků, K., 2010, Janků, K., Filatova, R., 2010)

#Shrnutí

Všechny terapie a terapeutické přístupy musí mít svůj cíl a dílčím způsobem rozpracované úkoly. Hlavní cíl terapií ve speciální pedagogice často koresponduje s cílem obecně terapeutickým nebo psychoterapeutickým. Terapie bývají zacíleny jednak léčivě a terapeuticky v lékařském významu, podpůrně, jak k podpoře léčby, tak k podpoře osobnosti, kompenzačně, rehabilitačně či preventivně. Ve speciální pedagogice jde vždy o adaptaci hlavních cílů směrem k člověku s postižením, je zde patrný individuální přístup a kreativita, porozumění a snaha o maximum jeho dalšího rozvoje.

Všechny terapie musí mít svou organizaci a řád. Uvedené modely fází a rozpracovaného průběhu terapeutických procesů, které jsme si uvedli, jsou ukotveny minimálně ve třech částech, které jsou dle našeho názoru stěžejní. Jednoduše řečeno je to:

začátek terapie – navození atmosféry klidu a pohody, povzbuzení, podpora a naděje klienta související zejména s neverbální komunikací terapeuta, jeho empatií, pozitivní citovou manipulací;

průběh terapie – hlavní procesuální fáze, ve které je čas a prostor pro všechny metody, které chce terapeut použít;

závěr terapie – vyhodnocení, zpětná vazba, fáze prostoru pro vyjádření terapeuta, jeho doporučení, další postupy.

Velmi podstatné jsou ale také podmínky a zásady, na kterých záleží úspěšnost a validita terapeutického procesu.

Kontrolní otázky a úkoly:

Vyjmenujte některé okolnosti a rizika, které souvisí se zvolením cíle terapeutického procesu.

Co znamená restrukturační výsledný efekt terapie?

Vyjmenujte alespoň pět obecných cílů speciálněpedagogických terapií.

Popište první fázi terapeutického postupu.

Čím se od sebe liší tzv. celé terapie a dílčí terapeutické zásahy?

Úkoly k textu

Uveďte příklady hodnocení terapeutického procesu u dětí a u dospělých – čím se budou lišit?

Co znamená přesně zásada, která říká, že terapeut by měl vždy počítat se souvislostmi a komplikacemi?

Otázky k zamyšlení:

Jak by asi měl vypadat záznam terapeutické lekce? Které položky a informace by měl obsahovat?

Které legislativní dokumenty máme na mysli, pakliže mluvíme o dodržování práv dětí a osob se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním vzhledem k terapiím ve speciální pedagogice? (Viz poslední uvedená zásada terapeutického procesu.)

Citovaná a doporučená literatura

- BLASER, A., HEIM, E., RINGER, CH., THOMMEN, M. Na problém orientovaná psychoterapia. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1994. ISBN 80-967277-0-2.
- EDELSBERGER, L. a kol. Defektologický slovník. Praha: HaH, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
- JANKŮ, K. Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením. Ostrava: OU PdF, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5.
- JANKŮ, K., FILATOVA, R. Snoezelen. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwächter, 2010. ISBN 978-80-260-0115-7.
- KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-7178-657-8.
- LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. Dětská psychoterapie. 3.vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-710-7.
- MÜLLER, O. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. Terapie ve speciálně pedagogické péči. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
- STANKOWSKI, A. Pedagogická terapie - možnost nebo nutnost. Ostrava: PdF OU, 2005. ISBN 80-7368-149-8.
- VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
- VANČOVÁ, A. Základy pedagogiky mentálně postižených. Bratislava: Sapientia, 2005. ISBN 80 – 968797-6-6.
- VÍTKOVÁ, M. Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením II. Metoda bazální stimulace. Praha: IPPP ČR, 2001.
- VÍTKOVÁ, M. Somatopedické aspekty. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

#4 Arteterapie a muzikoterapie

Cíl kapitoly

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

Definovat stručně arteterapii a její cíle;

Definovat stručně muzikoterapii a její cíle;

Klasifikovat arteterapii podle různých kritérií;

Klasifikovat muzikoterapii podle různých kritérií;

Nastínit využití arteterapie i muzikoterapie u osob s mentálním postižením;

Posoudit využití arteterapie a muzikoterapie v rámci speciální pedagogiky;

Shrnout možnosti kurzů a studia arteterapie a muzikoterapie v ČR.

Klíčová slova

Arteterapie; umění; léčba uměním; receptivní arteterapie; produktivní arteterapie; cíl arteterapie; muzikoterapie; expresivní terapie; aktivní muzikoterapie; pasivní muzikoterapie; reakční muzikoterapie; regulační muzikoterapie; receptivní muzikoterapie; autoterapie; heteroterapie.

Čas na prostudování kapitoly

10 hodin

Průvodce studiem

Když se na začátku přednášky o terapiích zeptám, kterou konkrétní terapii znáte, odpověď je skoro vždy: arteterapie a muzikoterapie. Obě tyto „umělecké“ terapie jsou mimořádně známé mezi odbornou i laickou veřejností. Proč? Důvodem je

pravděpodobně to, že hudba a umění je součástí života každého z nás. Je pochopitelné, že i k léčbě byly, a jsou, využívány činnosti spojené s hudbou a uměním. Arteterapie a muzikoterapie patří rozhodně k nejpřirozenějším terapiím vůbec. Umíte si představit běžný každodenní život bez hudby a bez umění?

V rámci našeho studijního textu jsme se dostali o poschodí výš – přes patra teoretického vymezení struktury terapií ke konkrétním technikám. V této se věnuji dvěma tzv. velkým terapiím, které mají již propracované teoretické základy. Studium konkrétních terapií je zajímavé, rozhodně se tedy neváhejte pustit do čtení další rozšiřující literatury a textů. V rámci naší studijní opory jde jen o nástin základů těchto a dalších vybraných terapií.

Umění prolíná naše životy, i přestože si jej nevšímáme, přestože jej záměrně nevyhledáváme, a zdánlivě jej nepotřebujeme. Umění nás obklopuje již od pravěkých maleb, ať chceme, či nechceme. Umění posouvá hranici své podstaty a využitelnosti stále dále. Umění je již samozřejmě využíváno v léčení, v léčebných procedurách a kontextech.

#4.1 Arteterapie ve speciální pedagogice

Arteterapie patří z hlediska svého vývoje i historie, své podstaty i cílů, svých specifických i charakteristik, mezi primární a dominantní terapie využívané ve speciální pedagogice. Arteterapie je fenoménem, který je možno interpretovat mnoha slovy a definicemi různých oborů, které ji vymezují v různých dimenzích, a v různé šíři.

Arteterapie je v Defektologickém slovníku definována jako léčba uměním (srov. z lat. ars = umění; z řec. therapeia = ošetřování, léčení). Je to disciplína, která je součástí psychoterapie. Z hlediska svého vývoje je arteterapie mladý a perspektivní obor rozšířený po celém světě. U nás na arteterapii nahlížíme v širším či užším smyslu, tzn., sledujeme ji buďto jako terapii uměním všeho druhu nebo jako terapii pouze výtvarným uměním a jeho prostředky.

Její široký psychoterapeutický význam tkví v tom, že má upravovat narušenou činnost lidského organismu psychologickými prostředky, ostatně jako další druhy psychoterapií. Na rozdíl od ostatních terapií jsou zde ale zásadními složkami psychologické prostředky, které jsou vlastní procesům uměleckého tvoření a uměleckého vnímání. V podstatě je arteterapie činnostní terapií, která obsahuje celou řadu aktivních i pasivních činností, od umělecké a akční produkce, až po pasivní účast na besedách a kulturně společenských večířích.

Přístupy k arteterapii si můžeme ukázat, podle Šickové-Fabrici (2002) minimálně tři: umění jako umění, umění pro člověka a umění pro zdraví. První spojení „umění jako umění“ je nejstarším pohledem a v historii arteterapie spadá do konce 19. století, konkrétně do roku 1845. Jeho podstatou je teorie, že umění má svůj cíl jen samo v sobě, umění má své vlastní hodnoty a je jevem nezávislým.

Druhý přístup „umění pro člověka“ je více než o sto let mladší filosofií (spadá do roku 1964), která je spojována se Siegfriedem Pützem (1907-1979), německým sochařem, který se zabýval léčebnými účinky umění v rámci péče o postižené děti.

