

Průvodka dokumentem Terapie ve speciální pedagogice – zaměření na osoby s těžkým postižením:

- 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 – zaměření na osoby s těžkým postižením**

**Studijní opora k inovovanému předmětu: Terapeutické metody ve speciální pedagogice 2 (SPG/SNTM2)**

**Ostrava, září 2013**

**ISBN 978-80-7464-326-2**

**Obsah**

**#Slovo úvodem**

**#1 Osoby s těžkým a kombinovaným postižením**

**#1.1 Terminologie**

**#1.2 Definice**

**#1.3 Klasifikace**

**#1.4 Etiologie a výskyt**

**#1.5 Specifické rysy a charakteristika**

**#1.6 Edukace – výchova a vzdělávání**

**#1.7 Terapeutické metody podpůrné, facilitační a rehabilitačně masážní**

**#Shrnutí**

**#2 Koncept bazální stimulace**

**#2.1 Definice a vymezení Konceptu bazální stimulace**

## **#2.2 Podpora jednotlivých oblastí vnímání**

### **#Shrnutí**

## **#3 Koncept Snoezelen**

### **#3.1 Nástin „snoezelenové“ historie**

### **#3.2 Vymezení Konceptu Snoezelen v současnosti**

### **#3.3 Snoezelen je terapeutickou metodou**

### **#3.4 Snoezelen je podpůrná metoda**

### **#3.5 Snoezelen je volnočasovou aktivitou**

### **#3.6 Na co bychom neměli zapomenout**

### **#Shrnutí**

## **#4 Metody využívané lidmi s těžkým a kombinovaným postižením**

### **#4.1 Koncept prenatálních místností**

### **#4.2 Psychomotorika**

### **#4.3 Orofaciální regulační terapie**

### **#4.4 Vojtova metoda**

### **#4.5 Metoda Veroniky Sherborne**

### **#4.6 Bobathův koncept**

### **#4.7 Petöho metoda**

### **#4.8 Facilitovaná komunikace**

### **#4.9 Aromaterapie**

### **#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 2, pro který je tato studijní opora primárně určena, byl v rámci výše uvedeného projektu 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 vytvořená 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 terapeutických metod a postupů, které je možné využít pro jedince s těžkým a vícečetným postižením. 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 a charakterizovat společné znaky osob s těžkým a souběžným postižením více vadami;

Definovat a vystihnout Koncept Bazální stimulace a jeho využití osobami s těžkým postižením;

Popsat cíl a využití Konceptu Snoezelen;

Definovat stručně Koncept prenatálních místností, Psychomotoriku, Orofaciální regulační terapii, Vojtovu metodu, Metodu Veroniky Sherborne, Bobathův koncept, Metodu Petöho, Usnadňovanou komunikaci, Aromaterapii;

Posoudit využití výše uvedených metod v rámci speciální pedagogiky pro osoby s těžkým postižením.

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 speciálněpedagogickou praxi, a další, již konkrétně terapeuticky zaměřené studium.

Přeji vám příjemné studium!

Kateřina Janků

## **#1 Osoby s těžkým a kombinovaným postižením**

Cíl kapitoly

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

Vymezit, nazvat, klasifikovat a stručně charakterizovat osobu s těžkým a kombinovaným postižením;

Popsat etiologii a prevalenci lidí s těžkým postižením;

Vystihnout specifika výchovy a vzdělávání žáků se souběžným postižením více vadami;

Provést analýzu postižení, vytknout důležité rysy a charakteristiku člověka s těžkým postižením.

Klíčová slova

Kombinované postižení; Vícenásobné postižení; Těžké vícenásobné postižení; Těžké postižení; Postižení více vadami; Děti se souběžným postižením více vadami; Žáci s více vadami; celistvost; podpůrná opatření; speciální stimulace; kompenzace; korekce; klíčové kompetence; komunikativní kompetence; sociální kompetence; personální

kompetence; pracovní kompetence; raná péče; intervence; specifika edukace; alternativní metody; alternativní komunikace; terapeutické metody facilitační; terapeutické metody podpůrné; rehabilitačně masážní metody.

Čas na prostudování kapitoly

10 hodin

Průvodce studiem

Vítám všechny studenty u předmětu Terapeutické metody ve speciální pedagogice 2, pro který byl vytvořen tento studijní text. Pravděpodobně jste všichni absolvovali předchozí předmět (Terapeutické metody ve speciální pedagogice 1 na výbornou), takže se již známe, a můžeme navázat na teorii a základy, které jsme se již naučili. V rámci této části studia se budeme věnovat nejprve připomenutí charakteristiky osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami. Terapie a terapeutické metody, které pak budou ve druhé části textu následovat, jsou totiž vybrány právě pro tuto skupinu osob.

Věřím, že první kapitolu bude snadné nastudovat, protože pojmy, definice i vymezení a klasifikace, by pro vás měly být známé z předchozího studia jiných předmětů v rámci tohoto oboru. „Takže, dejme se do toho!“

Přístup speciálních pedagogů a dalších odborníků ke skupině osob s tzv. těžkým a souběžným postižením více vadami, se v průběhu vývoje oboru velmi lišil. Ovšem dnes můžeme říci, že se i této skupině lidí dostává stále lepší podpory ze strany společnosti, a odborného přístupu ze strany profesionálů všech pomáhajících profesí.

Speciální pedagogika osob s těžkým a kombinovaným postižením je velmi zdrženlivá ve stanovování závěrů platných pro všechny jedince, kteří do této disciplíny patří. (Ve smyslu široké rozmanitosti druhů a typů těžkého postižení.) I přestože se dá vyčlenit několik často se opakujících modelů těžkého a kombinovaného postižení, je důležité přiznat, že tato disciplína je velmi širokospektrá. V teorii i praxi musíme zahrnout veškeré dostupné odborné poznatky oboru, a navíc připojit obrovskou schopnost empatie a trpělivosti všech, kteří s touto skupinou lidí pracují.

Uvědomte si, že lidé s těžkým postižením, mají narušenou rovnováhu celého organismu. Souhra psychické stránky, fyzické stránky a součinnosti člověka se svým prostředím není často možná. Takový člověk má změněné vnímání a poznávání, jeho hodnoty se soustřeďují jinak, jeho potřeby bývají bez pomoci ostatních nenaplněny, smysl jeho života a realizace jeho cílů jsou, mnohdy, zanedbávány. Podpora a péče o lidi s těžkým postižením ze strany společnosti je tudíž nesporná.

Terapie a terapeutické metody pomáhají v životní situaci těchto osob, ukazují, jak můžeme řešit problémy s vnímáním, pohybem, komunikací i vztahy s okolím, atd.

## **#1.1 Terminologie**

Kromě praktické pomoci a vytváření životního zázemí, se mění také teoretická fakta, která zahrnují mimo jiné i terminologii a názvosloví označující tuto skupinu osob.

V praxi se vyskytují tato označení daného handicapu:

Kombinované vady

Kombinované postižení

Vícenásobné postižení

Těžké vícenásobné postižení

Těžké postižení

Postižení více vadami

Žáci s více vadami

Multihandicap

(Z angličtiny: Multiple handicap, severe/multiple disabilities; z němčiny: schwerstmehrfachbehinderung, schwerst behindert; ze slovenštiny: viacnásobné postihnutie, viaceré chyby).

Dnes se přikláníme, vzhledem k humanizaci společnosti, k tomuto pojmenování:

Lidé, osoby, jedinci s těžkým postižením

Děti nebo žáci se souběžným postižením více vadami

Osoby s kombinovaným postižením.

Ostatní označení jsou často zavádějící a pro laiky málo říkající. Kupříkladu pojmenování „dítě s více vadami, s kombinovanými vadami“ může evokovat kombinaci jakýchkoliv, i lehkých, poruch, které se ovšem, i přes svou kombinaci, s těžkým postižením nedají srovnávat.

Př.: Dítě s lehkým mentálním postižením a lehkým smyslovým postižením; Žák se sociálním znevýhodněním a lehkým typem DMO, apod.

I přestože termíny popisují stejnou skupinu lidí, je třeba vzít v úvahu to, že každý z termínů nese určitý důraz na vlastnost postižení. Pod neurálním termínem „těžké postižení“ se většinou skrývá nejen jedno postižení, ale více poruch a vad. I přestože, jak uvádí Vítková (2004), popisuje termín těžké postižení jen velmi neurčitě a skrytě to, co je skutečně míněno. (srov. Vítková, 2004)

## #1.2 Definice

V odborné domácí literatuře si můžeme pomoci definicí prof. Vítkové, která těžké postižení uvádí takto:

„Těžké vícenásobné postižení představuje komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Podstatně omezeny a změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační. Přiřazení k tzv. hlavnímu symptomu ve smyslu klasického postižení, jako je postižení tělesné, mentální nebo smyslové, není možné, neboť tím by se na jedné straně ignoroval charakter komplexnosti postižení, na druhé straně celistvost individua.“(Vítková, M. 2006, s.193)

Zde, ve výše uvedené definici, je řečeno vše důležité. Vícenásobné postižení je komplex poruch, které nelze dělit. Nelze k němu přistoupit jako k postižení, ve kterém slučujeme dvě a více vad! Přístup speciálního pedagoga musí být vždy ucelený, nelze uplatnit přístup k jedné, a pak ke druhé, vadě.

Př.: Představte si dvě děti, jedno z nich s těžkým postižením sluchu, a druhé dítě s těžkým mentálním postižením. Nakonec si představte dítě s těžkým postižením sluchu a s těžkým mentálním postižením. Pokud se nad těmito dětmi zamyslíte, vidíme, že existuje velký rozdíl v jejich speciálněpedagogické podpoře a edukaci.

V rámci školského resortu považujeme za standardní vymezení, které se následně týká zařazování dětí s těžkým postižením do příslušných škol a školských zařízení.

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

### #1.3 Klasifikace

Pro potřeby speciální pedagogiky a obecně resortu školství (viz výše uvedená definice), se žáci se souběžným postižením více vadami dělí do těchto tří skupin:

1. Skupina žáků s mentální retardací (vzhledem ke vzdělávacím možnostem je mentální retardace zde pokládána za vadu dominantní).
2. Skupina žáků s kombinací tělesných vad, smyslových vad a vad řeči (specifickou podskupinou jsou zde děti hluchoslepé).
3. Skupina dětí autistických a s autistickými rysy.

Ovšem, rozdělit můžeme skupinu osob s těžkým postižením podle různých kritérií. Například podle chronologického věku (děti, mládež, dospělí, senioři), pohlaví, doby vzniku (vrozené, získané), apod.

Klasické dělení se týká také stupně poruch (můžeme je najít např. v monografii Vančové, 2001):

Lehce vícenásobně postižení x Těžce vícenásobně postižení.

(Pozor, toto dělení zjevně evokuje dřívější dělení Sovákovo, které již není použitelné, a později uváděné kombinace různých postižení různých stupňů.)

V historii se objevovaly různé přístupy ke skupině osob se souběžným postižením více vadami, i k jejich dělení. Nejčastěji se vyskytovaly klasifikace, které byly vytvořeny podle principu dominantního postižení. Například viz níže klasifikace Jesenského z roku 2000, jejíž pojmenování osob s určitými typy postižení již dnes z humánního i odborného hlediska nepoužíváme:

Slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení

Mentální postižení s tělesným postižením

Mentální postižení se sluchovým postižením

Mentální postižení s chorobou

Mentální postižení se zrakovým postižením

Mentální postižení s obtížnou vychovatelností

Smyslové a tělesné postižení

Postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou. (Jesenský, 2000)

### #1.4 Etiologie a výskyt

Příčiny vzniku těžkého a kombinovaného postižení jsou mnohdy velmi nejednoznačné a nejasné. Můžeme jen říci, že příčina nebývá jedna a faktor, který ji způsobuje, také není sám (heterogenita a multifaktoriálnost příčin). Většinou se jedná o postižení, která vznikají již v průběhu těhotenství, jsou tedy většinou vrozená. Získaná těžká postižení ovšem rovněž nejsou ojedinělá, ale jsou bohužel důsledkem například těžkých autonehod, úrazů a onemocnění.

Musíme konstatovat, že ta nejtěžší postižení mají často příčinu v prenatálním stádiu vývoje dítěte, a to v období do konce třetího měsíce těhotenství (tzv. embryonální fáze). Za spolupůsobícími faktory pokládáme genetické, chromozomální, metabolické, neurologické a traumatické příčiny. Velmi častou příčinou je předčasné narození těchto dětí (děti s nízkou porodní hmotností), ale také úrazy a traumata lebky a mozku, stavy po tonutí, špatně kontrolované infekční choroby, apod.

Typické jsou diagnózy, které mají predikci výskytu těžkého kombinovaného postižení: Mozková obrna (MO), FAS, Downův syndrom, CHARGE, apod.

Nejčastěji vzniká těžké postižení v návaznosti na mentální postižení a poškození CNS. Jeho kombinací je: MO, EPI, narušená komunikační schopnost, smyslové poruchy, poruchy chování a duševní poruchy.

### **#1.5 Specifické rysy a charakteristika**

I přestože není možné najít všechny společné rysy osob s těžkým postižením, společně pro všechny tyto jedince je:

poškození centrálních funkcí - tzn. podstatné narušení nebo ztráta koordinujících centrálních systémů, které řídí a realizují vnímání, pohyb a jejich zpracování;

všichni vykazují problémy s orientací ve vlastním prostředí, kterého se nedokáží zmocnit a vybudovat si tak vlastní „kognitivní struktury“;

vždy je tedy narušena celistvost osobnosti člověka s těžkým postižením.

