

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Karolína Kosová

**Alternativní metody práce s osobami
s mentální retardací**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Martina Langerová

2009

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité
prameny a literaturu jsem uvedla v závěrečném seznamu.

V Ostravě dne 3. 4. 2009

podpis

Ráda bych poděkovala Mgr. Martině Langerové za vstřícné vedení a inspirující podněty při tvorbě práce.

OBSAH

OBSAH.....	4
Úvod.....	6
1 Mentální retardace	9
1.1 Definice	9
1.2 Etiologie	12
1.3 Diagnostika.....	13
1.4 Klasifikace.....	14
1.5 Zvláštnosti jedince s mentální retardací	17
1.6 Odchytky ve vývoji u osob s mentálním postižením	21
2 Bazální stimulace	26
2.1 Systém bazální stimulace	26
2.2 Jednotlivé oblasti podpory	28
2.3 Cíle bazálně stimulující péče.....	33
2.4 Význam doteků	33
2.5 Teoretické základy bazální stimulace	34
2.6 Bazální stimulace s osobami s mentálním postižením.....	38
2.7 Kazuistika.....	39
3 Muzikoterapie	41
3.1 Definice	41
3.2 Formy muzikoterapie	44
3.3 Cíle muzikoterapie	46
3.4 Muzikoterapie u osob s mentální retardací	47
3.5 Kazuistika.....	49
4 Zooterapie.....	51
4.1 Dělení zooterapie.....	51
4.2 Canisterapie	56

4.2.1	Formy canisterapie	58
4.2.2	Cíle canisterapie	59
4.2.3	Canisterapie u osob s mentálním postižením	60
4.3	Hipoterapie	61
4.3.1	Rozdělení hipoterapie.....	62
4.3.2	Hipoterapie s osobami s mentálním postižením	64
4.4	Kazuistika	65
Závěr.....		66
Seznam literatury		68
Seznam internetových adres.....		70
Seznam obrázků		71

Úvod

Člověk s mentálním postižením je jedinečná a neopakovatelná bytost. Má svou důstojnost, přání, touhy, city k sobě i k druhým, charakter, předpoklady, silné i slabé stránky. Musí být přijímán s respektem a úctou. Aby mohl normálně žít, potřebuje zázemí a bezpečí vlastního domova s nejbližšími lidmi, smysluplnou činnost, aktivitu, která jej rozvíjí a posouvá dál, ochranu svých práv a při těžším postižení pomoc jiného člověka.

„Každý se může svobodně rozvíjet a jeden druhému má pomáhat, aby byl šťasten tak, jak po tom touží.“

Karel Čapek

Osoby s mentálním postižením jsou rovnoprávními občany. Mají stejná práva být zařazeni do společnosti, ať je jejich postižení jakékoli. Mají mít možnost žít nezávislým způsobem života. Těmto osobám by měla být poskytnuta potřebná podpora a péče s veškerou úctou a respektem k jejich osobnosti. Doby, kdy tito lidé byli s nepochopením a hrubostí odstrkováni na okraj společnosti, snad již minuly a naše společnost je pomalu zbavována svazujících předsudků, omezených představ a spěje k tomu, že osoby s mentálním postižením také potřebují dostat příležitost k získání zkušeností a prožití života ve všech jeho aspektech.

Cílem mé práce je přiblížení tématu mentální retardace, popsat její diagnózu, průběh a možné alternativy práce. Toto téma je velmi obsáhlé a ve své práci nemůžu zmínit ani popsat vše, co je k poznání této problematiky zapotřebí. Nelze dosáhnout jak kompletního shrnutí pohledu do duše osoby s mentální retardací, tak všech metod práce s nimi. Přesto se v práci pokouším podat stručný přehled o příčinách, diagnostice a rozdělení mentální retardace a přiblížit alespoň některé možné způsoby práce s touto cílovou skupinou. Postoj zdravé populace je velice různorodý. Někteří je striktně odmítají, jiní vřele přijímají a většina neví, jak se k nim chovat, jak na ně reagovat či jak se k tomuto handicapu postavit. Možná, že se jen bojí a ten strach může plynout z nedostatku informací.