Třetí sousloví „umění pro zdraví“ je zjevně nejmladším směrem arteterapie. Výraz byl použit až v roce 2000 v rámci sochařského sympózia v Dudincích na Slovensku a jeho podstatou je nejen léčivý účinek, který umění má, ale také účinek preventivní. (Šicková – Fabrici, J., 2002).

Uznávaný český pedagog Zicha (1981) definuje arteterapii (resp. speciální výtvarnou výchovu, jak ji sám nazývá) „...jako záměrné upravování narušené činnosti organismu takovými psychologickými či speciálněpedagogickými prvky, které jsou imanentní umělecké činnosti nebo procesu umělecké tvorby.“ (srov. Zicha, 1981, str. 139) Valenta (2003) vnímá pojetí arteterapie velmi podobně Zichovu pojetí – širší rámec sleduje jako záměrné upravování narušené činnosti organismu uměleckými prostředky, užší rámec arteterapie pak jako záměrné upravování narušené činnosti organismu psychologickými a speciálněpedagogickými prostředky, jež odpovídají výtvarnému umění. (Valenta, M., Müller, O., 2003)

Nakonec ještě připomenutí důležitého specifického výrazu – artefiletika, který používá Slavík (2001) jako modifikaci výrazu arteterapie ve významu výchovy prostřednictvím umění. Podle něj se cíle i prostředky arteterapie a výchovy začaly překrývat. Hranice této disciplíny se začala rozostřovat třemi podstatnými doménami: psychoterapií, výtvarným uměním a výchovou.

Šicková – Fabrici (2002) vidí arteterapii navíc jako užité a aplikované umění ve smyslu jeho uplatnění při intervenci na pomoc osobám s postižením. Je vrácením člověka do stavu harmonie se sebou samotným, svým okolím pomocí umění. Arteterapie představuje soubor uměleckých technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění života. (srov. Šicková – Fabrici, J., 2002, Šicková – Fabrici, J. In: Müller, O., 2005)

Arteterapii můžeme rozdělit do dvou směrů na :

receptivní arteterapii (vnímání uměleckého díla za účelem nejčastěji „empatického vcítění diváka“)

produktivní arteterapii (využívání konkrétních tvůrčích činností a intermediálních aktivit jedince nebo skupiny).

Arteterapii jako disciplínu můžeme také členit podle teorií, které ji utvářely v rámci psychologických tezí a filosofii na arteterapii freudovskou (psychoanalytickou) jungovskou (čili archetypální a symbolicky interpretační), behaviorální, fenomenologickou, humanistickou, atd.

Tato členění a hlediska jsou uplatňována zejména v diagnostickém a intervenčním pohledu převládajícím v USA. Evropský, potažmo nejvíce britský, arteterapeutický profil tvoří převážně teorie „nacházení smyslu“ ve všech výtvarných dílech, bez nutných diagnostických závěrů.

Ve speciální pedagogice jsou cíle arteterapie rozděleny do oblastí: edukace, podpůrných činností a volnočasových aktivit.

Obecné, arteterapeutické cíle – jako např. změna sebehodnocení člověka, zvýšení sebevědomí, integrace osobnosti, smysluplné naplnění života apod. – velmi úzce souvisí se sekundárními důsledky postižení a seberealizací jedince se speciálními potřebami.

Vzhledem k působení na jednotlivce má arteterapie tyto konkrétnější cíle:

kompensaci

aktivizaci a zprostředkování kontaktu

přetváření stereotypů

určitý styl komunikace skrze výtvarný projev

odstraňování úzkostných stavů, agresivity, socializaci a integraci klientovy osobnosti. (Šicková – Fabrici, J. In: Müller, 2005).

Jedinečnost arteterapie vidíme hlavně ve spontánnosti, a také v tom, že vyžaduje aktivní zapojení i ochotu riskovat. Zároveň umožňuje arteterapie jedinečné sebevyjádření na základě neverbálních prostředků.

Podle mnoha odborníků je tento druh psychoterapie velmi vhodným řešením edukace i podpůrných a volnočasových činností osob se speciálními potřebami. Dnes je již arteterapie praktikována na mnoha pracovištích, v institucích a ústavní péči, ve školách, v zařízeních pro děti, mládež i dospělé s různými vadami, ať už vrozeného či získaného charakteru. Je stále ověřováno, zda a jakým způsobem arteterapie ovlivňuje kvalitu života osob s různými druhy a typy postižení. Arteterapie využívá množství technik, které mohou být právě pro speciální pedagogy velmi účinným prostředkem modifikace přístupů a postupů, které v rámci své podpory, péče a edukace potřebují. Příklad: Pro žáka s mentálním postižením je významná arteterapie zejména jako projekce vlastních problémů a verbalizace vlastní práce. Není důležitý produkt výtvarného úsilí, ale sám proces arteterapeutické tvorby.

U osob s mentálním postižením můžeme v rámci arteterapeutického procesu sledovat splňování těchto specifických cílů, které se snoubí s cíli obecnými:

redukce psychické tenze

uvolnění kreativity pro plnění dalších úkolů

odblokování komunikačních kanálů

relaxaci, odregování se, uvolnění

interakci osobnostních složek

socializaci osobnosti

úpravu aspirace

nácvik sebereflexe, sebeovládání a vůle.

Velmi vhodnými technikami pro jedince s mentálním postižením jsou zejména „tělesně“ orientované techniky, které probíhají tělesně – hmatovou formou - například modelováním z hlíny a jiných struktur. Tento proces pokládáme za senzorický, taktilně – bazální a silně emotivní. Výsledky modelování, které dítě s mentálním deficitem vidí, si může také ohmatat v prostoru, může na něm pozorovat změny způsobené vlastním tlakem a pohybem. Modelování posiluje psychomotorické struktury osobnosti, posiluje vnímání a učení, uvědomování vlastní struktury těla, body image, což je velmi důležité při tvorbě adekvátního sebevědomí a sebehodnocení.

#4.2 Muzikoterapie ve speciální pedagogice

Neméně důležitou roli zastává v rámci psychoterapeutických formativních procesů muzikoterapie, která nese nemalé zásluhy také na kvalitách výchovy a vzdělávání, podpory a péče osob se speciálními potřebami.

Muzikoterapie se primárně odlišuje od všech ostatních terapeutických procesů svým doloženým historicky dlouhým vývojem, a také používáním svébytných prostředků hudebního umění.

Hudba sama o sobě působí na člověka velmi bezprostředně a jedinečně. Z biologického hlediska je hudba akustickým signálem a informací, která stimuluje sluchová centra

v CNS skrze sluchový analyzátor. Různá vysvětlení přístupů k funkci hudby směřují k domněnce, že hudba jako komplexní podnět jednak zaměstnává mozkovou kůru, takže jiné podněty z okolního prostředí budou jen stěží zpracovány, jednak působí tlumivě na subkortikální centra (sídlo emocí). (srov. Wehle In: Pipeková, J., Vítková, M., 2001) Muzikoterapie využívá všech komponentů hudby – melodie, harmonie, rytmu, zvukové barvy, dynamiky, tempa, taktu, apod. – ke svým cílům a záměrům.

Termín muzikoterapie je sestaven z řeckých slov *músikos* = hudební a *therapeia* = vyšetřování, léčení. Muzikoterapie se zabývá jak zkoumáním vlivu hudby na tělesné a duševní onemocnění, tak vytváří speciálněpedagogické léčebné metody, ale věnuje se také aplikaci hudby v praxi.

Tento druh terapie je hraničním oborem mezi medicínou, psychologií a hudebním uměním, přičemž její hlavní cíl – léčba hudbou – má dlouhou tradici, a v současnosti představuje jednu z nejvýznamnějších moderních psychoterapeutických metod.

Odborníci tuto disciplínu zařazují mezi tzv. expresivní terapie, které jsou také nazývány neverbální, umělecké nebo kreativní. Hudba byla využívána již v prvopočátcích lidstva. Jsou známé mimoevropské rituální etnické obřady, léčitelské obřady, záznamy o léčení hudbou v antice, což patří mezi nejstarší dochované zmínky v Evropě. Ovšem za první moderní muzikoterapeutické počiny je možné počítat až období 20. století, kdy se tato disciplína dostává vpravdě k léčivým účinkům, které jsou zkoumány a aplikovány na odlišné skupiny osob, ať už s psychickými problémy, tak se speciálními potřebami nebo emocionálními poruchami.

Dnešní muzikoterapii lze pokládat za značně diverzifikovaný obor s širokým rozsahem možností aplikací v teorii i praxi. Výchovná síla hudebního umění působí na zdravou i narušenou osobnost.