Cílem veškeré péče je zabezpečení komplexních služeb, a tím socializace jedince.

Komplexní služby se týkají:

odpovídající legislativy,

včasné a odborné zdravotní i speciálněpedagogické péče,

zajištění poradenství,

zabezpečení vzdělávacího systému včetně specifikace jednotlivých potřeb,

přípravy na povolání a tvorby pracovních míst,

zamezení izolace od společnosti fungováním zájmových, profesních nebo jiných skupin, spolupráce všech zúčastněných za aktivního přístupu lidí se zdravotním postižením, ad.

### **#1.6 Edukace – výchova a vzdělávání**

Edukace, výchova i vzdělávání a různé druhy intervence jsou u dětí se souběžným postižením více vadami zaměřeny zejména na zajištění individuálních potřeb.

Nesoustřeďujeme se na deficity dětí, na těžká postižení tolik, jako na zjišťování a zajišťování modifikací kvalitního života. V dnešní době již mezi samozřejmé patří i možnost samostatného bydlení (s podporou nebo asistencí) a možnost seberealizace v rámci pracovní příležitosti.

Přibližně od devadesátých let se v této oblasti edukace prosazují nové přístupy a alternativy, což souvisí se změnou původního stereotypního vzdělávání v minulosti.

Tradiční vzdělávání bylo tedy vystřídáno alternativní nabídkou forem a metod vzdělávání.

System se zaměřuje na podpůrná opatření při speciálním vzdělávání, speciální stimulace, kompenzace a korekce.

Jednou z nejdůležitějších částí edukace je raná péče a intervence, která si klade za cíl podporovat a podněcovat senzoricko-motorický, emocionální, sociální a intelektuální vývoj dítěte tak, aby se mohlo co nejvíce zapojit do života.

Žáci se souběžným postižením více vadami jsou nejčastěji vzdělávání v základní škole speciální a v základní škole praktické. V rámcovém vzdělávání je pro ně vyhrazena část C a D Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální (viz RVP ZŠS).

Před začátkem edukačního procesu je nutné provést adekvátní kvalitní diagnostiku schopností, dovedností a možností dítěte, které vyplývají z jeho těžkého postižení. Pro tento proces je více než kdy jindy nutná spolupráce rodičů, dětí, školy, školského, nebo jiného, poradenského zařízení (PPP, SPC, Středisko rané péče, apod.)

Diagnostika průběžná, kterou provádíme nejen podle termínů obecného harmonogramu (uvedeného např. v IVP), ale kdykoliv podle potřeby dítěte, se zaměřuje na :

Motoriku

Senzoriku

Sebeobsluhu

Orientaci v prostředí

Autoregulaci

Komunikaci

Kognitivní procesy

Emocionalitu

Chování

Způsobilost pro sociální interakci. (Opatřilová, 2005)

V edukaci dětí s těžkým postižením se uplatňují speciálněpedagogické postupy a alternativní metody výuky s cílem: rozvoje rozumových schopností, orientačních dovedností, zlepšování sociální komunikace, sebeobsluhy, schopností a dovedností potřebných pro integraci, apod.

Individuální vzdělávací plán žáků se souběžným postižením více vadami musí vycházet z jejich individuálních potřeb, konkrétních schopností, dovedností a z prognózy vývoje postižení. Je nutné přizpůsobit všechny vyučovací předměty a umožnit dětem alternativní komunikaci (Bliss, Makaton, Znak do ruky, Piktogramy, Obrázková metoda, apod.).

Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami má tyto cíle (viz dále Rámcový vzdělávací program pro základní školu speciální):

osvojení základních hygienických návyků a sebeobsluhy

rozvoj pohyblivosti, samostatnosti a orientace

rozvoj komunikačních dovedností využíváním systémů alternativní a augmentativní komunikace

rozvoj spolupráce s blízkými osobami a využívání jednoduchých úkonů

rozvoj možné adekvátní samostatnosti

rozvoj emocí a pozitivních citů

rozvoj pozornosti, vnímavosti a poznání.

Důraz, jak vidíme i v podrobném vymezení z RVP ZŠS, je kladen zejména na tyto klíčové kompetence:

komunikativní, sociální a personální, pracovní!

Ovšem, abychom mohli s dítětem začít pracovat na dalších edukativních cílech, musíme mít na paměti zejména zabezpečení jeho individuálních základních potřeb. Je totiž více než patrné, že dítě s těžkým postižením nemá stejné základní podmínky pro svůj rozvoj, jako ostatní intaktní děti nebo děti s lehkým typem postižení. Mezi tyto potřeby patří:

Potřeba zamezení hladu, žízně a bolesti

Potřeba podnětů, změny a pohybu

Potřeba jistoty a stability – spolehlivost vztahů



Potřeba vazby, přijetí a něhy

Potřeba uznání a sebeúcty

Potřeba nezávislosti, samostatnosti a sebeurčení, ad.

Na závěr ještě připomeňme speciální metody zprostředkování informací, které u dětí a žáků s těžkým postižením využíváme:

Vícenásobné opakování informace

Nadměrné zvýraznění informace

Zapojení více kanálů k přijímání informace

Optimální kódování

Intenzivní zpětná vazba

Algoritmizace obsahu edukace, ad.

Uvědomte si, že vše, tedy i edukace a její metody a zaměření, záleží vždy na konkrétním jedinci, jeho aktuálním individuálním vývoji a životní fázi, ve které se nachází!

## **#1.7 Terapeutické metody podpůrné, facilitační a rehabilitačně masážní**

V edukaci jedinců s těžkým postižením považujeme za velmi důležité, a nosné, využití terapeutických metod. Terapie a terapeutické metody, podle svého využití a podstaty, mohou být podpůrné, facilitační a rehabilitačně masážní.

Mezi metody podpůrné (suportivní) řadíme ve speciálněpedagogické praxi již množství terapeutických metod, mezi zvláště výrazné patří Fröhlichův Koncept Bazální stimulace, Vogelův Koncept Prenatálních místností, Koncept Snoezelen a mnohé psychomotorické teorie.

Podstatu podpůrných metod vidíme v komplexní podpoře celého systému edukace konkrétního člověka. Podpůrná metoda zasahuje do většiny aktivit daného jedince. Její využití by mělo být automatické v různých částech výchovně vzdělávacích činností, ale také ve volném čase jedince. Vybraný podpůrný koncept by měl být kostrou následné edukace.

Příklad: Pokud bychom si vybrali Koncept Snoezelen, neměli bychom soustředit své činnosti pouze do předem upravené místnosti ke smyslové stimulaci. Prvky Konceptu Snoezelen by se měly stát součástí celého zařízení, stejně jako jeho myšlenky a směr filozofie vybraného podpůrného konceptu by měly být součástí vzdělávacího plánu daného jedince. V rámci podpůrného systému - Konceptu Snoezelen - je možné využívat i dalších terapeutických a masážních metod, které se tak stanou jeho součástí. Z latinského facilis pochází termín, který ve speciálněpedagogické péči znamená usnadnění činností, postojů a povzbuzování. Facilitační terapeutické metody si kladou za cíl zkvalitnit život osob s postižením tím, že mu „usnadní“ cestu a dosažení dílčích úkolů, a více jej tak zapojí do života. Facilitační metody velmi často souvisí s rehabilitačními metodami.

Rehabilitační a masážní metody jsou činnosti fyzioterapeuticky a léčebně rehabilitačně zaměřené. Většinu postupů těchto metod bychom mohli zařadit mezi tzv. aplikované pohybové aktivity (APA). Tento termín zahrnuje pohyb, tělesnou aktivitu a sport se speciálním zaměřením na zájmy a schopnosti osob s určitým omezením, např. zdravotním postižením, zdravotním oslabením a na seniory. (srov. [www.wikipedia.cz](http://www.wikipedia.cz))

Aktuálně známy a využívány jsou dnes zejména tyto metody, které můžeme nazvat facilitační a rehabilitačně masážní:

metoda manželů Bobathových,  
Vojtova metoda,  
metoda Veroniky Sherborne,  
Petöho metoda,  
metoda míčkové facilitace Zdeny Jebavé,  
metoda orofaciální stimulace Castilla Moralese,  
Usnadňovaná komunikace Anne Marguerite Vexiau,  
Kabatova metoda,  
metoda Roodové,  
synergická reflexní terapie,  
terapie objetím Marthy Welchové,  
program kartáčování Wilbarger Brushing,  
neurofunkční pohybová reorganizace – Padovan,  
kineziologie Paula Dennisona,  
něžné učení,  
aromaterapie, ad.

V rámci dalších částí tohoto textu se několika z nich budeme věnovat detailněji.

## **#Shrnutí**

První kapitola obsahuje shrnutí informací ohledně charakteristiky osob s těžkým, a souběžným postižením více vadami. Ve svých jednotlivých podkapitolách se zabývá definicí a vymezením, klasifikací kombinovaných postižení, etiologií, výskytem, charakteristickými vlastnostmi, edukací a specifickými výchovně vzdělávacími nástroji. Těžká postižení jsou multifaktoriálně a multidimenzionálně zapříčiněná. Jejich podstatou je narušení celistvosti individuality člověka. Specifika výchovy a vzdělávání souvisí s individuálními možnostmi vyplývajícími z kombinace konkrétního postižení. Vždy je na prvním místě nutné soustředit se na individuální potřeby jedince a jeho aktuální vývoj. Terapeutické metody, které úzce souvisí s rozvojem osob s těžkým postižením, můžeme rozdělit podle svého zaměření na metody podpůrné, facilitační a rehabilitačně masážní.

Kontrolní otázky a úkoly:

Proč se moderní speciální pedagogika odklání od názvu „dítě s kombinovanou vadou“?  
Které geneticky významné syndromy často doprovázejí vznik těžkého postižení?  
Které speciální metody zprostředkování informací znáte? Jak jim rozumíte, umíte je vysvětlit?

Úkoly k textu

Vysvětlete, proč se v 90 % případů pod těžkým postižením osob skrývá více postižení než jen jedno.

Co znamená zkratka syndromu CHARGE?

Otázky k zamyšlení:

Všimněte si, ze kterého roku je citace vymezení žáka se souběžným postižením více vadami uvedeného ve Věstníku. Uznala by tato definice, podle vás, nějaké změny nebo doplnění?

Zamyslete se nad podstatou výše uvedené klasifikace terapií pro osoby s těžkým postižením (podpůrné, facilitační, rehabilitačně masážní). Mohli byste přidat k uvedeným příkladům terapeutických metod i další?

Téma semestrální práce:

(Pod tímto odkazem budeme postupně v rámci celého textu odkazovat na možná témata semestrální práce, jejíž výběr a vypracování je stěžejní podmínkou pro splnění předmětu Terapeutické metody ve speciální pedagogice 2.)

Aplikované pohybové aktivity a jejich historie v ČR.

Citovaná a doporučená literatura:

HÁJKOVÁ, V. (ed.) a kol. Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením. Praha: Somatopedická společnost, 2009. ISBN 978-80-904464-0-3.

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.

OPATŘILOVÁ, D. Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami. Brno: MU, PdF, 2005. ISBN 80-210-3819-5.

OPATŘILOVÁ, D. Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou. 2.přepr.vyd. Brno: MU, PdF, 2010. ISBN 978-80-210-5266-6.

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

VÍTKOVÁ, M. Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením I. Praha: IPPP ČR, 2001.

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

Internetové zdroje:

APA – Aplikované pohybové aktivity. 2013 [online] [cit. 2013 -05-25] Dostupné z [www:http://cs.wikipedia.org/wiki/Aplikovan%C3%A9\\_pohybov%C3%A9\\_aktivity](http://cs.wikipedia.org/wiki/Aplikovan%C3%A9_pohybov%C3%A9_aktivity).

RVP ZŠS. 2013 [online] [cit. 2013 -05-25] Dostupné z [www:http://rvp.cz/informace/dokumenty-rvp/rvp-s](http://rvp.cz/informace/dokumenty-rvp/rvp-s).

## #2 Koncept bazální stimulace

Cíl kapitoly

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

Definovat podstatu Konceptu bazální stimulace;

Popsat oblasti podpory Konceptem bazální stimulace;

Objasnit využití Konceptu bazální stimulace u osob s těžkým postižením.

Klíčová slova

Koncept bazální stimulace; vnímání; komunikace; celistvost; komplexní přístup; tělesná zkušenost; smysly blízké; smysly distanční; somatické podněty; vestibulární podněty; vibrační podněty; taktilně-haptické podněty; sluchové podněty; vizuální podněty; orální podněty; čichové podněty; chuťové podněty; komunikativní podněty; emocionální podněty; socializační podněty;

Čas na prostudování kapitoly

8 hodin

Průvodce studiem

Koncept bazální stimulace je jednou z terapeutických metod, které se hojně využívají již i v České republice. Bohužel, teoretické informace praktiků se velmi často soustřeďují jen na „smyslovou stimulaci“. Tento koncept ovšem skrývá mnohem více, než jen masáže a nabídku smyslových podnětů. Pojdme jej tedy společně více prozkoumat.