Metod práce s mentálně postiženými je spousta a každá z nich je účinná, ovšem je k tomu zapotřebí dotyčnému věnovat čas, trpělivost a pochopení. Dramaterapie, muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, bazální stimulace, taneční terapie, zooterapie, alternativní a augmentativní komunikace, hydroterapie, snoezelterapie... každá má v sobě sílu, jenž působí zázraky. Úsměv, nadšení, zlepšení stavu. Tato práce je spíše teoretickým manuálem pro přiblížení tematiky pro čtenáře, kteří stále tápou a hledají své vlastní stanovisko. Práce nabízí ucelený přehled o mentální retardaci a podrobněji popisuje tři terapie, se kterými jsem se v praxi setkávala nejčastěji. Ráda bych, aby tato práce přiblížila problematiku nejen teoreticky, ale aby člověk sám ve svém srdci našel prostor pro pomoc těmto človíčkům, naučil se je brát jako jedinečné bytosti a přispěl k podpoře alternativních metod práce, které pomáhají víc, než je na první pohled třeba znát, podporují a rozradostňují, k podpoře metod, které nejsou pouhou nutností k uspokojení základních fyziologických potřeb těla, ale kdy je na prvním místě klient jako člověk s duší a srdcem.

Při tvorbě práce jsem využívala především metody práce s literaturou, v jednotlivých kapitolách popisující metody práce jsem uvedla kazuistiky ze své vlastní praxe, čili jsem použila metodu pozorování.

Tématu mentální retardace je v posledních letech věnována pozornost, což je dáno jednak tím, že nejsou zavíráni za velkými tlustými zdmi, ale také tím, že lidem není lhostejný osud lidí ve znevýhodněných situacích a ve velké míře se angažují v pomoci. Na trhu je dnes spousta publikací popisující teoretické i praktické rady, jak pracovat a pomáhat osobám s různým stupněm postižení. Ve své práci jsem u kapitoly o mentální retardaci čerpala převážně z knihy „*Speciální pedagogika*“ (Slowík), „*Kapitoly ze speciální pedagogiky*“ (Pipeková) a „*Psychopedie*“ (Bartoňová, Bazalová, Pipeková). U kapitol popisující jednotlivé terapie jsem používala „*Terapie ve speciální pedagogice*“ (Müller), „*Terapie ve speciálně pedagogické péči*“ (Pipeková, Vítková), skriptum „*Stimulace vnímání v ošetrovatelské péči*“ (Friedlová), „*Muzikoterapie*“ (Zeileiová) a „*Zooterapie ve světle objektivních poznatků*“ (Velemínský).

Práce je rozčleněna do čtyř kapitol. První kapitola je zaměřena na mentální retardaci, definuje ji z různých úhlů pohledu, popisuje příčiny jejího vzniku, diagnostiku, klasifikaci a druhy. Věnuje se zvláštnostem jedince s mentální retardací a odchylkám v psychickém vývoji u osob s tímto postižením.

Druhá kapitola se zabývá bazální stimulací. Podrobněji popisuje jednotlivé oblasti podpory, cíle bazální stimulace, věnuje se významu doteků v životě člověka, popisuje teoretické východiska pro bazální stimulaci. Zabývá se konkrétně bazální stimulací s osobami s mentálním postižením a obsahuje také krátkou kazuistiku.

Kapitola třetí se věnuje muzikoterapii, jejím formám a cílům. Tak jako u kapitoly předchozí i následující je popsána muzikoterapie u osob s mentální retardací a kazuistika z praxe.

Čtvrtá kapitola popisuje zooterapii, rozdělení podle několika hledisek, konkrétně rozepisuje canisterapii a hipoterapii. U těchto dvou terapií věnuje pozornost formám, cílům, rozdělení a dané terapii u mentálně postižených osob, doplněné o kazuistiku.

1 Mentální retardace

Kapitola se zabývá obecnými definicemi mentální retardace, stručně zmiňuje příčiny jejího vzniku a stanovení diagnózy. Pro rozlišení klasifikace mentální retardace pak podrobněji popisuje znaky a symptomy lehké, středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace. Kapitola se zaměřuje na specifika osob s mentální retardací v oblasti vnímání, řeči, myšlení, paměti, vůle, emocí a sebepojetí. Na závěr mapuje odchylky v psychickém vývoji osob s mentální retardací.