Z hlediska svých podob a účasti jedince rozlišujeme muzikoterapii na:

Aktivní: člověk s postižením osobně hraje, zpívá nebo alespoň vyťukává rytmus (formou hry na tělo, autobodyterapie), nebo se jedná o tzv. pohybové hry; rytmické, vokální nebo hravé aktivity využívající především Orfeova instrumentáře a metodického systému; uplatňuje se zde složka pohybová, pantomimická, ale také např. výtvarný projev při hudbě a muzikomalba;

Pasivní: člověk s postižením hudbu poslouchá nebo vnímá; využívá se zde silně emočního náboje, zprostředkovává porozumění, vstup do nepoškozených komunikačních kanálů. Za velmi zajímavý pohled na muzikoterapii pasivní, čili také receptivní, pokládáme pohled Wehleho, který rozvádí tzv. Swabeho koncept z východního Německa. Tento koncept upozorňuje na úzké spojení hudební recepce s psychoterapeutickými metodami, přičemž jeho výhodami jsou nonverbální komunikační možnosti. Wehle dělí receptivní muzikoterapii dále na reakční a regulační. Reakční směřuje k vyvolání emočních procesů, které odhalují racionalizované nebo potlačené konflikty, a cílem regulační muzikoterapie je rozšíření spektra vnímavosti a psychoterapeutického prostoru. (Wehle in Pipeková, J., Vítková, M., 2001)

Z hlediska počtu účastníků rozlišujeme:

autoterapii – tj. muzikoterapie prováděná sebou samým, využívaná většinou laicky
heteroterapii – tj. muzikoterapie prováděná terapeutem, kterou dále dělíme podle velikosti skupiny na individuální, skupinovou (8 – 15 osob), popř. hromadnou (více než 15 osob).

Veškeré informace ohledně charakteristiky muzikoterapie lze shrnout v bodech: muzikoterapie využívá zvuku, hudby, hudebních elementů (rytmus, melodie, harmonie);

muzikoterapie rozvíjí vazby a vztah terapeut – klient prostřednictvím společných zážitků, zkušeností, komunikace;

hudba má neverbálně komunikační, strukturální, emocionální a kreativní kvality;

muzikoterapeut má odborné vzdělávání, je profesionální a kvalifikovanou osobou; cílovými skupinami této intervence jsou, mimo jiné, jedinci se zdravotními a edukačními problémy, jedinci různého věku a schopností;

muzikoterapie umožňuje naplnění nejrůznějších fyzických, emocionálních, intelektuálních, sociálních a jiných potřeb klientů;

mezi terapeutické cíle patří zejména cíle nehudební, které zahrnují: léčbu, učení, rozvoj sociálních interakcí, komunikace, sebevyjádření, motivace, zvládnání bolesti a stresu, zvýšení kvality života, osobní a duchovní rozvoj, ad.;

muzikoterapie může být realizována v různém uspořádání terapeutické situace (individuálně, skupinově, aktivně, receptivně, aj.);

má uplatnění v prevenci, léčbě i rehabilitaci

má uplatnění v široké nabídce institucí – vzdělávacích, léčebných, psychiatrických, gerontologických, pobytových, volnočasových, ad.

(srov. Kantor In: Müller, O., 2005, Franiok In: Pipeková, J., Vítková, M., 2001, Wehle In: Pipeková, J., Vítková, M., 2001, Franiok, P., 2005, Valenta, M., Müller, O., 2003, Mátejová, Z., Mašura, S., 1992)

Příklad: U osob s mentálním postižením je možné využívat hudbu a muzikoterapii v různých oblastech jejich života a s různými cíli a záměry.

Muzikoterapie patří z hlediska potřeb jedinců s mentálním postižením do obecné vzdělávací složky estetické výchovy, kde je zařazena jako hudební výchova.

Díky prolínání hudební výchovy do všech dalších oblastí edukačního systému hovoříme o stále nedoceneném celkovém rozvoji smyslovém a rozumovém. Rozumový vývoj dítěte může být citlivě, nenásilně a přitom velmi účinně, ovlivňován prostřednictvím všech forem a prostředků hudební výchovy. Například rozvoj komunikačních schopností, řeči - její rytmus, tempo i dynamika a melodičnost, jakož i celkový mluvní projev může být příznivě ovlivněn u dětí handicapovaných ještě před vstupem do školy. Všechny hudební činnosti svou podstatou předpokládají ovzduší naplněné pohodou a optimismem. (srov. Franiok In: Pipeková, J., Vítková, M., 2001)

Za nejvhodnější formu muzikoterapie u dětí s mentálním postižením patří skupinová aktivní muzikoterapie. Dětem se tato forma terapie líbí a více vyhovuje zejména z důvodu nenásilné skupinové dynamiky a možnosti nonverbální komunikace a pohybového prožitku. Ovšem typ a formu terapie je nutné zvolit na základě prozkoumání osobních individuálních možností a schopností recipienta či aktéra, který i přes výskyt mentální retardace nemusí vykazovat žádné známky postižené hudební složky osobnosti. Výskyt nedotčených hudebních schopností u dětí s mentálními deficity je již prozkoumanou záležitostí. Jedním z faktů týkajících se této oblasti je častý výskyt talentovaných dětí, jejichž kognitivní složka vykazuje nedostatky i přes genialitu, která se hudebních schopností a dovedností týče (viz termín idiot savant). Na druhou

stranu je tedy důležitější využívat konkrétních hudebních dovedností všech dětí individuálně a v závislosti na jejich možnostech.

Vliv hudby na člověka s mentálním postižením je, jak uvádí Franiok (2005) nesporný. Výchovná síla umění, zvláště hudby, působí na všechny. Podstatné a důležité je, stejně jako kreativita, vytvoření prostoru pro sebevyjádření, pro vizualizaci a konkretizaci vlastních potřeb a další pozitivní rozvoj jedince. Hudba je velmi působivý psychoterapeutický prostředek, který zvláště u osob s mentálním postižením je schopen vyvolat rychlou emoční reakci (změnit náladu, uvolnit napětí, pomoci zvládnout úzkost, ad.). Je navíc schopná působit na člověka dlouhodobě – správně sestavený program receptivní i aktivní muzikoterapie může přispět ke korekci psychofyzické, zlepšit chování člověka, vytvořit bezpečnou atmosféru, pomoci verbálně i neverbálně komunikovat, naslouchat a otevřít bránu do duše.

#4.3 Vztah speciálního pedagoga k arteterapii a muzikoterapii

Kompetence, přístup i vlastní osobnost speciálního pedagoga velmi intenzivně podmiňují charakter terapeutických postupů (nejen) arteterapie a muzikoterapie. Je na místě připomenout dostatečnou míru informovanosti speciálních pedagogů o cílové skupině lidí s postižením, se kterou pracují. Stále větší důraz klademe na odbornou způsobilost a další vzdělávání pedagogů, kteří pracují s jedinci se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním. Mezi osobnostní charakteristiky terapeutů rozhodně patří empatie, tvořivost, zodpovědnost a důslednost. Avšak neméně důležitá je etika, morální zásady a smysl pro spravedlnost, upřímnost a pravda, protože bez těchto vlastností veškerá odbornost i inteligence ztrácí svůj smysl.

Arteterapeutické i muzikoterapeutické metody, techniky a postupy lze v rámci speciálněpedagogické péče využívat pouze po řádném vyškolení, získání certifikátu nebo zaštitění konkrétní osobou či organizací. V České republice již existuje dostatek možností získání osvědčení k terapeutickým činnostem. Nabízí se zde možnosti vysokoškolského studia, doplňkového studia i placených soukromých kurzů.

Osvědčení o způsobilosti využívání arteterapie lze získat například:

Bakalářským studiem na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, na Pedagogické fakultě, obor Arteterapie, délka 3 roky

Celoživotním vzděláváním - doplňujícím pedagogickým programem Arteterapie na katedře psychologie PdF Masarykovy univerzity v Brně

Celoživotním vzděláváním - doplňujícím pedagogickým programem Arteterapie na Fakultě pedagogické Západočeské univerzity v Plzni

Účastí a studiem v akreditovaných kurzech – např. Akademie Alternativa Olomouc nabízí akreditovaný studijní obor Arteterapie, 3letý (480 hodin); Jednoleté studium zaměřené na arteterapeutické techniky a psychologii s akreditací MŠMT ČR v rozsahu 60 hodin nabízí v Ostravě, v Olomouci a v Praze vzdělávací a poradenské centrum GRACENT; atd.