(Pro pilné studenty a čtenáře: upozorňuji na rozšířené pasáže ohledně vnímání ve studijním textu, který byl vytvořen k předmětu Terapeutické metody ve speciální pedagogice 1. Také souvislost s didaktickým trojúhelníkem je velká! Spojte své znalosti s níže uvedeným textem, získáte tak větší nadhled pro budoucí praxi.)

S ohledem na potřeby dětí s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami, byl Koncept bazální stimulace vyvinut v 70. letech minulého století. Jeho podkladem je, podle Fröhliche, nabídka pedagogickopsychologických elementárních aktivit, které si kladou za cíl podporu vývoje osobnosti, stimulaci a přísun bazálních podnětů potřebných ke správnému vývoji člověka.

## #2.1 Definice a vymezení Konceptu bazální stimulace

Za základní princip Konceptu bazální stimulace se považuje zjištění, že pomocí těla můžeme jedince uvést do reality (skutečnosti) zprostředkování zkušeností (empirie) a vjemů. Lidská bytost, její psychická i fyzická stránka, je neoddělitelnou součástí, přičemž předpoklad o nemožnosti psycho-fyzického rozdělení, tvoří primární myšlenku a požadavek holistického přístupu (celistvosti) Konceptu bazální stimulace. Model celistvého vývoje německé autorky Ursuly Hauptové, vychází ze zkušeností ve všech oblastech, které ovlivňují život člověka. Tyto oblasti jsou za normálních okolností vzájemně propojeny komunikací: myšlení, pocity, pohyb, tělesná zkušenost, vnímání sociální zkušenost. (Vítková, M. 2001, 2006)

@V původní verzi textu následuje grafické ztvárnění Modelu celistvosti podle Ursuly Hauptové. Obrázek vypadá jako květina, uprostřed je umístěna komunikace a na okvětních lístcích je odshora dolů kolem středu: myšlení, pocit, pohyb, tělesná zkušenost, vnímání a sociální zkušenost.(Vítková, M., 2001, 2006)&

Ovšem, u dítěte s těžkým postižením nefungují všechny složky stejně, nepůsobí společně, dítě nehodnotí rovnocenně situaci. Děti a žáci s těžkým postižením často vykazují různé poruchy komunikačních schopností, motoriky, emocí a další zdravotní i psychické komplikace. Koncept bazální stimulace tedy umožňuje podněcování určitých složek a struktur osobnosti, které tak mohou vyvolat souhru, a celistvým způsobem tak zasáhnou do života dítěte se zdravotním postižením.

Prostřednictvím pohybu a vnímání se vytvářejí tělesné zkušenosti, které hrají markantní roli v identifikačním vývoji jedince (vývoj tzv. body image, atd.). Velmi výjimečné postavení v tomto konceptu tvoří tedy aktivizace redukováných pohybových schopností jedince, která pomocí bazálních podnětů otevírá zřejmou individuální izolaci dítěte. (srov. Vítková, 2001, 2006, Vítková 2009 in Hájková (ed.), 2009)

Teoretické základy Konceptu bazální stimulace tvoří obecně tři modely:

Pechsteinův neuropsychologický model vývoje,

Piagetův genetický model senzomotorického vývoje inteligence a

Bobathův fyzioterapeutický vývojový model. (Fröhlich in Vítková, 2001)

Podstatou prvního neuropsychologického modelu je teze, že nedostatek podnětových informací z prostředí (senzorická deprivace) podmiňuje vadné a nedostatečné fungování mozku, jeho menší výkonnost a nevyvíjení se vlivem nevytvářejících se synapsí.

Druhá teorie vývoje senzomotorické inteligence Piageta říká, že se dítě především díky pohybům a motorickému jednání učí chápat realitu a přizpůsobuje se svému okolí.

Třetí fyzioterapeutický model manželů Bobathových nám ukazuje rehabilitaci složenou ze cvičení, která mají za cíl dosáhnout pohyblivosti (event. návratu k pohyblivosti) a chápeme je jako výstavbu drah a struktur v mozku vlivem kinesteticko - proprioreceptivního vnímání.

Podstatou konceptu bazální stimulace je aktivní zapojení vnímání dítěte. Bazální stimulace se snaží zprostředkovat člověku podněty skrze stimulaci jeho smyslových orgánů a podnítit tak vznik nových dendritických spojení mezi neurony v CNS. (Vítková 2005 in Müller, 2005)

Pokud bychom si shrnuli fakta o jedinci s těžkým postižením a dali je do souvislosti s filozofií Konceptu bazální stimulace, pak zjistíme, že:

je omezen v pohybu i ve vnímání,

jeho aktivity jsou zredukovány (často na minimum),

je schopen vnímat pouze tady a teď,

cíle běžné edukace - předvídání budoucnosti a převzetí odpovědnosti - nelze u osob s těžkým postižením využít,

člověk s těžkým postižením je často nucen omezit se jen na nejnutnější životní úkony, není schopen vyvíjet žádné kontakty s okolím, a okolí není často schopno jej takto přijmout,

jeho „podpora“ musí směřovat do současnosti, k podněcování – aktivaci k činnosti, k rozvoji komunikace a ke společnému zaměstnávání.

## **#2.2 Podpora jednotlivých oblastí vnímání**

Koncept bazální stimulace nabízí člověku s těžkým kombinovaným postižením zprostředkování těchto podnětů, které mu mohou pomoci zlepšit svůj život a otevřít nové možnosti:

somatické podněty,

vibrační podněty,

vestibulární podněty,

čichové a chuťové podněty (orální),

sluchové (akustické) podněty,

zrakové (vizuální) podněty,

taktilně – haptické podněty,

komunikativní a sociálně-emocionální podněty.

Somatické podněty v bazální stimulaci:

Cílená oblast podnětů: svalstvo a kůže.

Cíl: vnímání vlastního těla, jeho ohraničení, představa obrazu těla, ale také pozornost druhé osoby, navázání vztahu, soudržnost.

Jak: Pozitivní zkušenost vytvořená dotykem a kontaktem kůže s jinou látkou (primární tělesná zkušenost).

Příklad: Používáme peříčka, různé povrchové desky, kartáče, fén, kuličky, míčky, ad. Zvláště u osob se souběžným postižením více vadami bývá dotek rukou málo, je důležité podráždění na větší ploše kůže, intenzivněji.

Vibrační podněty v bazální stimulaci:

Cílená oblast podnětů: kostra a kosti.

Cíl: pocit polohy těla a změny polohy, gravitace, zátěže různých částí těla, poznávání směru vibrací, informace, kterou nesou.

Jak a proč: Zde jde o vývojovou zkušenost vibrace. Při běžné chůzi a pohybu cítí zdravý člověk vibrace spontánně. Malé dítě se plazí, leze a vstává, je tedy vhodné „vibrovať“ vývojově - nejprve na končetinách – ruce, nohy se vývojově zapojují první, nakonec hrudník a hlava.

Příklad: vibrátory, pomůcky, které dráždí kůži, masážní strojky, ad.

Vestibulární podněty:

Cílená oblast podnětů: tělesná rovnováha (svalstvo, kostra, kůže)

Cíl: vnímání rovnováhy a stability, gravitace, polohy těla, vnímání prostoru a sebe v prostoru

Jak a proč: Pohyb celého těla v prostoru = přiměřený vestibulární podnět, který dobře působí na rozvoj stability. Důležitým mezníkem pro rozvoj vnímání stability a prostoru je první rok života dítěte, kdy se z horizontální polohy dítě dostává do polohy vertikální polohy (Pohyb dítěte musí být od narození systematický – od sedu až po vzpřímenou chůzi. Stejným způsobem postupujeme u dětí s omezením v pohybu a těžce postižených.) Podněty musí působit klidně, jistě a bezpečně, protože právě tyto pocity chceme u dítěte vyvolat – psychofyzickou harmonii osobnosti.

Příklad: využíváme houpačky, kolébky, houpací pytle a vaky, terapeutické rovnovážné válce a podložky, gymnastické míče, pěnovky, sáčky s pískem, masážní oleje, apod.

Čichové a chuťové podněty:

Cílená oblast podnětů: ústa, obličej, orální oblast

Cíl: vnímání a rozlišení vůní, pachů, chutí, zlepšení citlivosti úst, příprava k orální komunikaci,

Jak a proč: Těžce postižené děti zvláště v prvních měsících upřednostňují smyslově chuť a vůni matky, kterou tak lehce poznají. Vnímání vůní a chutí patří mezi radostné okamžiky. Následné krmení sondou nebo kašovitou stravou omezuje nejen tyto okamžiky, ale také citlivost orální oblasti. Také koordinaci ruky, která vede lžici k ústům je nutné cvičit (koordinace ruka-ústa). Stimulace orální dutiny rozvíjí také komunikaci a připravuje dítě na verbální řeč.

Příklad: masáže obličeje, hlazení, gymnastika obličeje a mluvidel, orální hry, hry s vůněmi a chutěmi a jejich diferenciací (sáčky naplněné kořením, čaje, vonné aroma oleje), atd.

Sluchové a zrakové podněty:

Cílená oblast podnětů: sluch a zrak, uši a oči

Cíl: vnímání a diferenciacie sluchem a zrakem, změna kvality a kvantity zrakových a sluchových podnětů, schopnost identifikace zvuku a vizuálního obrazu

Jak a proč: Dítě s těžkým postižením je často schopné vnímat pouze kontrastní hluk a obraz – výraznou hlasitost, rytmus, světlo, tmu. Tento fakt souvisí s tím, že zrak a sluch jsou distanční smysly, které musíme zpracovávat mnohem více v CNS než smysly blízké – např. hmat nebo vibraci. Dítě se snáze učí identifikovat a diferencovat vjemy sluchové a zrakové za pomoci jiného „jednoduššího“ vjemu – např. doteku. (Jak uvádí Vítková (2006) je trvalá zvuková kulisa nevhodná, systematická kombinace zvuku a tance – pohybu, doteku – nabízí lepší orientaci na slyšené.) U dlouhodobého mnohotvárného pobývání v hluku a mezi barvami a tvary dochází k přesycení stimuly. Příklad: využívání světel, barevných lamp v kontrastu s tmou nebo světlem, hudební cd, hudební nástroje, bubny, pomůcky zvukové a světelné, svítilny, svíčky, různé zdroje světel, zvukové podlahy, hračky, zpěv, tanec, rytmické pozdravy, apod.

Taktilně – haptické podněty:

Cílená oblast podnětů: svalstvo, kůže

Cíl: vnímání doteku, rozvoj a diferenciací hmatu, emocionální a komunikativní rozvoj

Jak a proč: Primární blízký smysl – hmat – rozvíjíme nejen z důvodu vývojového (je první rozvíjen již od prenatálního stádia matkou dítěte). Možnost něco rukama uchopit, pevně držet, vědomě pustit nebo sevřít nám pomáhá něco konkrétního cítit, něco konkrétního mít (nemít). Je důležité učit děti rozpoznávat předměty a jejich smysl rukama, jejich strukturu, povrch i celek a detail. Je nutné naučit dítě dotekům a jejich funkci a smyslu.

Příklad: haptické pomůcky, různé povrchy na deskách, předmětech, haptické podlahy a stěny, přírodniny, atd.

Komunikativní a sociálně-emocionální podněty:

Cílená oblast podnětů: mozek, mysl,

Cíl: rozvoj myšlení, analýza, syntéza, verbální i neverbální komunikace, socializace, navázání vztahů, sociální zkušenost,

Jak a proč: Celkovým přístupem k dítěti s těžkým postižením – dotekem, pozitivní emocí, hlasem, chováním, výrazem obličeje, pohybem – můžeme velmi ovlivnit jeho úspěšný rozvoj a další život. Bazální stimulace podporuje právě celistvost v přístupu k těžce postiženým osobám.

Karolína Friedlová, autorka mnoha praktických příruček, které se bazální stimulaci věnují v úrovni zdravotnické (ošetřovatelské, rehabilitační) upozorňuje na fakt, že Koncept bazální stimulace poskytuje individuální, efektivní, terapeutickou a humánní ošetřovatelskou péči.

Mezi hlavní myšlenky konceptu zahrnuje Friedlová (2000) tyto:

B.S. (zkr. B.S. = bazální stimulace) znamená ubírat se společně po určitý čas stejnou cestou

B.S. se formuje ze vztahu mezi terapeutem a klientem

B.S. pomáhá terapeutovi učit se vnímat tak, aby umožnil vnímat klientovi, a to pomocí informací, které postrádá a naopak redukcí těch informací, které jej zatěžují

B.S. nabízí klientovi takové vjemy, u kterých může sám rozhodnout, zda je přijme, či ne.

B.S. umožňuje klientovi, aby cítil hranice svého těla, měl zážitek ze sebe sama, cítil okolní svět, cítil přítomnost jiného člověka.

B.S. umožňuje klientovi i terapeutovi rozvinout vlastní kreativitu a realizovat své schopnosti. (Friedlová, 2000)

Tato metoda zaujala v posledních letech velmi významnou pozici v oblasti edukace a podpory žáků s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami. Prostřednictvím tohoto přístupu můžeme dosáhnout lepších výsledků ve výchově a vzdělávání i těch, kteří se v rámci běžných technik a přístupů projevují a učí jen velmi málo. Koncept dokazuje, že každý člověk je schopen reakcí a interakcí, které ovšem vždy závisí i na jeho vlastní dynamice osobnosti, individualitě a originalitě.