Osvědčení o způsobilosti využívání muzikoterapie lze získat:

Celoživotním vzděláváním - doplňujícím pedagogickým programem Edukační muzikoterapie na Univerzitě Karlově v Praze

Celoživotním vzděláváním - doplňujícím pedagogickým programem Muzikoterapie na Fakultě pedagogické Západočeské univerzity v Plzni

Účastí a studiem v akreditovaných kurzech – např. Akademie Alternativa Olomouc nabízí akreditovaný studijní obor Muzikoterapie, 3letý (480 hodin); Celostní kurz muzikoterapie Lubomíra Holzera v Olomouci; Tříletý kurz a studium Muzikoterapie na Sociální akademii Tábor; Kurz Muzikoterapie Svatavy Drlíčkové v Olomouci; atd.

#Shrnutí

Arteterapie je schopná dát člověku nový pocit perspektivy, úspěšnosti, motivovat jej k další tvůrčí činnosti, tím formovat jeho charakter, budovat pozitivní zájmy, lépe a úspěšněji komunikovat a chtít se socializovat a integrovat do společnosti. Arteterapii dělíme, jako jednu z expresivních terapií, dělíme na receptivní a produktivní. Arteterapie je již samozřejmě využívanou terapií v oboru speciální pedagogika. Muzikoterapie zkoumá vliv hudby na tělesné a duševní zdraví či onemocnění. Vytváří speciálně pedagogické postupy a metody. Pozitivně ovlivňuje funkce organismu člověka a systematicky působí na celou jeho osobnost. Muzikoterapie je součástí léčebných a rehabilitačních procesů. Dá se pokládat za psychohygienický proces. Je nazývána expresivní, neverbální, uměleckou a kreativní terapií. Ve vzdělávacím procesu patří do oblasti estetické výchovy a rozvíjí tak její cíle. Terapie pomocí hudby má nespočet pozitivních stránek, vyzvedněme alespoň jednu, a to rozvoj komunikace, řeči a komunikačních schopností vůbec.

Kontrolní otázky a úkoly:

Popište cíl receptivní arteterapie.

Charakterizujte, v rámci muzikoterapie, regulační skupinovou heteroterapii.

Úkoly k textu

Pokuste se najít více informací o zrodu arteterapeutického směru „umění pro člověka“ a léčebných účincích arteterapie.

Které další „expresivní“ terapie (kromě muzikoterapie a arteterapie) znáte?

Vyhledejte na internetu arteterapeutickou a muzikoterapeutickou asociaci a prostudujte jejich náplň a výstupy.

Otázky k zamyšlení:

Zamyslete se nad tím, jak konkrétně vás hudba a umění ovlivňuje. Můžete uvést příklady z vlastního života?

Používáte ve své práci prvky arteterapie a muzikoterapie? Uveďte konkrétní příklady.

Citovaná a doporučená literatura

FRANIOK, P. Vzdělávání osob s mentálním postižením. Ostrava: OU v Ostravě, PdF, 2005. ISBN 80-7368-150-1.

JANKŮ, K. Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením. Ostrava: OU PdF, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5.

KALEJA, M., ZEŽULKOVÁ, E., FRANIOK, P. Žák se speciálními vzdělávacími potřebami v pedagogické komunikaci. Ostrava: PdF, 2011. ISBN 978-80-7464-022-3.

KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-7178-657-8.

- LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. Dětská psychoterapie. 3.vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-710-7.
- MÁTEJOVÁ, Z., MAŠURA, S. Muzikoterapia ve speciálnej a liečebnej praxi. Bratislava: SPN, 1992. ISBN 80-08-00315-4.
- MÜLLER, O. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. Terapie ve speciálně pedagogické péči. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
- SLAVÍK, J. Umění zážitku, zážitek umění. Praha: PdF UK, 2001. ISBN: 80-7290-066-8.
- ŠICKOVÁ – FABRICI, J. Základy arteterapie. Praha: Portál, 2002. ISBN: 80-7178-616-0.
- VALENTA, M. a kol. Přehled speciální pedagogiky a školská integrace. Olomouc: UP PdF, 2003. ISBN 80-244-0698-5.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. Psychopedie. Teoretické základy a metodika. Olomouc: Parta, 2003. ISBN: 80-7320-063-5.
- ZICHA, Z. Úvod do speciální výtvarné výchovy. Praha: UK, 1981.

#5 Dramaterapie a ergoterapie

Cíl kapitoly

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

Definovat stručně dramaterapii a její cíle;

Charakterizovat podstatu dramaterapie podle domácích i zahraničních zdrojů;

Definovat ergoterapii, pracovní a činnostní terapie;

Klasifikovat ergoterapii podle různých hledisek;

Nastítnit využití ergoterapie a dramaterapie u osob s mentálním postižením;

Posoudit využití dramaterapie a ergoterapie obecně ve speciální pedagogice.

Klíčová slova

Dramaterapie; prostředky dramaterapie; Morenovo psychodrama; dramaterapeutické techniky; ergoterapie; pracovní terapie; činnostní terapie; pracovní rehabilitace; generalizovaná ergoterapie; specifická ergoterapie; kondiční ergoterapie; pracovní začlenění; individuální ergoterapie; skupinová ergoterapie.

Čas na prostudování kapitoly

10 hodin

Průvodce studiem

Pátá kapitola kopíruje strukturu předchozí čtvrté kapitoly. Najdete zde nejen teoretické vymezení a klasifikace dvou dalších velkých terapeutických komplexů – dramaterapie a ergoterapie, ale rovněž praktické využití těchto terapií u osob s mentálním postižením. Jak jste si všimli, směřuji ukázky vždy do oblasti psychopedie, je to proto, že pro studenty speciální pedagogiky, kteří již mají určité vědomosti, je nejlépe představitelný právě klient s mentálním postižením. Často mají studenti také konkrétní praktické zkušenosti z této oblasti. A navíc, terapie se využívají právě u této skupiny osob nejvíce.

#5.1 Dramaterapie ve speciální pedagogice

Dramaterapie patří neodmyslitelně mezi terapie ve speciální pedagogice často využívané. Svými praktickými metodami a technikami zasahuje konkrétním a

zážitkovým způsobem do života všech, kteří se jí chtějí účastnit. Tento terapeutický směr je dnes již jednoznačně vymezen v rámci mnoha odborných vědeckých studií a literatury, která vychází z psychoterapie, stejně jako většina dalších terapeutických disciplín.

Dramaterapii bychom mohli označit za léčebně – výchovnou disciplínu (terapeuticko-formativního rázu), v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení stavu symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti. (srov. Valenta, M. 2001, Majzlanová In: Pipeková, J., Vítková, M., 2001)

Z léčebně pedagogického hlediska vidíme nejvýznamnější přínos dramaterapie v tom, že poskytuje možnost netraumatizujícího ventilování pocitů, sebepoznání a sebeakceptace, získávání pozitivních zkušeností, umožňuje sebevyjádření, zlepšuje poznávání sebe samého i ostatních.

Dramaterapie se tedy od ostatních terapií liší zejména svými prostředky, jež patří do dramatického umění (využíváme hraní rolí, metaforické vyjadřování, scénický prostor, pantomima, atd.).

Také různé asociace dramaterapeutů (např. The British Association of Dramatherapists – BADTH – Great Britain; The National Association for Drama Therapy - NADT – USA; The Irish Association of Dramatherapists – IAD – Ireland; ad.) chápou tento psychoterapeutický směr velmi podobně a nabízí následující vymezení: Dramaterapie nabízí nový směr k řešení starých problémů, zahrnuje aktivní i pasivní metody divadelní a dramatické, které pomáhají dosáhnout různých individuálních i obecných cílů klienta, pomáhají zlepšovat kvalitu života, podporují kreativitu a představitost, prohlubují a rozšiřují vnitřní osobní život a zkušenosti člověka.

Pojetí dramaterapie původně vychází z konceptu Morenova psychodramatu.

(Psychodrama je diagnostická a terapeutická metoda blízká projekčním metodám a sociometrii. Jeho podstatou je modifikované divadlo, kdy má hlavní herec spontánně improvizovat na jevišti.)

Dramaterapie se od psychodramatu oddělila koncem 60. let 20. století a tudíž toto období pokládáme za počátek moderní dramaterapie.

Dramaterapie má širokou škálu využití v různých zařízeních, zahrnujíc nemocnice, školy, domovy a institucionální zařízení, vězení i soukromý sektor. Dramaterapie existuje v mnoha formách a může být aplikována na jednotlivce, páry, rodiny nebo skupiny osob. Využívání dramatické akce a divadelních technik v rámci dramaterapie, jakožto terapeutické intervence, vzniklo s rozvoje psychodrama. Oblast dramaterapie zahrnuje mnoho rozličných forem – kupříkladu hraní rolí, divadelní hry, skupinové dynamické hry, pantomimu, loutkoherectví a další improvizální techniky.

Cílem dramaterapie obecně je pomoci klientovi:

vyřešit problém

proniknout k sebepoznání

porozumět osobnostním proměnám

vysvětlit a modifikovat nesprávné a nežádoucí vzory chování

zvýšit sociální interakci a interpersonální inteligence

uvolnit se

zvládnout a kontrolovat emoce
rozšířit repertoár rolí pro život
získat schopnost spontánního chování
rozvítjet představivost a koncentraci
posílit sebedůvěru a sebeúctu
poznat a přijmout svoje omezení i možnosti.

(Valenta, M., 2003, Emunah, 1994 In: Valenta, M., 2001)

Odborníci, kteří se dramaterapií zabývají v praxi, uvádějí za nejoblíbenější a nejvíce vyskytovanou techniku dramaterapie nejen pro děti a osoby s postižením hru a hravé techniky.

V průběhu hry se může značně zvýšit úroveň sociálního statutu dítěte s postižením soustavnou podporou, nenápadnou pomocí i napodobováním. Učení na základě modelu hry bývá využíváno i ke zvýšení sebeřízení a sebekontroly. Herní metoda je u dětí nejčastěji zaměřena na individuálního jedince s důrazem na terapeutický vztah nebo je založena na psychodynamice. Prakticky se týká využívání dramaterapeutických a dramatických technik na prvním stupni kupříkladu loutkové hry, na druhém stupni pak dramatizace textů. Hra s sebou přináší efekt projekce do palety sociálních rolí a situací, umožňuje dětem principem „jako“ proniknout do vztahů ukrytých pod povrchem věcí a jevů, vciťovat se do charakteristik postav a především zvládat a řešit nejrůznější životní situace. Přece, kdo z nás si nehraje rád?

Příklad: V rámci edukace jedinců s mentálním postižením je dramaterapie dnes již využívána velmi často. I přestože musíme postupovat podle zásad práce s jedinci s mentálním postižením (systematické vedení, názorný příklad a výklad požadavků, častější opakování a vracení se k těm dramatickým aktivitám, které osoby s mentálním postižením zaujaly), je tato metoda velmi účinná. Při náplni realizace a improvizací vycházíme z témat, která jsou obecně známá (pohádky, známé příběhy, situace denního programu a režimu, ad.). Velmi důležité je zapojení všech smyslů skrze smyslovou perцепci, pohybových a rytmických cvičení s cílem rozvoje koordinace a hrubé i jemné motoriky. Velký význam mají neverbální techniky pohybového charakteru, zejména pak etudy, prostřednictvím kterých učíme člověka uvědomovat si, jak ho vnímá okolí. Volná dramatizace pak slouží k nácviku společenského chování a zvládnání sociálních situací a rolí.

Dramaterapie se promítá také do běžných osnov škol, které si kladou za cíl edukaci jedinců s mentálním postižením, promítá se tedy zčásti jako předmět dramatické výchovy. Její specifikum i úkoly jsou podobně zaměřeny na rozvoj jedince a jeho úspěšné začlenění, přičemž využívá metod dramatického umění a divadla, ale také výtvarného umění a hudby.

Dramatická výchova splňuje minimálně tři podmínky, které jsou pro zkvalitňování života těchto dětí zvláště podstatné:

nabízí učení zkušeností, která je předávaná přijatelným způsobem, vytvořená nejčastěji v herní situaci a nabytá v realitě;

vytváří prostor pro zpracování zkušeností, jejich zobecnění – generalizaci, a zařazení do systému předchozích zkušeností, při jejich zpracování nabízí různé volby metod a technik;

umožňuje rozvinout komunikační prostor, verbální či neverbální sdělování informací a nabytých zkušeností a zážitků.

#5.2 Ergoterapie ve speciální pedagogice

Pracovní a činnostní terapie – jak napovídá složený název - z řečtiny ergon = dílo a therapeia = ošetřování, léčení – terapie nebo léčba prací, je v systému speciální pedagogiky již skoro doma. Od prvopočátků speciálněpedagogické péče směřovaly snahy odborníků i laiků do oblasti práce a využitelných praktických činností.

O povzbudivém vlivu práce věděli již starověcí lékaři, ovšem jako léčebnou metodu ji použil poprvé na přelomu 18. a 19. století v době Velké francouzské revoluce francouzský psychiatr Phillipe Pinel (1745 – 1826). Toto období s sebou přineslo nové pojetí a chápání lidských práv, které změnilo i přístup k „duševně postiženým“, kteří byli až do té doby vyháněni za hradby měst, ponižováni a týráni. Represe byla vyměněna za léčbu založenou na morálce, jejíž součástí bylo léčení prací. Pinel v tomto období podává zprávu o „...zavedení jakési protiváhy proti poblouzněním ducha, spočívající v půvabu a kouzlu polních prací, v přirozeném instinktu, jenž člověka pudí obdělávat zemi a žít se plody své píce. Vidíme je, jak se ráno vesele rozbíhají do různých částí rozlehlé ohrady u špitálu, jak si s jakousi dychtivou řevnivostí rozdělují sezónní práce, pěstují pšenici, zeleninu, užitkové rostliny, sklízí, češou hrozny, trhají olivy a večer se vrací do samoty svého útulku, aby tu našli klid a pokojný spánek. Stálá zkušenost tohoto špitálu ukazuje, že to je ten nejjistější a neúčinnější prostředek k navrácení rozumu.“ (Foucault, 1993, s. 133) V Čechách se později zasloužil o velký rozvoj ergoterapie prof. Rudolf Jedlička ve svém ústavu v Praze, zejména při léčení dětské obrny a jejích následků. V neposlední řadě pak období po dvou světových válkách přineslo vlnu profesní rekvalifikace válečných invalidů, kteří nemohli vlivem zranění vykonávat svá původní povolání a hledala se pro ně nová místa pracovní – terapeutická.

V současnosti je ergoterapie samostatným oborem, který má vybudovaný systém metod a technik, ať už preventivních, hodnotících či pracovních rehabilitačních, a využívá se u široké klientely s různými potřebami a postižením. Jak uvádí Hopkins (1979) je ergoterapie založena na předpokladu, že smysluplná činnost (zaměstnání) zahrnující interpersonální vazby a vztahy s prostředím, může být použita k prevenci a ovlivňování dysfunkce a k dosažení maximální adaptace. Činnosti používané ergoterapeuty obsahují jak vlastní, tak terapeutický smysl. (srov. Hopkins In: Müller, O., 2005) Člověk sám, jeho aktivita, kreativní zapojení do jakékoliv činnosti, ke které je motivován, a dělá ji rád, je nástrojem uzdravení ducha i těla.

V případě pracovní i činnostní terapie jde o dvě vzájemně se překrývající metody. Lze je obě definovat jako záměrnou manipulaci s materiálem. Rozdílem mezi těmito terapiemi může být snad jen to, že ergoterapie směřuje k jistému konkrétnímu výrobku, čili k výslednému okamžiku práce, a činnostní terapie si klade za cíl samotnou činnost práce.

Ergoterapie je disciplínou, která patří na rozhraní mnoha oborů. Primárně je spojována s pracovní rehabilitací, ovšem zde je patrné, že její pojetí zdravotníky a speciálními pedagogy se liší. Pokud je takto spojována s rehabilitačními účely, pak bychom se přiklonili k definici, kterou uvádí Dočkal (2001), a to: „...ergoterapie je zdravotnická

disciplína, která nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, s fyzickým, psychickým či intelektovým postižením, omezujícím jejich funkční kapacitu a samostatnost.“ (srov. Dočkal In: Müller, O., 2005, s. 253) Samozřejmě na druhou stranu využívá ergoterapie specifické a diagnostické metody a prostředky, které pomáhají k obnově postižených funkcí a jejím cílem je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti a zvýšení kvality života. Horňáková (2003) konstatuje, že činnostní terapie využívají skutečností, že všechny závažnější problémy člověka se odrážejí v jeho praktické činnosti, a že je tedy možné je vhodně zvolenými činnostmi a zaměstnáním ovlivnit. Výrobek a dokončená práce v rámci činnostní terapie má až druhořadý význam, podstatný je proces pracovní činnosti, na rozdíl od ergoterapie. (Horňáková, M., 2003) Pracovní i činnostní terapie je velmi často využívána právě u osob s nejrůznějšími formami zdravotního postižení, kterým je vypracován individuální, nejen léčebný, program, jenž respektuje jeho zdravotní stav i typ postižení.