## #Shrnutí

U osob s těžkým kombinovaným postižením je nutné stále pracovat na rozvoji vnímání, činností a aktivního pohybu. Tito jedinci jsou často odkázáni na základní životní úkony bez přístupu k okolnímu světu a lidem. Tuto velkou izolaci je možné pootevřít rozvojem za pomoci Konceptu bazální stimulace, která se soustřeďuje na oblast: somatickou, vestibulární, vibrační, taktilně-haptickou, sluchovou, vizuální, orální i komunikační a emocionálně-socializační. Podstatou je celistvý přístup k jedinci a aktivní zapojení jeho vnímání.

Kontrolní otázky a úkoly:

Kdy a kým byl založen Koncept bazální stimulace?

Které oblasti vnímání koncept rozvíjí?

Jaká je podstata Konceptu bazální stimulace?

Úkoly k textu

Najděte na internetu asociaci, která se zabývá Konceptem bazální stimulace a pokuste se o cíli, výstupech, působení a úkolech této asociace dozvědět co nejvíce.

Otázky k zamyšlení:

Jaký rozdíl je ve využívání Konceptu bazální stimulace speciálními pedagogy a zdravotníky?

Téma semestrální práce:

Koncept bazální stimulace v ČR a ve světě.

Asociace Konceptu bazální stimulace a její působení v ČR.

Citovaná a doporučená literatura:

FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace. Frýdek Místek: 2000.

HÁJKOVÁ, V. (ed.) a kol. Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením. Praha: Somatopedická společnost, 2009. ISBN 978-80-904464-0-3.

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.  
OPATŘILOVÁ, D. Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami. Brno: MU, PdF, 2005. ISBN 80-210-3819-5.

OPATŘILOVÁ, D. Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou. 2.přepr.vyd. Brno: MU, PdF, 2010. ISBN 978-80-210-5266-6.

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.



## #3 Koncept Snoezelen

Cíl kapitoly

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni:

Definovat Koncept Snoezelen a jeho podstatu;

Nastínit vznik a vývoj Konceptu Snoezelen a jeho vymezení v současnosti;

Shrnout Koncept Snoezelen a jeho využití u osob s těžkým postižením;

Vysvětlit rozdíl mezi využitím Konceptu Snoezelen jako terapie, podpory edukace dětí a volnočasové aktivity osob s postižením.

Klíčová slova

Multismyslová místnost; Multismyslové prostředí; Koncept Snoezelen; Snoezelen jako terapie; Snoezelen jako podpora edukace; Snoezelen jako volnočasová aktivita; zážitek; zkušenost; zpětný efekt;

Čas na prostudování kapitoly

8 hodin

Průvodce studiem

Věřím, že většina z vás již o Snoezelenu něco slyšeli. Tato metoda se u nás v Ostravě, a v okolí, plně rozvinula po roce 2003. Dnes již mnohá zařízení mají speciálně vytvořenou multismyslovou místnost, která slouží k různým terapeutickým i výchovně vzdělávacím cílům. Stále ovšem chybí mnohým pedagogům vzdělání a dostupné informace, které čerpáme většinou ze zahraničí. Přínos Snoezelenu pro osoby s těžkým postižením je nesporně velký.

Podstatou Konceptu Snoezelen je speciálně vytvořené prostředí, které se dokonale odlišuje od prostředí běžného, ve kterém žijeme. Speciálním prostředím pak máme na mysli prostředí podnětné, prostředí aktivizující, prostředí, které je „šité na míru“ našim individuálním potřebám.

Žádný „snoezelen“ není stejný. Vybudovat místo, které je speciálně upraveno podle našich potřeb, si žádá obrovskou míru empatie a kreativity. Jeho posláním je plnit cíle, podle kterých byl vytvořen, a to vše zejména skrze přiměřenou aktivaci smyslů blízkých i vzdálených.

### #3.1 Nástin „snoezelenové“ historie

První místnosti Snoezelenu se objevily na začátku 70. let minulého století. Pro toto období jsou typické naprosto charakteristické znaky a mezníky, které ovlivnily nejen vývoj této metody, ale také vývoj tzv. „multismyslového prostředí“, ze kterého Koncept Snoezelen vychází. Termín multismyslové prostředí si dnes spojujeme s různým alternativním prostředím vytvořeným pro osoby se zdravotním postižením, zvláště pro lidi s těžkým mentálním postižením. Ovšem obecně tento termín ukrývá celkový posun společnosti vlivem nových technologických postupů a materiálů. Uvědomme si, jak úzce souvisí technologický vývoj se sociologickými změnami společnosti. Mluvíme zde o novinkách a objevech, jako je v 70. letech minulého století kupříkladu popularizace

plastu, umělých hmot, PVC, lehkého materiálu, který slouží k vytváření hraček, omyvatelných a vodotěsných materiálů, tvrdé hmotě, ze které se začalo vyrábět vybavení na dětská hřiště, barevné robustní formy a tvary (přece, kdo z nás si nepamatuje na první veliké plastové auto – tatra pro děti?). Jako houby po dešti nerostly v té době jen dětská hřiště a továrny na plastové hračky, ale pro starší také diskotéky a zábavná zařízení. Společnost se mohla bavit u blýskajících kulatých diskolamp, blikajících světel za poslechu hudby, která se šířila z čím dál menších přehrávačů s lepším a zvukově dokonalejším efektem. Začíná se objevovat konstrukčně lehké vybavování bytů i škol, molitanové krytí, tzv. „soft play“ materiály, a také první suché zipy, které poskytují bezpečné a snadné otevírání a rychlé zavírání. Všechny tyto materiály a objevy velmi přispěly k rychlému rozvoji Konceptu Snoezelen. (Janků in Filatova, Janků, 2010)

Kromě Konceptu Snoezelen tedy rozlišujeme tzv. multismyslové pokoje a prostředí, které je sice pro náš koncept výchozí, avšak koncepčně většinou naprosto odlišné. Nastíněné změny společnosti a technologický pokrok se samozřejmě dotkl i služeb a péče o jedince se zdravotním postižením. V našich zemích jde z politických důvodů zpočátku spíše jen o změny na materiálové úrovni. V zahraničí jde navíc o první velké kroky k integraci a začleňování postižených mezi zdravé lidi. Objevují se termíny jako normalizace, proces odstraňování bariér a umožnění „normálního“ života pro osoby se zdravotním postižením. Sjednocování speciálního a základního školství, deinstitucionalizace, otevírání bran ústavních zařízení, a další změny ve světě, přispěly k tomu, že se společnost začala více zajímat o zkvalitňování péče i služeb a hledala nové cesty, metody a přístupy k lidem s postižením.

Z dostupných materiálů o vznikajících multismyslových pokojích a „senzorických kavárnách“ vycházel i Ad Verheul a Jan Hulsegge, nizozemští odborníci, kteří v podmínkách tehdejší institucionální péče vytvořili první místnost snoezelen. Jejím primárním cílem bylo zabezpečení volnočasových aktivit pro osoby s těžkým mentálním postižením a více vadami. Až postupem času, vzhledem k přínosu a pozitivním účinkům těchto místností, se k prvotní myšlence zřízení snoezelenu přidávaly i další cíle a úkoly - například zlepšení komunikace, rozvoj konkrétních smyslů, socializace, navazování vztahů, zlepšení pozornosti, atd.

Výraz „Snoezelen“ (čti snuzelen) je původním novotvarem dvou výše uvedených autorů, kteří se v rámci své civilní služby účastnili aktivit v Centru de Hartenberg 's Heeren Loo u města Ede ve střední části Nizozemí. Výraz samotný vznikl z kombinace dvou holandských slov: „snuffelen“ a „doezelen“, která můžeme do českého jazyka přeložit jako: cítit (ve smyslu čichových vjemů) a dřímat nebo také pospávat, pobývat a relaxovat. V českém jazyce zatím pro tento výraz nemáme odpovídající ekvivalent, proto se běžně užívá původní označení „Snoezelen“ nebo také „Koncept Snoezelen“. (Janků in Filatova, Janků, 2010)

Verheul a Hulsegge začali v Holandsku tím, že postavili tzv. „senzorický stan“. Zde byly nainstalovány pomůcky pro rozvoj smyslových (zejména zrakových, sluchových a čichových) podnětů. Vzhledem k velmi minimální nabídce tehdejších aktivit pro osoby s těžkým postižením, byl proto tento první skutek velmi vděčně přijat především rodiči dotyčných osob, byl ale také akceptován, a finančně podpořen moderním vedením zařízení. Po prvotním úspěchu tedy začali tito vychovatelé vytvářet další speciální místnosti a pojali vzrůstající zájem o tuto metodu jako výzvu zaměřit praktické činnosti osob s těžkými mentálními a kombinovanými vadami zejména na rozvoj primárních

smyslů a percepce. Po vícenásobných přestavbách tak vzniklo v Nizozemí pod jejich vedením „Centrum Snoezelenu“ s mnoha místnostmi, které má dnes rozlohu cca 350m<sup>2</sup>. Celé zařízení bývalého ústavu (dnes bychom jej mohli přirovnat ke „camphilu“, kde postižení žijí, pracují i relaxují) je přeměněno v duchu Konceptu Snoezelen, a je také významným místem pro setkávání odborníků, místem konání konferencí, výzkumných záměrů a alternativních programů. (Mertens, 2002)

Pojetí první koncepce tak, jak bychom jej přejali od svých zakladatelů, bylo tedy čistě založeno na předpokladu, že primární vjemy a aktuální zážitek jsou velmi silným prostředkem k navazování kontaktu s osobami s těžkým postižením. Snoezelen měl ovšem v tomto podání pouze „rekreační a relaxační“ hodnotu. Důraz byl kladen pouze na libost a nelibost a chtění cílové osoby. Učení a výchova měla až sekundární (skoro vedlejší) význam. Sami autoři přiznávali, že jejich koncepce potřebuje teoretickou kostru a jednotnost ve vedení, stejně tak jako odborné zázemí pozorovatelů a terapeutů, kteří byli nazýváni „prostředníky“. Není tedy možné spoléhat jen na intuici, musíme zaujmout kritický a odborný postoj. (Pagliano, 2001)

Dnes již víme, že nestrukturovaná a nepromyšlená práce, nesprávné použití místností a neodbornost vede k pasivitě, chaosu, podnětové disorientaci nebo dokonce zahlcení uživatelů vjemy. Jedinci se stáhnou, začnou být apatičtí, agresivní nebo zaujmou nechtěné postoje. Práce v multismyslových místnostech musí být jasná a smysluplná. Místnosti nelze pokládat za „odkladiště“, kde člověka s postižením ponecháme napospas sama sobě a proudícím podnětům z okolí. Práce ve Snoezelenu musí mít svůj řád a cíl.

### **#3.2 Vymezení Konceptu Snoezelen v současnosti**

Od svého vzniku zažila metoda Snoezelen mnoho proměn. Aktuálně je svými zástupci po celém světě považována jednak za původní volnočasovou aktivitu, také je propracována jako podpůrná edukační metoda s primárním důrazem na vzdělávání formou zkušeností, a v neposlední řadě je již pojímána i jako právoplatná terapeutická metoda, která má svůj řád, systém i pravidla.

Definice, která je uvedena na webových stránkách mezinárodní asociace sdružující odborníky i přátele a zájemce o tuto metodu (International Snoezelen Association – ISNA) charakterizuje Snoezelen takto: „...prostředí, které vytváří pocit pohody, uvolnění, zklidnění, ale také aktivizuje, stimuluje a probouzí zájem, řídí a klasifikuje podněty, vyvolává vzpomínky, organizuje komplexní rozvoj, snižuje pocity strachu a úzkosti, vyvolává pocity jistoty a bezpečí, podporuje socializaci a rozvoj vztahů, přináší radost.“(srov. [www.isna.de](http://www.isna.de), 2013)

Snoezelen by tedy mohl být definován jako integrovaný přístup, aplikovaný odborným personálem v rámci denních činností a péče, s cílem aktivní stimulace skrze smyslové podněty. Podstatou této metody, jak uvádí Kok (2000), je poskytnutí individuální a přirozeně návazné sensorické stimulace v přijatelném a nestresujícím prostředí, bez potřeby a nutnosti rozvoje vyšších kognitivních oblastí, kupříkladu logických a abstraktních procesů myšlení a paměti. (srov. Kok et al., 2000 in Janků, 2010)

Za nejvíce podstatné pokládáme v Konceptu Snoezelen osobní předpoklady, schopnosti a dovednosti člověka, jeho životní priority, preference, potřeby, touhy a možnosti socializace a kulturního začlenění.

Koncept vyžaduje přizpůsobení individuálním potřebám člověka. Současně ale také přizpůsobení aplikacím technik a metod, které rozvíjejí individuální dovednosti a

vědomosti, plnou orientaci na jedince s těžkým postižením, s cílem uspokojování jeho fyzických, emocionálních, psychických a duševních potřeb.

Obecně bychom mohli vyslovit myšlenku, že cíl a podstata Snoezelenu leží ve snaze pochopit a pomoci uskutečnit reálné potřeby, preference a přání klienta.

Největší a nespornou výhodou Konceptu Snoezelen je jeho multifunkčnost, která jej odlišuje od ostatních podobných metod. Místnosti Snoezelenu je možné využívat jako pozitivně laděné prostředí k aktivaci, relaxaci, poznávání a vytváření zkušeností, interakci, a k dalším cílům, podle individuálních potřeb a přání těch, kteří jej využívají.