Podle Gútha (2004) nelze vnímat ergoterapii jen jako léčbu zaměstnáváním, ale hlavně jako ergoterapii cílenou, která má tyto dvě formy:

generalizovanou - věnuje se nepostiženým částem těla;

specifickou - věnuje se obnovení pohybů postižených částí těla.

Podle zaměření a cílů dělíme ergoterapii na:

kondiční ergoterapii, která se snaží zejména o psychickou rovnováhu;

ergoterapii cílenou na postiženou oblast (přesné, cílené a dávkované pohyby při práci);

ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění;

ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti.

(Gúth, A., 2004)

Z hlediska počtu zúčastněných klientů můžeme ergoterapii rozlišovat na:

ergoterapii individuální;

ergoterapii skupinovou.

Individuální terapií je většinou nácvik směřující k rozvoji osobnosti, prováděný odborně vzdělanými pracovníky.

Za terapii skupinovou považujeme ergoterapii v různých vedených dílnách s cílem rozvoje určité oblasti, a určitých schopností a dovedností.

Příklad: Pracovní terapie má nezastupitelný význam pro usnadnění života osob s mentálním postižením v rámci socializace, reedukace, resocializace a začlenění.

V rámci komplexní rehabilitační péče osob s mentálním postižením jsou sledovány následující cíle a úkoly:

nácvik soběstačnosti a samostatnosti (při jídle, hygieně, oblékání, úklidu)

nácvik a zlepšení jemné motoriky (psaní s použitím pomůcek pro pravou nebo levou ruku či jiný způsob psaní; nácvik uchopování, zlepšení pohyblivosti prstů, ruky a celé horní končetiny)

nácvik a zlepšení hrubé motoriky, koordinace a pohyblivosti (výcvik a rozvoj poškozených funkcí končetin, zlepšování obratnosti a zručnosti)

udržování dobré psychické i fyzické kondice (tělesná i duševní zdatnost v praktických činnostech)

rozvoj smyslové percepce a myšlení

zlepšování soustředěnosti a pozornosti

rozvoj kognitivní a paměťové složky osobnosti

posílení sebehodnocení a sebepojetí nenásilnou formou
zvyšování schopnosti učení a nabízení alternativních výchovně vzdělávacích metod a technik

rozvoj estetického vnímání

rozvoj kladného vztahu k práci

rozvoj sociálních vazeb (ke spolupracovníkům, vychovatelům, primární rodině)

upevňování zdravých, zachovalých složek osobnosti, schopností a dovedností jedince

upevňování hodnot z pohledu mravní a morální zodpovědnosti a kultury člověka

zlepšení komunikace verbální, neverbální, sociální, alternativní, ad.

Ovšemže, předpokladem úspěchu této terapie je nutnost individuálního přístupu, trpělivost, důslednost, soustavnost a časté cvičení a opakování.

U dětí s mentálním postižením je pak nejčastější technikou hra a přirozené konkrétní prostředky, kterými dostatečně motivujeme a ovlivňujeme zejména emocionální složku osobnosti. Děti jsou hrou více stimulovány a často imitují každodenní práce, či profese, ale i sebeobsluhu a hygienu.

U osob s mentálním postižením využíváme k ergoterapeutickým cílům hlavně:

rukodělných činností (práce s textilem, dřevem, přírodními materiály, papírem, kovem, s umělými hmotami, atd.);

výcvik v oblasti praktického života (péče o domácnost, nácvik konkrétních postupů při řešení určitých životních problémů).

Je ovšem nutné počítat právě zde u osob s mentálními deficity, s nedostatečnou motivací, vůlí a stálostí. U žáků s lehkým (popř. středně těžkým) typem postižení musí být terapeutické cíle plněny v rámci odpovídajících rámcových vzdělávacích programů (tj. třeba pracovní výchova, výtvarná výchova, v základní škole praktické, speciální, rehabilitační třídě). U osob s těžšími typy postižení bývá tato složka edukace plněna samostatně a většinou individuálním způsobem (funguje kupříkladu v domovech pro osoby s těžkým postižením a více vadami). Klienti těchto zařízení mají k dispozici často některé z dílen, v nichž se ergoterapie a činnostní terapie organizují, většinou pod záštitou stacionáře nebo dobrovolných a charitativních organizací, magistrátu a kraje, právě podle zájmu jedince a zachovalých schopností fyzických i psychických. Často využívané jsou:

tkalcovská dílna

výtvarná dílna

oděvní dílna

keramická dílna

kovodílna

truhlářská dílna

dřevařská dílna

košíkářská dílna, atd.

Ergoterapie se smysluplně využívá i v rámci volnočasových aktivit osob s mentální retardací. V tomto případě se hledají takové aktivity a techniky, které by jednak mohly člověka zabavit, a jednak mu prospět celkovou aktivizací (jsou zde zahrnuty také sportovní aktivity a využívání kompenzačních pomůcek u osob s těžkým a souběžným postižením více vadami, kteří jsou například dlouhodobě ležící).

#Shrnutí

Dramaterapie i ergoterapie jsou v rukou speciálních pedagogů, kteří tyto terapie správně uchopí a znají, mocným prostředkem.

Skrze drama a divadelní techniky je možné člověka mnohem více prozkoumat. U osob se speciálními potřebami využíváme tyto techniky nejen v rámci volnočasových aktivit, ale hlavně v přímé edukaci a podpoře výchovy a vzdělávání.

Ergoterapie, i přestože byla, a stále je, více v rukou rehabilitačních pracovníků, je rovněž nepostradatelnou disciplínou v našem oboru. Pozitivní využití pracovní a činnostní terapie vidíme již v minulosti. Více, než kterákoliv jiná terapeutická metoda, přispívá ergoterapie k integraci a socializaci osob s postižením právě rozvojem pracovních schopností a dovedností, a tím ke zlepšení sociální situace těchto lidí. Pracovní rehabilitace je jednou z nejdůležitějších úkolů moderní speciální pedagogiky.

Kontrolní otázky a úkoly:

Které dramaterapeutické prostředky znáte?

Co znamená termín generalizovaná kondiční ergoterapie?

Úkoly k textu

Najděte v textu formy dramaterapie, zamyslete se nad nimi, a pokuste se vymyslet nebo najít v odborné literatuře i další příklady.

Popište rozdíl mezi ergoterapií využívanou ve zdravotnictví a ve školství.

Otázky k zamyšlení:

Je vám osobně bližší divadlo nebo práce, dramaterapie nebo ergoterapie? Proč tomu tak je? Co ovlivňuje výběr těchto odlišných aktivit a činností?

Citovaná a doporučená literatura

FOUCAULT, M. Dějiny šílenství. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1993. ISBN 80-7106-085-2.

GÚTH, A. Vyšetrovacie metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov: učebnica určená pre fyzioterapeutov, rehabilitačných pracovníkov, rehabilitačných asistentov a iných študujúcich v oblasti rehabilitácie. Bratislava: LIEČROH Gúth, 2004. ISBN 80-88932-13-0.

HORŇÁKOVÁ, M. Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2003. ISBN 80-968927-6-2.

JANKŮ, K. Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením. Ostrava: OU PdF, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5.

MÜLLER, O. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. Terapie ve speciálně pedagogické péči. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

VALENTA, M. Dramaterapie. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-586-5.

VALENTA, M. a kol. Přehled speciální pedagogiky a školská integrace. Olomouc: UP PdF, 2003. ISBN 80-244-0698-5.

#6 Canisterapie a hiporehabilitace

Cíl kapitoly

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

Definovat stručně canisterapii a její cíle;

Charakterizovat formy a druhy canisterapie;

Definovat hiporehabilitaci, shrnout její klasifikaci a využití z různých hledisek;

Nastínit využití canisterapie, hiporehabilitaci a hipoterapii u osob s mentálním postižením;

Posoudit využití animoterapií obecně ve speciální pedagogice.

Klíčová slova

Canisterapie; AAA – Animal Assisted Activities; AAT – Animal Assisted Therapy; AAE – Animal Assisted Education; hipoterapie; hiporehabilitace; aktivity s využitím koní (AVK); terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků; parajezdeckví.

Čas na prostudování kapitoly

8 hodin

Průvodce studiem

Vážení studenti, dostali jsme se až na samotný závěr tohoto studijního textu.

V poslední kapitole se ještě dozvíte něco málo o canisterapii a hipoterapii. Tyto druhy terapií s účastí zvířat není možné vynechat. Mnohdy nepotřebuje člověk s postižením nic jiného než někoho blízkého. Mnohdy musí zvíře suplovat lásku bližních, která je nedostačující nebo pražádná.

Uvědomte si, že žádné postižení není horší než nevšímavost, sobectví a alibismus.

Bohužel, žádné terapie, ani ty, které jsou perfektně zorganizovány a systematicky plněny, nenahradí člověka a teplou lidskou dlaň!

Mezi metodami terapeutické činnosti praktikovanými ve speciálněpedagogické praxi zaujímá svým způsobem výjimečné postavení terapie s účastí zvířete – zooterapie, či chcete-li animoterapie. Nejčastějšími jsou pak hipoterapie, hiporehabilitace a canisterapie, čili terapie a činnosti s využitím koně nebo psa. Výjimečnost lze pochopitelně připsat právě terapeutickému prostředku, kterým je zde, kromě člověka, ještě jiný živý tvor – zvíře. Vzhledem k těmto druhům terapií může jít obecně o kterákoliv společenská zvířata. Nejčastěji je to pes, oblíbené zvíře mnoha lidí, zvláště proto, že umí poskytnout kladné emoce. Ovšem často je využívána i kočka, ale ta, jak její chovatelé ví, není vždycky vstřícná, což může citlivého klienta ranit nebo zasáhnout. Hojně jsou při terapiích využíváni hlodavci – myšky, křečci, morčata, králíčky, k pozorování mohou sloužit rybičky, želvy, pro náročné hadi a také exotičtí obojživelníci.

#6.1 Canisterapie ve speciální pedagogice

Profesor Zdeněk Matějček, který byl sám členem Canisterapeutické asociace, upozorňoval na velký vliv zvířat takto: „Za ta léta v psychologické praxi jsem došel k poznání, že domácí zvířata (o psech to platí na prvním místě) mají na psychiku dítěte pozoruhodný stimulační, a to pozitivně stimulační, vliv.“ (Matějček, 2001, s. 21)

Léčebné účinky života se psem nejsou objevem moderní psychologie, lidé je znají již tisíce let. V rámci canisterapie jde o pozitivní působení přítomnosti psa na zdraví člověka, přičemž klademe důraz na řešení problémů psychologických, citových a sociálně – integračních, působení na lidské zdraví je zde druhotné.

Canisterapie se uplatňuje především jako podpůrná terapie při řešení situací, kdy mohou jiné metody selhávat nebo se nedají použít.

Canisterapie se dá stejně jako jiné formy animoterapie rozdělit podle Galajdové (1999) do dvou oblastí:

AAA – Animal Assisted Activities – které se zaměřují na zvýšení kvality života klienta, působí motivačně, stimulačně, odpočinkově, apod.; lze vyjádřit pocity štěstí a radosti; nemá specifické cíle, jde o aktivity, které vyplývají ze spontánní přítomnosti psa a také z požadavků člověka. Lze rozdělit AAA na následující formy:

pasivní – klient se o psa nemusí starat, jde o nejjednodušší formu pozitivní přítomnosti psa,

interaktivní - rezidentní – pes je neustále v zařízení, klienti o psa pečují nebo, interaktivní - návštěvní – kdy dochází pes na terapii pravidelně v danou dobu.

AAT – Animal Assisted Therapy – je metoda cílená, zvíře je součástí terapeutického procesu; cílem je posílení žádoucího a utlumení nežádoucího chování člověka; její proces, fáze, diagnostika i průběžná evaluace jsou důkladně promyšleny a dokumentovány. (Galajdová, L., 1999)

AAE - Animal Assisted Education – je metodou, která se zaměřuje na rozšíření nebo zlepšení výchovy a vzdělávání a sociálních dovedností dítěte se zdravotním postižením, sociálním znevýhodněním. (srov. www.pespritelecloveka.cz, 2013)

Canisterapie se dá rozčlenit také podle počtu klientů – na individuální a skupinovou formu. Individuální forma bývá preferována více u lidí imobilních a stěžejní částí této terapie je relaxační část. Skupinová forma má výhodu právě pro osoby mobilní, u kterých se více preferuje aktivizace a aktivní účast. (Vrbová In: Müller, O., 2005)

Canisterapie se může uplatnit tedy zejména u následujících skupin a osob se speciálními potřebami:

u osob s mentálním postižením

u dětí a dospělých s autismem (pes se stává prostředníkem mezi světem autistů a světem reálným, boří komunikační bariéry)

u dětí a mládeže s emocionálními poruchami, poruchami chování a citovou deprivací (psi se stávají kamarády, důvěrníky, hra s nimi navazuje pocit radosti, jistoty a bezpečí)

u osob se smyslovým postižením (psi vodící pro osoby s postižením zraku, psi signální pro osoby s postižením sluchu, plní roli jak pomocníků, tak společníků)

u lidí s duševním onemocněním a některými duševními poruchami (zklidnění a uvolnění, důvěrná atmosféra, řešení osobních problémů)

u osob apatických (pes vybízí k aktivitě, odbourává egocentrismus)

u osob s narušenou komunikační schopností (motivační i rehabilitační pomocník také v rámci logopedických cvičení a alternativní komunikace)

u dětí i dospělých s dlouhodobou a chronickou nemocí, zdravotně znevýhodněných (pes je příjemnou změnou v nemocničním a sterilním prostředí, vytrhuje ze stereotypu)

u seniorů a nemocných starších lidí (pes naslouchá a nekritizuje, je stálým společníkem). (srov. www.pespritelecloveka.cz)

Tato terapie má význam a vliv na psychický stav jedince a jeho duševní zdraví.

Canisterapie je alternativní a pomocnou formou terapie, která má pozitivní vliv na všechny složky osobnosti. Podle Valenty (2003) vychází canisterapie z axiomu, že pes

patří mezi spolehlivé a jisté partnery člověka v jeho osamění a nemoci, a že toto partnerství je dobrým stimulem pozitivních psychických i sociálních změn. (Valenta, M., 2003)

Příklad: V rámci speciálněpedagogických potřeb a edukace jedince s mentálním postižením se využívá pes v canisterapii zejména jako prostředník, který zprostředkovává vztah s okolním světem, pomáhá mu při orientaci a nácviku sebeobsluhy. Podstatným způsobem pes motivuje jedince s mentálním postižením rozvíjením rozumových schopností, kognitivní složky osobnosti, ale také k rozvoji sociálních dovedností. Pes dokáže eliminovat emoční výkyvy a negativistické projevy nálad, učí dítě zodpovědnosti a osvojování si určitých vědomostí, dovedností a návyků. Canisterapie tedy přispívá k soběstačnosti, nezávislosti, nahrazuje člověku s mentálním postižením nedostatek vjemů, naučí jej rozlišovat různé situace, gesta a reakce. U osob s mentálním postižením patří mezi dílčí nejužívanější formy canisterapie hlavně mazlení se psem, hlazení psa, a cílené hry se psem s využitím různých pomůcek. Jedná se tedy buď o formy AAA (viz výše), které jsou prováděny v rámci domovů, institucí a chráněného bydlení, nebo o formy AAT a AAE, prováděných v mnoha typech rehabilitačních center, ale také ve školách pro žáky se souběžným postižením více vadami.

#6.2 Hipoterapie

Hipoterapie je součástí zastřešujícího a nadřazeného termínu hiporehabilitace.

Hiporehabilitace soustřeďuje všechny aktivity, činnosti a terapie, ve kterých se setkává člověk se zdravotním postižením a kůň. Hiporehabilitace patří k významné prožitkové činnosti, kde se blahodárné působení koně využívá v rozvoji tělesné, duševní i sociální složky zdraví.

Název hipoterapie spojuje původně řecké termíny hippos = kůň a therapeia = léčba.