### **#3.3 Snoezelen je terapeutickou metodou**

Koncept Snoezelen a jeho pojetí můžeme považovat za terapii, pokud sledujeme terapeutické cíle, pokud má zřejmý terapeutický efekt, a pokud jeho terapeutická hodnota je minimálně v reorganizaci, popřípadě v exploraci nebo v jiném vývoji jedince. I přesto si musíme uvědomit, že v průběhu každé terapie musí docházet ke změnám v prožívání a chování člověka, každá terapie má svou organizaci a řád. (Viz dostupné informace o terapiích obecně, definice psychoterapie a terapií ve speciální pedagogice uvedené např. v odborném studijním textu vytvořeném k předmětu Terapeutické metody ve speciální pedagogice 1.)

Pokud tedy uvažujeme o využívání Snoezelenu jako o terapii, pak:

musí obsahovat cíl – předem plánovaný, systematický, jasný;

musí být založena na komplexní diagnostice člověka se zdravotním postižením;

průběh pobytů musí být sledován a průběžně hodnocen (musí vést k určitému sledovanému závěru);

musí následovat zpětná vazba, zjištění efektivity;

stanovení cíle vždy záleží na možnostech jedince se zdravotním postižením, popř. sociálním znevýhodněním, na terapeutovi (např. vyškolený speciální pedagog) a na prostředí Snoezelenu.

Koncepce nám dovoluje také prolínání mnoha dalšími terapiemi a terapeutickými postupy. Pozor, neznamená to, abychom zapomněli na samotnou původní Koncepti a prostředí v podstatě nevyužívali, naznačené terapie jsou pouze možností doplnění Konceptu Snoezelen. V rámci Snoezelenu se nejčastěji využívají tyto terapeutické metody a terapie:

Muzikoterapie – je jednou z nejčastěji využívaných terapií v multismyslových místnostech, právě z důvodu vytvořeného akusticky vyhovujícího prostředí, ale také z důvodu „vhodnosti“ využití metody u mnoha lidí s různým typem a stupněm postižení (zvláště v institucích a domovech). Muzikoterapii nebo spíš „muzikoterapeutické postupy a metody“ můžeme využívat jak individuálně, tak skupinově. Oblíbené jsou aktivní i receptivní postupy (zpěv, hra na nástroje i poslech hudby). Tanec, zpěv, rytmické hry nám pomáhají ve zlepšování komunikace, vyjadřování pocitů, uvolnění, ad.

Dramaterapie – ukazuje se, že Snoezelen je vhodné prostředí pro řešení sociálních vztahů, problémů dětí i dospělých se začleněním a resocializací, nácviku sociálních rolí, atd. Místnosti Snoezelenu jsou většinou vytvořeny tak, že je možné přizpůsobit jejich podmínky k aktivaci nebo i k relaxaci uživatelů, což se pro nácvik a práci s dramaterapeutickými technikami výborně hodí (obměny situací i rolí). Dramatizace,

vyprávění textů, hraní divadla, a další techniky, souvisí s procvičováním paměti, zlepšováním soustředění a zvýšením pozornosti, atd.

Terapie loutkou – řeší mnohdy velmi závažné duševní problémy dětí, a také pomáhá v kognitivním rozvoji dětí s mentálním a smyslovým postižením. Terapie loutkou již patří ke klasickému itineráři především u dětských uživatelů Snoezelenu. (Jakási představa další malé bytosti vyvolává v dítěti pocit bezpečnosti a větší důvěry.)

Biblioterapie – (jen si tak číst...) Myšlenka, která je vhodná zvláště pro uživatele staršího věku - seniory. Ať už máme na mysli biblioterapii aktivní, nebo pasivní, kupříkladu předčítání a poslech, tvoří místnosti Snoezelenu velmi vhodné pomocníky. Navíc zde rozhodně čtenář i posluchač zapojí více představivost a fantazie než kdekoliv jinde.

Aromaterapie – je v podstatě stálou součástí multismyslových místností. Doporučuje se využívat éterických olejů, vonných lamp i tyčinek při práci v místnosti pokaždé. Ovšem je nutné nastudovat působení specifických vůní, aby u člověka, který aroma vdechuje, nedošlo k opačné reakci než je požadována.

Arteterapie, Ergoterapie – tvůrčí činnosti a činnosti spojené s vytvářením artefaktů můžeme v místnostech Snoezelen využívat tehdy, pokud k tomu máme vytvořeny podmínky. Je minimálně vhodné netvořit ve velkých skupinách klientů, a také pod odborným dohledem nejlépe vyškoleného arteterapeuta nebo ergoterapeuta.

Nicméně doporučujeme spíše techniky, které souvisí se zaměřením každé místnosti, popřípadě přímo vytvoření zvláštní snoezelenové místnosti pro tyto činnosti určené.

Animoterapie – blízkost zvířat vytváří v lidech často pocity, které nejsme schopni jiným způsobem vyvolat. Funkce animoterapie ve Snoezelenu je tedy velmi emotivní – působí na emocionální citovou složku osobnosti. Využití zvířat doporučujeme zvláště u dětí a uživatelů s emocionálními poruchami a také se souběžným postižením více vadami.

Využití dalších podpůrných nebo facilitačních a rehabilitačně - masážních terapeutických metod:

Koncept Bazální stimulace, Vogelův koncept Prenatálních místností, Psychomotorika, Bobathova metoda, metoda Veroniky Sherborne, míčkování, terapie objetím, Vojtova metoda, orofaciální stimulace, ad.

### **#3.4 Snoezelen je podpůrná metoda**

Častěji, než terapie, se koncept Snoezelen uplatňuje jako podpůrná pedagogická metoda, a také jako volnočasová aktivita. Pod terminologickým spojením „podpůrné pedagogické opatření“, což je doslovný překlad ze zahraničních zdrojů, se skrývá spíše „podpůrná edukační metoda“. Čili činnost, která je doprovodem k výchovně vzdělávacímu procesu a podporuje i jeho cíle a úkoly. Ovšem, tím se v našich podmínkách zařazuje Koncept Snoezelen mezi alternativní multismyslové programy, a jejich začlenění do školy a školských zařízení vyžaduje odlišné cíle, strukturu a metodiku, na rozdíl od využití Snoezelenů například v rezidenční péči. Edukačně zaměřené cíle Snoezelenu jsou směřovány zejména do následujících oblastí: relaxace a zklidnění dětí ve školách, redukce senzorické deprivace u dětí (se zvýrazněním taktilní deprivace týkající se zejména doteků a masáží), snížení a zvládnutí hyperaktivity, rozvoj soustředění a pozornosti, rozvoj kognitivních schopností, komunikačních schopností, smyslová stimulace u dětí se souběžným postižením více vadami.

Mnohokrát citovaným důvodem užívání této metody ve školách je možnost budování pozitivních vztahů mezi učiteli a žáky nejen se speciálními potřebami. Originální specifické prostředí může díky relaxaci, uvolnění a pohodlí vyvolat očekávané odpovědi snáze než prostředí běžné třídy. Atmosféra Snoezelenu je velmi vhodná k intimním rozhovorům a k řešení osobních problémů dětí a jejich rodičů.

Snoezelen se dnes využívá ale také pro žáky se syndromem ADHD, poruchami pozornosti, impulzivitou a hyperaktivitou, specifickými poruchami učení. Zmírnění stresu dítěte s výše uvedenými dysfunkcemi, který mnohdy pramení ze školních neúspěchů, nízkého sebevědomí, komplexů méněcennosti, nedostatku sebeúcty, a tím také potíží při navazování sociálních kontaktů, je možné právě aplikací speciálně zřízené místnosti docílit.

Místnosti Snoezelen existují již v mnoha školách a školských zařízeních po celém světě. V rámci integrovaného vzdělávání jsou využívány jako tzv. neutrální místnosti, naprosto odlišné od typického školního prostředí. Jejich cílem je umožnit dětem i učitelům, popř. vychovatelům, zažít nové situace, vybudovat si nové vazby, vzájemně se více poznat, rozvíjet a stimulovat své smysly, najít místo pro řešení vzájemných problémů nebo jen změnit prostředí konformní školní třídy. Z praxe i teorie vyplývá, že nejčastější problémy při zařazování dětí se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním do běžných škol, se týkají zejména poruch chování, které se ve školním věku objevují čím dál častěji.

Multismyslové místnosti pomáhají tyto problémy řešit na základě zážitku a prožitku, který vyvolává zpětný pozitivní efekt.

Pokud bychom cíle Konceptu Snoezelen v procesu edukace shrnuli, pak se jedná o:  
rozvoj vnímání, emocionality, poznávání, komunikace a motoriky  
rozvoj seberegulace a harmonizace osobnosti  
změny v pozornosti a koncentraci dítěte  
pokles agresivního a autoagresivního chování  
posilování rovnováhy mezi uvolněním a aktivací jedince  
pozitivní socializace a integrace v sociálních strukturách.

U jedinců se zdravotním postižením je cílem také celkové uvolnění. Děti i dospělí s postižením jsou velmi často vystaveni značnému napětí a stresu. Uvolnění tedy chápeme jako protiklad k napětí, jež si spojujeme s namáhavou tělesnou nebo duševní zátěží a aktivitou. Zvláště v institucích s celodenním a celoročním pobytem, kam jsou zařazováni lidé s těžkými stupni různých postižení, jde o stálou přítomnost mnoha dalších obyvatel v bytových skupinách a buňkách, a také jde o omezený prostor a stále stejné prostředí, které může tento stres vytvářet.

Dalším cílem tohoto podpůrného směru je rozvoj seberealizace. V místnostech Snoezelen jde o akceptaci přání a potřeb, respektování zájmů a projevů postiženého. To, co nám tedy připadá jako odlišné, zvláštní, nevhodné nebo rušivé, může mít pro jiného člověka pozitivní hodnotu. Akceptace individuálních zvláštností tedy podporuje rozvoj seberealizace a osobních zájmů. (srov. Opatřilová, 2005, Švarcová, 2006, Vitásková, 2005 in Janků, 2010)

Snoezelen také podporuje socializaci a začlenění do kolektivu. Člověk se zdravotním postižením se ve všech rovinách či součástech kultury projevuje jinak – odlišně od majoritní skupiny. Vytváří tak své vlastní sociokulturní zázemí, které je podstatné zejména pro jeho vývoj. Rozpory mezi sociokulturním zázemím jedinců jsou dány

zejména handicapem – postižením, které mění schopnosti, dovednosti, zájmy a motivaci, a vytváří tak typickou sociokulturní realitu, odlišnou od sociokulturní reality intaktní – zdravé - populace.

Možné cíle Snoezelenu využitelné v edukaci dětí s těžkým postižením:

prostředek uvolnění

podpora seberealizace

snížení agresivního a autoagresivního chování

podpora vnímání

emocionalita

rozvoj kognitivních schopností

rozvoj komunikace

rozvoj motoriky (speciálně jemné)

zlepšení socializace a integrace.

### **#3.5 Snoezelen je volnočasovou aktivitou**

Posledním směrem, kterým se Snoezelen ubírá, je vyplnění volného času. Tato oblast se původně týkala hlavně osob s mentálním postižením, a to zejména s těžkým stupněm. Za výplň volného času považovali Snoezelen již jeho zakladatelé. Proniknout do způsobů vnímání a prožívání lidí s nejtěžšími vadami a s kombinovaným postižením je velmi složité. Metoda multismyslové stimulace nabízí možnosti, které díky atmosféře uspořádaného prostředí zvyšují odolnost vůči vnějším vlivům, způsobují pozitivní změny v neurovegetativním systému organismu a komplexně harmonizují osobnost. Nedostatků ve verbalizaci a konkrétním vyjádření pocitů a zájmů člověka je možné na úrovni Snoezelenu nahradit tělesnými reakcemi, mimikou, doteky a řečí těla. Pokud nabídneme za výplň volného času Koncept Snoezelen, pak reálně nabízíme nové zážitky, fyzické i psychické zklidnění, zaměstnání smyslů a výběr aktivit libých a příjemných.

Nejdůležitější zásadou v tomto prostředí s cílem náplně volného času je svoboda volby, volnost a dostatek prostoru v čase. Člověka v tomto prostředí nemotivuje pedagog ani terapeut, ale prostředí samotné, předměty, materiály, technika a pomůcky, které vedou k aktivaci a stimulaci. (Opatřilová, 2005) Jedinec s postižením si může sednout nebo lehnout, sám si vybrat z pomůcek a prostředků, které jsou mu nabízeny, zvolit si zvukovou kulisu, a tím si vytvořit individuální příjemnou atmosféru, atd.

Snoezelen vyžívaný jako volnočasová aktivita:

Doporučujeme zvláště pro osoby s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami;

člověka zde nemotivuje průvodce ani terapeut, ale prostředí samotné – probouzí v něm aktivitu;

nedostatek verbalizace může být ve snoezelenu nahrazen gesty, mimikou, tělesnými reakcemi, doteky, řečí těla;

nabízí se zde nový prožitek – a také zaměstnání uživatelů;

člověk získává nové, libé i nelibé pocity, má možnost volby a svobodné realizace.

Ať už využijeme Koncept Snoezelen jako terapeutickou metodu, podporu edukace nebo volnočasovou aktivitu, je vždy nutné správně stanovit cíl každé lekce a podrobně rozpracovat organizaci využití času v místnosti.

### #3.6 Na co bychom neměli zapomenout

Tuto kapitolu ukončíme tím nejdůležitějším: shrneme v několika bodech to, co je podstatné zachovat v každé multismyslové místnosti Snoezelen.