Hipoterapie je tedy speciální forma léčebné rehabilitace, která ideálně spojuje fyzické a psychické prvky. (Pipeková In: Pipeková, J., Vítková, M., 2001)

Hiporehabilitace se podle České hiporehabilitační společnosti dělí tedy na:

Hipoterapii

Aktivity s využitím koní (AVK)

Terapii s využitím koní pomocí psychologických prostředků

Parajezdectví

Hipoterapie je léčebná metoda, která působí na klienta prostřednictvím pohybových impulzů, vznikajících při koňské chůzi. Přenosem těchto impulzů přes koňský hřbet na člověka dochází k probouzení celého CNS. Například díky tomu, že kůň má velice podobný pohybový stereotyp chůze jako člověk, nutíme tak CNS dítěte s tělesným postižením zpracovávat a vysílat vjemy a příkazy, které by za normálních okolností vysílal při chůzi. Můžeme tedy docílit určitých pokroků právě ve vývoji hrubé a jemné motoriky u dětí i dospělých (zlepšení koordinace, rovnováhy a vzpřímeného postoje). Hipoterapie může být indikována nejen při aktuálním řešení stavu dítěte nebo dospělého s postižením, ale také preventivně, kupříkladu k oddalování vlivu některých úrazů, degenerativních onemocnění, pooperačních stavů, atd.

Nesmírnou výhodou, jak dále uvádí Česká hiporehabilitační asociace, je opakování pohybového vzorce a realizace celé stimulace v prostoru. Jiný podobný prostředek,

který by umožňoval člověku s postižením po dobu terapie stimulaci zdravého pohybu na bázi chůze ve fyzioterapii v současnosti není k dispozici.

Aktivity s využitím koní jsou aktivitami pro pedagogickou a sociální sféru. Původně patřily pod tzv. pedagogicko-psychologické ježdění. Tato metoda využívá celkové atmosféry prostředí jezdecké stáje, kontaktu s koněm a vztahu s ním. Nejedná se, stejně jako u hipoterapie o aktivitu koně, ale o jeho vedení a pasivní využívání jeho pohybu.

Terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků je terapií, kterou můžeme nazvat psychoterapií. Jedná se o metodu, která ke změnám prožívání a chování jedince se speciálními potřebami využívá vztahu a kontaktu s koněm na psychoterapeutické bázi.

Parajezdectví je konečně aktivní sportovní metodou a nabízí sportovní vyžití pro jezdce se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním. Člověk, který se parajezdectví účastní se aktivně učí jezdit na koni, voltižním cvikům a vedení koně. Parajezdectví má již své soutěže i vítěze.

(srov. www.hiporehabilitace-cr.cz, 2013)

V rámci hiporehabilitace uceleně dochází ke čtyřem základním stimulacím v oblasti lidského organismu:

stimulace prožívání (zahrnuje emoční aktivizaci, relaxaci, příjemné sensorické a motorické podněty taktilního, vizuálního, sluchového, čichového a čistě motorického rázu)

stimulace tělesná (svalová stimulace a relaxace, stimulace dechu, správného držení těla a vnitřních orgánů, pozitivní vliv na biochemickou regulaci organismu, trénink koordinace pohybů a rovnováhy)

stimulace kognitivních funkcí (stimulace paměti, pozornosti, exekutivních funkcí, orientace v prostoru)

stimulace sociální (podpora zdravého sebevědomí a správného sebehodnocení, sebereflexe a zpětná vazba, stimulace vůle a motivace, formování interpersonálních vztahů ve skupině, asertivita, kooperace, stimulace kreativity). (Rynešová, P., 2006)

V množství případů popisují lidé příjemné a povzbudivé pocity z toho, že si dokázali na koně sednout nebo ho vodit. Obecně pohled z koně působí na člověka sedícího na jeho hřbetě velmi povznášejícím dojmem: cítí se vysoko, vidí svět z nadhledu. Lidé se speciálními potřebami tak alespoň na chvíli zažívají pocit, že jsou něčím výjimeční. Ne nadarmo staří Arabové říkali, že nejkrásnější pohled na svět je z koňského hřbetu.

Příklad: U osob s mentálním postižením jsou všechny složky uvedeného modelu hiporehabilitace využitelné. Ať už jako volnočasové aktivity nebo v rozvoji tělesné, psychické a sociální složky osobnosti hraje kůň velmi důležitou roli. Hipoterapie samotná je více používána u dětí se souběžným postižením více vadami, nejčastěji s těžší formou dětské mozkové obrny, degenerativních onemocnění a svalových dystrofií a atrofií. Pro osoby s diagnózou z oblasti psychiatrie a psychologie je podstatně významnější užívání aktivit pomocí koně a parajezdectví, které pomáhá při korekci individuálních problémů.

Podle Vladimíry Caskové (2001) je práce s koněm nejčastěji a s největšími zkušenostmi aplikována právě při práci s dětmi s omezenou schopností učení a dětmi s nápadnostmi v chování. Do edukace dětí s mentálním postižením může kůň výrazně zasáhnout,

protože do paměti se snadněji ukládají pohybové zkušenosti, nové poznatky a zážitky podbarvené emocionálně. U dětí s vyšším stupněm mentálního postižení zjišťujeme omezení nebo absenci různých citových vazeb, což je způsobeno řadou deprivačních činitelů. V tomto případě může být léčebné působení jízdy na koni účinným prostředkem ke zlepšení stavu a ke kompenzaci eventuálních psychopatických rysů. (srov. Casková In: Pipeková, J., Vítková, M., 2001)

#Shrnutí

Lidé se speciálními potřebami mají často velmi blízko právě ke zvířatům. I přestože mnohokrát nejde o cílenou a propracovanou terapii, patří zvláště pes a kůň mezi tvory, kteří ovlivňují kvalitu života všech lidí.

Terapie, která využívá psa ke svým cílům, se nazývá canisterapie. Můžeme ji rozdělit podle toho, zda využíváme psa spíše ke zkvalitňování a zlepšování života individuálně, nebo zda organizujeme terapeutický proces s vlastním cílem a strukturou. Viz AAA nebo AAT.

Terapii, která prostřednictvím koně, zajišťuje konkrétní léčebné terapeutické úkoly nazýváme hipoterapií. Zastřešujícím termínem je hiporehabilitace, kterou dělíme na hipoterapii, aktivity s využitím koní (AVK), terapii s využitím koní pomocí psychologických prostředků a parajezdeckví.

Na hiporehabilitaci nahlížíme buďto z pohledu psychoterapeutického nebo zdravotnický rehabilitačního. Oba procesy jsou velmi pozitivně hodnoceny v péči o osoby se zvláště těžkým postižením a souběžným postižením více vadami. Blízkost kterýchkoliv zvířat v životě člověka vždy rozvíjí jeho charakteristické rysy, projev a ovlivňuje jeho aktivity a činnosti.

Kontrolní otázky a úkoly:

Jak dělíme canisterapii podle cíleného využívání psa?

Jaký je rozdíl mezi terapeutickým využíváním koně a rehabilitací za pomoci koně?

Otázky k zamyšlení:

Které zvíře byste, kromě psa a koně, doporučili dětem s postižením? Na čem, podle vás, tento výběr závisí nejvíce?

Citovaná a doporučená literatura

GALAJDOVÁ, L. Pes lékařem lidské duše aneb canisterapie. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-789-3.

JANKŮ, K. Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením. Ostrava: OU PdF, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5.

MATĚJČEK, Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. Praha: H+H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

MÜLLER, O. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. Terapie ve speciálně pedagogické péči. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

RYNEŠOVÁ, P. Když kůň léčí duši. In: Psychologie dnes. 12. roč., č. 2. Praha: Portál, 2006. ISSN: 1212-9607.

VALENTA, M. a kol. Přehled speciální pedagogiky a školská integrace. Olomouc: UP PdF, 2003. ISBN 80-244-0698-5.

Elektronické odkazy:

Hiporehabilitace a hipoterapie. 2013 [online] [cit. 2013 -05-18] Dostupné z www:

<http://hiporehabilitace-cr.cz/category/hiporehabilitace/>.

Využití canisterapie. Formy canisterapie. 2013 [online] [cit. 2013 -05-18] Dostupné

z www: <http://www.pespritelcloveka.cz/kategorie.aspx/vycvik-a-sport/clanek/Canisterapie/>.

#Závěr

V závěru vám všem přeji hodně zdaru a úspěchů při práci s terapeutickými metodami a terapiemi!

Prosím, uvědomte si, že kromě správné organizace a naplánování všech částí terapeutického procesu, je vždy na prvním místě člověk, pro kterého terapii vytváříte. Jedinečná individuální bytost, která i přes své nedokonalosti chce žít plnohodnotný život. Vždycky mějte na paměti, že i když se vám nepodaří splnit všechny cíle a dílčí úkoly terapie, a i když nesplníte to, co jste si naplánovali v harmonogramu, ale zažijete spoustu radosti a šťastných chvil, pak to stálo za to!