Každá místnost Snoezelen koncentruje obrovské množství vjemů na úzkém prostoru. Kvantita i kvalita sensorických podnětů může, a měla by být, pokaždé jiná. Uplatnění podnětů záleží na individuálním využití místnosti, její techniky, pomůcek, osvětlení, zvuků, ad. Negativem, které zde zjevně hrozí, je zahlcení člověka podněty, což může vyvolat velmi nelibé pocity a záporné odpovědi na naše otázky.

Základní myšlenkou Konceptu Snoezelen je zážitek. Místnost by měla být pro své uživatele „kouzelná, magická, unášející, ohromující, fascinující, šokující, tajemná, vždy trochu jiná“. Na základě zážitku si jedinec vytváří pokaždé jiný dojem.

Snoezelen na podkladě zážitku, kterému se člověk plně věnuje, upne na něj svou pozornost a vnímá více než obvykle, vyvolává zkušenosti. Zkušeností se dítě ve svém vývoji učí, u osob s těžkým zdravotním postižením to platí rovněž.

Každý pobyt ve Snoezelenu musí mít vždy individuální cíl, který reaguje na potřeby a přání člověka se zdravotním postižením a tudíž individuální specifickou potřebou.

Tento cíl musí být předem komplexně promyšlen a prodiskutován v týmu odborníků.

Zachovejme Konceptu jednu z hlavních ideí: „nic se nemusí – vše je dovoleno“. Každý člověk má možnost volby a svobodného vlastního rozhodnutí - co a jak ve Snoezelenu dělat, kterou činnost vybrat. Je nutné vždy zachovat dobrý pocit z místnosti.

Cílem pobytů je mimo jiné vždy zpětný efekt pozitivního rázu, vytvořený pozitivními emocemi, pohodlím, odpočinkem, uspokojením vlastních potřeb, radostí a vyrovnaností člověka, který zde pobývá!

### #Shrnutí

V mnoha zařízeních, domovech, školách a centrech pro děti i dospělé a seniory s těžkým a souběžným postižením více vadami existuje multismyslová místnost nebo místnosti Snoezelen. Koncept Snoezelen byl vyvinut již před více než 30 lety v Holandsku. Využití speciálně vytvořeného prostředí je obrovské. Můžeme Snoezelen využít jako terapii, volnočasovou aktivitu nebo podpůrnou metodu ve výchově a vzdělávání dětí. U osob s vícečetným postižením je nutné zachovat zejména individuální podstatu a vzhled místností, vše podle potřeb lidí, pro které je Snoezelen vytvářen. Jeho cílem je, skrze blízké i vzdálené smysly a zážitek, působit na pozitivní rozvoj osobnosti člověka.

Kontrolní otázky a úkoly:

Dokázali byste shrnout rozdíl využití Konceptu Snoezelen jako terapie, volnočasové aktivity a podpory výchovy a vzdělávání dětí?

Co je cílem Konceptu Snoezelen?

Definujte multismyslové prostředí versus snoezelenové prostředí.

Úkoly k textu

Které zařízení ve vašem okolí disponuje místností Snoezelen?

Otázky k zamyšlení:

Co má Koncept Snoezelen společného s Konceptem bazální stimulace?



Téma semestrální práce:

Vytvořte konkrétní lekci v místnosti Snoezelen pro člověka/skupinu osob s těžkým kombinovaným postižením.

Citovaná a doporučená literatura:

FILATOVA, R., JANKŮ, K. (ed.). Snoezelen. Frýdek – Místek: Tiskárna Kleinwächter, 2010. ISBN 978-80-260-0115-7.

HÁJKOVÁ, V. (ed.) a kol. Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením. Praha: Somatopedická společnost, 2009. ISBN 978-80-904464-0-3.

HULSEGGE, J., VERHEUL, A. Snoezelen Eine andere Welt. Marburg/Lahn: Band 21. Grosse Schriftenreihe, 1986. ISBN 3-88617-091-8.

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 OU, 2011. ISBN 978-80-7464-022-3.

MERTENS, K. Snoezelen – Eine Einführung in die Praxis. Dortmund: Verlag modernes lernen, 2002.

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

OPATŘILOVÁ, D. Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami. Brno: MU, Pdf, 2005. ISBN 80-210-3819-5.

OPATŘILOVÁ, D. Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou. 2.přepr.vyd. Brno: MU, Pdf, 2010. ISBN 978-80-210-5266-6.

PAGLIANO, P. Using a Multisensory Environment. A practical Guide for Teachers. London: David Fulton Publishers, 2001. ISBN 1-85346-716-2.

ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. Vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

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.

Elektronické odkazy:

Definice Konceptu Snoezelen. 2013 [online] [cit. 2013 -05-26] Dostupné z [www: http://www.isna.de/en/](http://www.isna.de/en/).

## **#4 Metody využívané lidmi s těžkým a kombinovaným postižením**

Cíl kapitoly

Po nastudování této kapitoly byste měli být schopni vymezit a krátce shrnout tyto konkrétní metody:

Koncept prenatálních místností

Psychomotoriku

Orofaciální regulační terapii

Vojtovu metodu

Metodu Veroniky Sherborne

Bobathův koncept  
Metodu Petöho  
Facilitovanou komunikaci  
Aromaterapii.

Klíčová slova

Koncept prenatálních místností; Psychomotorika; Orofaciální regulační terapie; Vojtova metoda; Metoda Veroniky Sherborne; Bobathův koncept; Metoda Petöho; Facilitovaná komunikace, Usnadňovaná komunikace; Aromaterapie.

Čas na prostudování kapitoly

12 hodin

Průvodce studiem

V péči o osoby s těžkým postižením, zvláště o děti, se využívá již množství metod a postupů, které podporují vývoj jedince a rozvoj jeho pozitivních stránek. Tyto podpůrné strategie vycházejí ze znalosti individuálních zvláštností konkrétního člověka. Metody a terapeutické koncepty, které v této kapitole přiblížíme, jsou často využívány v komplexní péči a podpoře osob s těžkým postižením. Ovšem, samozřejmě bychom mohli vyjmenovat mnohé další metody.

Připomínám zde, že výběr a využití každého postupu s sebou nutně nese zodpovědnost terapeuta/speciálního pedagoga, který musí postup důkladně znát, je vyškoleným odborníkem, a počítá se všemi komplikacemi, které by mohly při práci nastat.

Dbejme na to, aby užívání různých alternativních postupů přinášelo radost nám i všem lidem, pro které je vybíráme.

#### **#4.1 Koncept prenatálních místností**

Všichni jedinci se zdravotním postižením každého stupně mají právo na to, aby byly jejich potřeby emocionality, lidských vztahů, stability a trvalých podmínek, bezpečí a jistoty, ale také podnětové stimulace, uspokojovány. Jak uvádí Vítková (2004), těžké postižení na jedné straně umocňuje stav potřeb člověka, na druhé straně často zabraňuje jejich přiměřenému uspokojení. (Vítková, 2004) Pokud to hloubka jejich postižení dovolí, měli by lidé s těžkým postižením získat alespoň možnost, aby dokázali navázat kontakt se svým okolím, a vyjádřit své nejzákladnější primární potřeby: pocit hladu, žízně, bolesti, radosti, uspokojení, atd. (Švarcová, 2006)

Bernd Vogel je autorem Konceptu prenatálních místností a poukazuje na možnosti využití těchto pokojů osobami s těžkým a souběžným postižením více vadami. Tento autor se mimo hudební terapie, muzikoterapie a arteterapie, zabývá právě uspořádáním postupů v místnostech, které podle něj poskytují tzv. „sociální uterus“. (Vogel, 1991 in Opatřilová, 2005).

Prenatální terapie vede jedince do prenatálního stavu prostřednictvím muzikoterapie na vodním lůžku, ve kterém je zabudována soustava reproduktorů, jejichž pomocí se zvuk přenáší na hmatový vjem. (srov. Opatřilová, 2005, 2010) Tato definice by se dále mohla vysvětlit tak, že dítě v lůně matky vnímá nejen zvuky, ale také vibrace zvuků přenášené skrze plodovou vodu. Cílem tohoto konceptu je vytvořit prostředí a atmosféru, ve které se člověk cítí dobře a příjemně na základě regresivních zážitků, sensorické stimulace, navázání vztahů, ustálení primárních vazeb a nových zkušeností. Vogel rozčlenil terapeutický postup do tří fází:

Fáze 1 – získání prazkušeností:

navázání na zkušenosti před porodem  
vytvoření příjemné atmosféry beze strachu  
regrese jako dynamický proces  
fáze 2 – vnímání prenatalních podnětů:  
multismyslová nabídka podnětů  
stimulace vestibulárního systému pohyby vody  
vodo-zvukový systém  
stimulace auditivně-vibračního smyslového vnímání hudbou a vibracemi  
fáze 3 – zapojení okolí a prostředí:  
vnitřní okolí a jeho stimulace  
vnější okolí a získávání podnětů  
nové zkušenosti na základě dynamického procesu. (Vogel in Opatřilová, 2005)  
Prenatální místnost by měla i svým vzhledem navenek působit jako vnitřní prostředí  
ženy - děloha matky, měla by být spíše tmavší, s barevnými odstíny červené, růžové a  
bílé.

V první fázi této terapie jde, jak je uvedeno výše, o regresi člověka do nitroděložního  
života. Jde o fázi, ve které nejsou přeceňovány rozumové a kognitivní schopnosti  
dítěte, ale naopak největší pozornost je kladena do pudové a emocionální oblasti.  
Prostřednictvím ochranného prostředí prenatalní místnosti můžeme najít chybějící  
důvěru (pradůvěru) k sobě samému, ke druhým a k okolí. Vytvořením příjemné  
atmosféry lze dosáhnout zejména v těchto prvních okamžicích psychofyzického  
uvolnění, základních (pra)prožitků radosti a bezpečí.

Druhý krok, či druhá fáze, se týká vestibulárně – vibračních podnětů, které jsou  
předávány dítěti v pořadí, ve kterém je schopný vývojově vnímat. Vestibulární systém,  
který řídí vnímání těla ve vztahu k prostoru a udržení rovnováhy, stimulujeme jemnými  
pohyby vodní matrace, kolébáním až houpáním. Hudba a zvuk se přenáší nejen  
sluchem, ale také celým tělem (vibrace). Bylo dokázáno, že především hluboké tóny a  
frekvence způsobují uvolnění a zklidnění člověka.

Pro poslední fázi je důležité uvědomění si vlastní osobnosti, vlastního těla, vlastních  
pocitů, skrze vnímání vestibulárně-vibrační. Častokrát jde zejména o percepci vlastního  
srdce, dýchání, pulsu, šelestů, atd. Dítě i jeho terapeut se tak naučí vzájemně  
naslouchat, poznávat své projevy emocionálního rozpoložení, naučí se novým  
modelům chování, přijmou nové zkušenosti a zážitky.

Prenatální místnost působí tedy nejvíce na emocionální složku osobnosti a na stimulaci  
podnětů, které se dítě učí přijímat z vnějšího i z vnitřního prostředí.

Prenatální terapie vychází z předpokladu, že návrat do „bezstarostného“ prenatalního  
stádia na určitou dobu, nabízí znovu jakýsi pozitivní počátek pro další rozvoj (forma  
prožitku matčina lůna). (Valenta, Müller, 2003) Prenatální místnosti byly a jsou  
využívány zejména v institucích a domovech pro jedince s těžkým a vícečetným  
postižením, pro děti s emocionální a sensorickou deprivací.

## #4.2 Psychomotorika

Psychomotorika vznikla z řeckého psyché = duše a za latinského motorius = pohybový.  
Podle Opatřilové (2005) „...je to souhrn pohybových projevů člověka, jeho volní i  
mimovolní pohybové činnosti, která odráží okamžitý psychický stav člověka (normální:

mimika, smích, pláč, gestikulace; patologický: akinéza – znehybnění, třes, grimasy, apod.)“ (Opatřilová, 2005, s. 108)

Psychomotorickou aktivitou, terapií nebo metodou rozumíme obecně „výchovu pohybem“. Psychomotorickému jednání dítěte v souvislosti s jeho vývojem se přikládá velký význam. Psychomotoriku bychom mohli pokládat za metodu, která si klade za cíl ovlivňování duševních procesů člověka za pomoci podněcování motorických činností. Jak uvádí Valenta a Müller (2003) právě zacílením na osobnost se liší od fyzioterapie, činnostním zacílením se pak liší od dalších psychoanalytických disciplín. Lze ji tedy definovat jako záměrnou aplikaci pohybových prostředků, které mění chování, jednání, osobnostní strukturu, emoce pozitivním směrem. (Valenta, Müller, 2003)

Můžeme ji také chápat jako určitý model vývoje osobnosti prostřednictvím motorických učebních procesů. (Raimitz in Pipeková, Vítková, 2001)

Ve smyslu užívání psychomotorických cvičení je psychomotorika konceptem podpory vývoje. Opatřilová (2005) ji pojímá jako systém tělesné výchovy, která využívá pohyb jako výchovného prostředku. Tato výchova podporuje iniciativu dítěte, tvořivost, respektuje individuální zvláštnosti, je hravá a zábavná. Důležitost spatřujeme v tom, že se touto metodou nesoustřeďujeme na rozvoj pohybu, ale na prožitky a navození příjemných pocitů a atmosféry. (Opatřilová, 2005)

Jako pohybové cvičení napomáhá psychomotorika rozvoji psychických funkcí, vztahů k druhým osobám, bere v úvahu psychické vlastnosti člověka.

Koncepce psychomotoriky, zvláště v německy mluvících zemích, je úzce spjata s osobou doktora Ernsta J. („Jonny“) Kipharda (1923-2010), který vyvinul soubor psychomotorických cvičení a tzv. motopedagogiku (později psychomotoriku), a použil ji poprvé v roce 1955 na psychiatrické klinice pro děti a mládež.

Podstatou této metody je získání tří bazálních kompetencí:

1. kompetenci JÁ
2. kompetence VĚCNÉ
3. kompetence SOCIÁLNÍ.

První kompetencí je zkušenost s vlastním vnímáním, tělem, tělesnými funkcemi, a tvoří základ vlastní orientace a orientace člověka v prostoru.

Druhou kompetencí rozumíme zkušenosti s materiálem, s okolními podněty a prostředím. Pod třetí kompetenci, kterou dítě postupně získává, můžeme zařadit sociální zkušenost, také komunikaci a dorozumívací prostředky. (srov. Raimitz in Pipeková, Vítková, 2001)

Blahutková (2007) se na psychomotoriku dívají jako na samostatný proces prožívání, jehož prostřednictvím se člověk nachází ve vztahu ke světu. Je to produktivní a obrodný proces, který působí pozitivně také v oblasti duševní hygieny, konkrétně pomáhá překonávat stres a únavu organismu, strach a negativní prožitky. (Blahutková, 2007)

Psychomotorické prostředky mohou mít charakter hry, rytmických cvičení, taneční gymnastiky, pantomimy, jógy i akrobacie. Metody i postupy psychomotorických cvičení vycházejí z individuálních možností a stupně vývoje osobnosti dítěte se zdravotním postižením.

Podstatou psychomotoriky jsou pozitivní a motivující pocity dítěte, hravost, radost z pohybu a individuální motorický a vývojový postup.

### #4.3 Orofaciální regulační terapie

Velmi jednoduše řečeno - podstatou této metody je reflexní terapie pro oblast úst a obličeje. Jejím zakladatelem je lékař Rodolfo Castillo Morales (1941-2011), který se řadu let zabýval životem domorodých kmenů v Jižní Americe. Zkušenosti, které ze svých cest získal, formovaly koncept, jehož filozofie má k domorodému životu, který takto sledoval, velmi blízko. Zaujali jej domorodci, kteří tráví většinu svého života vsedě na zemi, a jejich chování a aktivity. Mimo jiné sedí tito lidé na zemi často také proto, aby se mohli svým dětem dívat přímo do očí, a aby se tak k nim mohli chovat rovnocenně, jako ke stejně velkým. Učení jejich dětí tak probíhá tváří v tvář zejména díky propracované mimice, expresi a pohybům orofaciální oblasti.

Orofaciální regulační terapie, která byla prvotně přímo určena dětem s Downovým syndromem, je dnes již rozšířena v péči o děti i dospělé s různým postižením. Cílem této terapie je správná funkce orofaciálního komplexu. Orofaciální komplex můžeme charakterizovat jako spojení různých anatomicko-fyziologických prvků, které slouží k tomu, aby se rozvíjely funkce přijímání potravy, mimika, dýchání a fonace. (Morales, 2006)

Techniky, které napomáhají a podporují zlepšování svalového tonusu v obličeji, a v celé orofaciální oblasti, jsou velmi důležité při zlepšování dýchání, sání, polykání, předřečového i řečového vývoji člověka. Stimulace se provádí různými tlaky, tahy a vibracemi, které sice mají víceméně hravý charakter, počítá se totiž zde přednostně s libými pocity dětí, avšak přesto vyvolávají významné odezvy v celém těle.

Poruchy v orofaciální oblasti se na dítěti projeví, jak uvádí Gangale (2004), nejen přímo při mluvení, ale i špatným držetím těla a poruchami přijímání potravy, což může způsobit poruchy trávicí a vylučovací soustavy, poruchy růstu, špatný spánkový režim, neklid, apod. (Gangale, 2004) Navíc, mnoho dětí se souběžným postižením více vadami trpí tělesnou a svalovou dysharmonií, která se i tohoto orofaciálního svalstva týká. Orofaciální reflexní stimulaci rozdělujeme na pomáhající a pomocnou. Pomáhající se zaměřuje na zlepšování funkce přijímání potravy a pomocná na aktivaci svalstva obličeje při nácviu a reedukaci artikulace. (Morales, 2006)

### #4.4 Vojtova metoda

Autorem metody reflexní lokomoce nazývané obecně Vojtova metoda, která byla vyvinuta již v padesátých letech minulého století, je lékař a profesor Václav Vojta (1917-2000).

Vojtova metoda, nebo také Vojtův princip, se využívá velmi často při včasném diagnostikování dětí, ale také jako terapeutický postup a možnost léčebné rehabilitace u dětí i dospělých s poruchami nervového a svalového systému.

Již v průběhu prvního roku života mohou být, podle Vojty, diagnostikovány na základě pozorování motorického vývoje jedince poruchy v neuromuskulární oblasti. Podstatou této metody je působení na centrální nervovou soustavu skrze provokovaná svalová cvičení, polohy a aktivace reflexů celého těla. Cíleným vyvoláním reflexního plazení a otáčení za pomoci dráždění jednotlivých nebo kombinovaných zón se patologické reakce dítěte převádějí na fyziologické vzpřimovací mechanismy, a rovnovážné reakce se v CNS dostávají z blokády. Dítě se tak dostává dále ve svém neuromotorickém vývoji. (Bernard, 2013)

Vojta vychází z předpokladu, že mezi první projevy dítěte patří reflexy, které jsou důležitým diagnostickým ukazatelem pro vývojový věk kojence a mají v diagnostice největší hodnotu.

Programům, které jsou vytvářeny na podkladě Vojtových premis, říkáme programy podmíněných reflexů. Předpokladem i podmínkou těchto programů je aktivní role terapeuta a překonávání odporu materie i přes zásadu usnadňování pohybu.

Václav Vojta vyvinul pojem vývojová kineziologie, jejíž podstatou jsou různé postupy, které bychom mohli zařadit do vývojové neurologie dítěte v kojeneckém věku. Hlavní úlohou je ve všech postupech zachovat globální svalovou souhru celého těla.

Pomocí postupů vývojové kineziologie lze diagnostikovat, třídit a léčit pohybové poruchy dítěte. Jedná se o:

Modely držení těla dítěte v jeho pohybovém vývoji, včetně ideálních diferenciací svalových funkcí;

Systém reflexů a polohových reakcí v raném dětství, které vypovídají o zralosti CNS;

Terapeutický systém „reflexní lokomoce“;

Teorie náhradních motorických modelů. (Vojta, Peters, 2010)

Kromě reflexů a polohových reakcí je možné aplikovat všechny postupy vývojové kineziologie také u dospělých lidí. S vývojovou kineziologií vznikla novodobá vývojová rehabilitace.

#### **#4.5 Metoda Veroniky Sherborne**

Teorie, na jejímž podkladě je založena metoda německé fyzioterapeutky Veroniky Sherborne (1922-1990), se zakládá na analýze lidského pohybu, kterou uskutečňoval maďarský umělec, tanečník a teoretik Rudolf von Laban (1879-1958). Labanovy úvahy týkající se potřeb dítěte (zejména potřeba pohybu, exprese, odreagování, kreativity) využila Sherborne, pokračovatelka jeho školy. Cílem tohoto přístupu byl rozvoj osobnosti, rozvoj potenciálu a pomoc lidem pochopit a vyzkoušet širokou škálu pohybových aktivit.

Sherborne vytvořila systém aktivit, které stimulují vývoj dítěte nejenom po stránce pohybové, ale také emocionální, smyslové a rozumové, a proto mají tyto postupy využití při disharmonickém a opožděném vývoji. Metoda vychází z přirozeného kontaktu rodičů s malými dětmi. Jeho autorka se domnívala, že pohybem lze vyjádřit své pocity, získat určitou volnost, vytvářet vlastní pohybové struktury a kompozice, s postupem času dát ale také vzniknout kategoriím pohybu více či méně vysublimovaných. (srov. Stankowski, 2005, [www.sherbornemovementuk.org](http://www.sherbornemovementuk.org), 2013) Základním předpokladem tohoto konceptu je možnost poznávání vlastní síly dítěte, učení spolupráci a sdílení. Dítěti jsou určité cviky nabízeny s tím, že je může, podle vlastních nápadů obměňovat, čímž rozvíjíme dětskou spontánnost a kreativitu.

Tato metoda má dva nejdůležitější cíle:

rozvíjet vztahy a důvěru dětí

rozvíjet uvědomění si vlastního těla za pomoci pohybových cvičení.

Jak sama autorka této metody uvádí, přináší cvičení dětem tyto benefity:

rozvoj sebevědomí a vytváření pozitivních vztahů nejen k sobě samému, ale také k okolí;

zlepšení emocionální a fyzické gramotnosti;

rozvoj a zlepšení komunikace a výtvarného projevu;

zlepšení schopnosti učit se, rozvoj všech kognitivních schopností;  
rozvoj analyticko-syntetických schopností, myšlení, řešení problémů;  
usnadnění začlenění dítěte se zdravotním postižením, lepší socializace; ad. (Sherborne, 2006)

Cvičením a metodou Veroniky Sherborne se skvěle motivují děti k cílené pohybové aktivitě a uvědomují si, jak lépe ovládat své tělo. Usnadnění interpersonálních kontaktů, zlepšení iniciativy a aktivity, uspokojování vlastních potřeb, jsou jen některé výstupní hodnoty této důležité a velmi často aplikované metody.

#### **#4.6 Bobathův koncept**

Byli to právě manželé Bobathovi, Karel a Bertha, kteří v padesátých letech minulého století vzbudili v mnoha lidech a rodičích dětí s těžkým zdravotním postižením, naději na návrat, či zlepšení, pohybových struktur organismu.

Bobathovou metodou se snažíme vyvolat automatické reakce dítěte (vzpřimovací, rovnovážné, obranné), které jsou nevědomou složkou pohybu. Nácvik koordinačních pohybových vzorů pak vede k jejich zafixování a spontánnímu zapojení v pohybu. Bobathům koncept využívá k útlumu patologických tonických reflexů mozkového kmene a hlubokých šíjových reflexů (které jsou stejně jako u Vojtovy metody považovány za nejzávažnější příčiny pohybových potíží u poruch CNS), tzv. inhibičních poloh. Pohyb je přitom umožněn pouze té části těla, která je aktivována kupříkladu tahem, tlakem a poklepáváním. Technikám držení dítěte v různých polohách a zacházení s jeho tělem říkáme handling (z angl.překl.). Různým formám přerušovaného dotýkání a tlaků na kůži a svalstvo říkáme tapping (také z angl.překl.). (Valenta, Müller, 2003) Bobathova metoda se uskutečňuje zejména v rámci handlingu. Terapeut manuálními doteky navozuje automatické pohyby (vzpřimovací, rovnovážné a obranné reakce). Vyvolaný pohyb dále sleduje a koriguje například použitím minimální opory na správných místech a v určitý čas pohybu. Touto korekcí získává dítě správný sensorický vjem normálně provedeného pohybu. Opakováním pak vzniká schopnost dítěte samostatně korigovat a kontrolovat vlastní tělo, a jeho držení.

Znalost normálních ontogenetických vzorců motoriky a držení těla dovoluje terapeutovi čelit dalšímu vývoji abnormálního pohybového vzorce dříve, než se u dítěte zautomatizuje. Patologická schémata jsou potlačována, aby se umožnilo vytváření schémat normálních – např. chybně řízené postavení kloubů je změněno na normální funkční postavení, takže je pro dítě jednodušší se vzpřímit a udržet rovnováhu. (Bernard, 2006)

V průběhu mnohaleté práce a zdokonalování své metody vypracovali manželé Bobathovi řadu technik, které souvisejí se stimulací svalového tonu, což je v případě ataxie, atetózy a spastických stavů jejich základem. Mezi tyto činnosti patří zvláště: přitlačení a táhnutí, zatížení a odpor (založeno na protikladné inervaci), lokalizace, poklepávání, uvolnění, hlazení, potřásání končetinami, kolébání, vodní masáž, relaxační techniky. (Stankowski, 2005)

Cvičení se dělí podle fyziologických sekvencí, podle důležitosti poloh, postojů a pohybů na:

cvičení, která regulují umístění hlavy v prostoru a správnou polohu hlavy vůči tělu

cvičení, která pomáhají usnadnit pohyby těla a uchopování

cvičení, která zlepšují rovnováhu a otáčení okolo tělesné osy

cvičení, která ovlivňují vztah jednotlivých částí těla k sobě navzájem  
cvičení, která zlepšují obranné reakce.

(srov. Stankowski, 2005, Valenta, Müller, 2003, Trojan, 2001, Bernard, 2006)

Bobathovu metodu je vhodné použít při známkách těchto poruch:

abnormální svalový tonus, spasticita, hypotonie nebo kolísající tonus;

porucha automatické adaptace svalů (agonistů a antagonistů) při pohybu, což  
znemožňuje jeho plynulost;

omezené množství posturálních a pohybových vzorů;

nežádoucí synchronní pohyby při vykonávání určité činnosti.

Bobathova metoda je jednou z nejčastěji využívaných metod v rámci rozvoje dětí  
s dětskou mozkovou obrnou (a dalších poruch a postižení). Jejím úkolem není pouze  
rozvoj hrubé a jemné motoriky dítěte, ale také celková koordinace, zlepšení  
sebeobsluhy, percepce a komunikace verbální i neverbální.

Zastánci této metody se sdružují mimo jiné např. v rámci České Asociace Dětských  
Bobath Terapeutů (ČADBT), která je občanským sdružením a registruje členy  
certifikované v evropské asociaci Bobath Konceptu (European Bobath Tutors  
Association - EBTA). ČADBT byla založena v Ostravě, a o její vznik se zasloužila zejména  
MUDr. Irina Chmelová, tehdejší primářka stacionáře v Ostravě - Porubě. Doktorka  
Chmelová, společně s fyzioterapeutkou Olgou Večeřovou, byly první, které získaly  
vzdělání v Bobath centru v Londýně v roce 1997. Sídlem ČADBT je i dnes Městská  
nemocnice v Ostravě.

#### **#4.7 Petöho metoda**

S podobnými cíli, jako Vojtova metoda i Bobathův koncept, bývá realizována metoda  
Petöho. Ovšem tato terapie, i přestože má také aktivizační a pohybové cíle, klade silný  
důraz na skupinovou dynamiku. Maďar Andreas Petö (1893-1967) praktikoval tuto  
metodu původně ve svém internátu a stacionáři, v tzv. Petöho institutu. Jeho  
skupinová terapie byla založena na dvou šestitýdenních cyklech a celodenní společné  
práci všech dětí, která zahrnuje všechny aktivity, jež fungují celých 24 hodin.

Petö tvrdí, že základem pro pohybovou aktivizaci je aktivita a hodnoty skupiny,  
nejčastěji pak vrstevníků. Idea vzájemné motivace, společenství a kooperace se  
objevuje jakožto primární v mnoha oblastech speciální pedagogiky. Silná podpora  
samostatnosti a zodpovědnosti se v tomto konceptu objevuje mnohem více než  
v předchozích např. Bobathových myšlenkách, které jsou spíše založené na  
individuálním přístupu a dialogu. Petö, podle kterého byly ošetřovány především malé  
děti, směřuje k vytvoření určitého rituálu pohybů uvnitř skupiny. Velmi důležitými  
prostředky této metody je hudba a tanec, které pomáhají organizovat pohyb.  
Pomocnou roli v jeho činnostech hraje vybavení nábytkem, v podobě žebřin,  
speciálních chodítek, specializovaného nářadí využívaného standardně při rehabilitaci  
motoriky a pohybových cvičeních. (srov. Bernard, 2006, Stankowski, 2005, Valenta,  
Müller, 2003)



## #4.8 Facilitovaná komunikace

Facilitovaná – jinak řečeno usnadňovaná - komunikace je metodou, kterou rozpracovala jako komunikační metodu Australanka Rosemary Crossleyová v roce 1987 pod anglickým názvem „facilitated communication“.

Cílem této alternativní metody je schopnost vyjádřit se a komunikovat s dopomocí usnadňovatele, přestože běžným způsobem to není možné. Facilitovaná komunikace je využívána u lidí s narušenou komunikační schopností a s těžkým postižením, s pervazivními poruchami, s mozkovou obrnou, jiným souběžným postižením více vadami, Parkinsonovou chorobou, Alzheimerovou chorobou, apod.

V průběhu této usnadňované komunikace poskytuje člověku usnadňovatel podporu ruky a doprovází pohyb rukou/prstem k předmětům, klávesám, písmenům nebo obrázkům. Jedinec se tak může vyjadřovat tím, že ukazuje na něco prstem a sestavuje celá slova a věty.

Do České republiky se metoda rozšířila z Francie, kde ji zavedla a prakticovala logopedka Anne – Marguerite Vexiau v roce 1993. Vexiau ji začala používat i pro jedince s těžkým postižením, a tím velmi rozšířila cílovou skupinu. Její učení nabralo zcela nový směr myšlenkou, že pokud je usnadňovatel a jeho podpora lepší a větší, pak člověk nevyjadřuje psaním pouze vědomé myšlenky, ale také své nevědomí. Sama Rosemary Crossleyová ale požádala o rozlišování těchto dvou přístupů, a druhé metodě, která již není pouze komunikační metodou, byl dán název „psychofanie“ - odhalování duše.

U nás Facilitovanou komunikaci prezentuje Catherine Božoňová, která u Francouzky Vexiau studovala, a do češtiny přeložila její knihu Dej mi ruku, ať mohu mluvit z roku 2003.

Metoda má v České republice, i ve světě, své zastánce i odpůrce, ovšem, i přes své nedostatky, jí nelze vytknout, že byla vytvořena pro rozvoj komunikace a ulehčení člověku se zdravotním postižením, který se chce vyjadřovat a cítí potřebu komunikovat, stejně jako každý jiný člověk.

## #4.9 Aromaterapie

Určitou alternativní terapií můžeme nazvat také aromaterapii. Doslova znamená aromaterapie léčbu za pomoci vůní. Tato terapie využívá rostlinných látek, označovaných jako „éterické oleje“ a dalších vonných složek k tomu, aby změnily náladu, mysl, poznávací proces a ovlivnily tak duševní i fyzické zdraví člověka.

Aromaterapie využívá rostlinných olejů (slunečnicový, olivový, sezamový, mandlový aj.), do kterých se přidávají aromatické olejové esence. Oleje se míchají těsně před masáží a to podle potřeby účinku buď stimulující (jang), nebo uklidňující (jin). Tato forma ošetřování se řadí pod alternativní medicínu. Mezi nejrozšířenější éterické oleje patří: citronová tráva, levandule, cedrové dřevo, zázvor, santalové dřevo, borovice, jasmín, růže, či granátové jablko. (srov.wikipedie.cz/aromaterapie, 2013)

Rostlinné silice jsou obsaženy v různých částech rostlin ve zvláštních pletivech. Jsou především v květech, plodech, ale i listech, kůře a kořenech. Nacházejí se v žláznatých chlupcích, žláznatých buňkách, papilách, kanálcích, mezibuněčných prostorech atd. Jejich význam pro rostlinu je objasněn jen částečně. Zatím se vykládají jako lákadla pro opylující hmyz, jako usměrňovače transpirace. Také plní v rostlině funkci fytoncidů,

tedy látek s protipatogenními účinky. Obsah silic v rostlině kolísá nejen v průběhu jejího vývinu (ontogeneze), ale též během 24 hodin, což dokazuje jejich aktivní zapojení do látkové výměny. (srov. [www.aromaterapie.cz](http://www.aromaterapie.cz), 2013)

Aromaterapii využíváme konkrétně jako: aroma masáž (nebo také aromaterapeutickou masáž), aromatickou inhalaci a aromaterapeutickou koupel.

Aromaterapeutická masáž zahrnuje masáž celého těla. Aromatická inhalace navozuje zvýšení nebo snížení krevního tlaku, pocit chladu, tepla nebo povzbuzení, podle užitých konkrétních rostlinných silic a olejů. Aromaterapeutická koupel bývá většinou relaxačním a uklidňujícím prostředkem.

Aromaterapie se v rámci speciálněpedagogických terapií využívá jako součást jiných větších konceptů, např. Konceptu Bazální stimulace, Snoezelenu, Prenatálních místností, apod.

Její využívání ovšem samozřejmě vyžaduje v praxi znalost rostlin, jejich účinků a aromaterapeutické aplikace.

## #Shrnutí

V komplexním edukačním procesu jedince s těžkým postižením mají alternativní terapeutické metody již pevně stanovené místo. Jejich přínos spočívá v celkovém pozitivním rozvoji osobnosti člověka.

V této kapitole jsme si krátce přiblížili tyto metody a terapeutické postupy, které je možné v péči o člověka s těžkým postižením využít: Koncept prenatálních místností, Psychomotoriku, Orofaciální regulační terapii, Vojtovu metodu, Metodu Veroniky Sherborne, Bobathův koncept, Metodu Petöho, Facilitovanou komunikaci, Aromaterapii.

Kontrolní otázky a úkoly:

Která z metod výše uvedených souvisí se získáváním kompetencí já, věcné a sociálních?

Jak byste popsali princip Vojtovy a Bobathovy metody?

Souvisí metoda Veroniky Sherborne s tancem, popřípadě jak?

Které dva směry souvisí s metodou Facilitované komunikace?

Úkoly k textu

Pokuste se popsat, jak by mělo vypadat zařízení tzv. prenatální místnosti.

Najděte více informací o regulační orofaciální stimulaci v rámci speciální pedagogiky osob s narušenou komunikační schopností.

Otázka k zamyšlení:

Která metoda výše uvedená je vám blízká, znáte některou metodu z praxe?

Téma semestrální práce:

Vyberte si některou z výše uvedených metod a prostudujte ji detailněji i z dalších zdrojů. Pokuste se vypracovat popis konkrétních cviků určité metody a vytvořte tak metodiku pro práci s konkrétním člověkem se zdravotním postižením.

Vyberte si některou další metodu práce, popište ji a zaměřte se na realizaci lekce s vybranou metodou. (př.: kineziotaping, masážní technika míčkové facilitace, synergická reflexní terapie, senzorická integrace, cranioterapie, hydroterapie, taneční terapie, Kabatova metoda, metoda Roodové, terapie objetím Marthy Welchové,

program kartáčování Wilbarger Brushing, neurofunkční pohybová reorganizace – Padovan, kineziologie Paula Dennisona, něžné učení, ad.)

Citovaná a doporučená literatura:

BLAHUTKOVÁ, M. Psychomotorika. 1. dotisk 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-3067-1.

GANGALE, D., C. Rehabilitace orofaciální oblasti. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0534-6.

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

MORALES, R., C. (překlad MATĚJČKOVÁ, E.) Orofaciální regulační terapie. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-105-0.

OPATŘILOVÁ, D. Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami. Brno: MU, PdF, 2005. ISBN 80-210-3819-5.

OPATŘILOVÁ, D. Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou. 2.přepr.vyd. Brno: MU, PdF, 2010. ISBN 978-80-210-5266-6.

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

SHERBORNE, V. Developmental Movement for Children. 2. vyd. London: Worth Publishing, 2006. ISBN 1-903269-04-0.

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

ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. Vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

TROJAN, S. a kol. Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-257-3.

VALENTA, M., MÜLLER, O. Psychopedie. Teoretické základy a metodika. Olomouc: Parta, 2003. ISBN 80-7320-063-5.

VEXIAU, A., M. Dej mi ruku, ať mohu mluvit. Praha: ISV, 2003. ISBN 80-86642-28-3.

VÍTKOVÁ, M. a kol. Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

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

VOJTA, V. PETERS, A. Vojtův princip. 3.přepr.vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 80-2472-710-2.

Elektronické odkazy:

Aromaterapie. 2013 [online] [cit. 2013 -05-30] Dostupné z www: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Aromaterapie>.

Aromaterapie. 2013 [online] [cit. 2013 -05-30] Dostupné z www: <http://www.aromaterapie.cz/aromaterapie/>.

BERNARD, K. Pethö, Bobath, Vojta – která terapie je ta správná? 2013. [online] [cit. 2013 -05-30] Dostupné z www: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=492>.

BLAHUTKOVÁ, M. Psychomotorika. 2013 [online] [cit. 2013 -05-30] Dostupné z www: [http://www.psychomot.cz/?page\\_id=112](http://www.psychomot.cz/?page_id=112).

Usnadňovaná komunikace. 2013 [online] [cit. 2013 -05-30] Dostupné z www: <http://uk.unas.cz/o-metode.php>.

Veronica Sherborne Developmental Movement. 2013 [online] [cit. 2013 -05-30]  
Dostupné z www: <http://www.sherbornemovementuk.org/veronica-sherborne.htm>.

## **#Závěr**

Dítě s těžkým postižením má stejná práva na život jako každé jiné dítě. I přestože se mnohdy zdá nemožné dosáhnout konkrétní změny v jeho vývoji, je každý člověk schopen učit se a rozvíjet. Základní význam tvoří v životě lidí s těžkým a kombinovaným postižením osobnost edukátora, kterým může být rodič i speciální pedagog, či další zúčastněná osoba. Edukátor musí být odborně vzdělaný, trpělivý, empatický, tolerantní, komunikativní a zodpovědný člověk. V práci s osobami s těžkým zdravotním postižením není na místě ani přehnaný nereálný optimismus, předpokládající úplnou nápravu, ani rezignace a odmítnutí. Jde především o to uvědomit si, že vytváříme konkrétní postupy práce pro lidskou bytost tzv. „na míru ušité“. Důležitá je tedy jak naše motivace k práci, tak motivace druhé osoby ke spolupráci. Často vidíme spíše nepřekonatelné problémy a potíže, které s sebou konkrétní těžké postižení nese. Neuvědomujeme si, že mnohdy pro dítě nejsou tyto komplikace ničím jiným, než součástí jeho života.

Práce speciálního pedagoga nemůže být ohraničena pracovní dobou ani jeho pozicí a zdmi zařízení, práce speciálního pedagoga je celoživotním povoláním. Ať už tedy vybereme ten či onen postup, je vždy nutné opírat se o individuální pozitivní přínos konkrétnímu jedinci!

Hodně úspěšné speciálněpedagogické praxe a příjemných zážitků s lidmi.

Kateřina Janků