1.1 Definice

Pojem mentální retardace vychází z latinských slov *mens* – mysl, duše a *retardare* – opozdit, zpomalit; doslovný překlad by tedy zněl *zpomalení mysli*. Ve skutečnosti je mentální retardace podstatně složitější syndromatické postižení, které postihuje nejen mentální schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Má rozhodující vliv nejen na vývoj a úroveň rozumových schopností, ale týká se také emocí, komunikačního vývoje, úrovně sociálních vztahů, možností společenského a pracovního uplatnění.¹

Mentální retardace je pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti.²

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je mentální retardace definována jako stav související s opožděným nebo omezeným vývojem myšlení,

¹ Srov. SLOWÍK, J., *Speciální pedagogika*, Praha: Grada, 2007, s. 109.

² Tamtéž, s. 110.

charakteristický zejména snížením schopností, jež utvářejí celkovou úroveň inteligence – tedy schopností poznávacích, komunikačních, motorických a sociálních. Mentální retardace se může a nemusí vyskytovat ve spojení s jinými psychickými nebo tělesnými obtížemi.³

*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečných genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko - fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.*⁴

Mentální postižení můžeme definovat z následujících hledisek:⁵

Biologické – postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku.

Psychologické – primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy.

Sociální – postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci.

Pedagogické – snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů.

Právní – snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání.

³ Srov. SLOWÍK, J., *Speciální pedagogika*, Praha: Grada, 2007, s. 110.

⁴ BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J., *Psychopedie*, Brno: Paido, 2007, s. 13.

⁵ Srov. SLOWÍK, J., *Speciální pedagogika*, Praha: Grada, 2007, s. 110.

Nejčastěji je mentální retardace definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišností ve struktuře osobnosti.

Hlavními znaky jsou:

- *Nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje především nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky.*
- *Postižení je vrozené.*
- *Postižení je trvalé, přestože je v závislosti na etiologii možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného rozvoje takového člověka je dána jak závažností a příčinou defektu, tak individuálně specifickou přijatelností působení prostředí, tj. výchovných a terapeutických vlivů.⁶*

Demence je proces zastavení, rozpadu normálního mentálního vývoje po druhém roce života. Bývá zapříčiněna pozdější poruchou, nemocí, úrazem mozku. Nejčastěji se jedná o zánět mozku, zánět mozkových blan, nádory na mozku, intoxikace, poruchy metabolismu, duševní poruchy. Demence má progredující charakter s tendencí postupného zhoršování a prohlubování symptomů. Nepostihuje všechny složky osobnosti najednou, ale postupně. Některé mechanismy mentálních funkcí jsou poškozeny, jiné zachovány. Nejčastějším projevem demence je porucha paměti, úsudku, orientace, pozornosti, emotivity, chování, motivace, komunikace, schopnosti abstraktního myšlení a dochází k celkové degradaci osobnosti. Demence bývá někdy nazývána *získaná mentální retardace*.

⁶ BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J, *Psychopedie*, Brno: Paido, 2007, s. 13.

Rozlišujeme na dva základní druhy demencí dle doby výskytu, a to **dětskou** a **stařeckou**. Dále se demence dělí na **atroficko-degenerativní**, **ischemicko-vaskulární** a **symptomatickou**.⁷

Za mentálně postižené se nepovažují osoby, u kterých došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností z jiných důvodů, než je poškození mozku, a jejichž psychické procesy probíhají normálním způsobem, tzn. děti výchovně zanedbané, děti i dospělí se závažnými emočními poruchami, nebo děti se smyslovým postižením, které může způsobit zpoždění psychického vývoje, není-li včas rozpoznáno. Tyto stavy napodobující duševní opoždění někteří autoři označují jako **pseudooligofrenie**.⁸ Ta je způsobena vlivem vnějšího prostředí. Pokud se dítěti se nedostává potřebné stimulace, je výchovně zanedbané nebo pochází ze sociokulturně znevýhodněného prostředí, může trpět psychickou deprivací. Nejčastější projevy jsou opožděný vývoj myšlení, řeči, schopnosti sociální adaptace, hravost, infantilismus, negativismus, apatie. Děti neumějí zobecňovat, jsou vázané na konkrétní realitu, potřebují názorný příklad. Osvojení učiva trvá déle a je méně efektivní. Preferují mechanickou práci. Motorika nebývá porušena. Nejedná se o trvalý stav, při změně prostředí a vlivem vhodného výchovného působení může dojít ke zlepšení stavu.⁹

1.2 Etiologie

Příčiny vzniku mentálního postižení jsou různorodé, vždy však jde o závažné nebo funkční poškození mozku. Jednoznačně je možné určit příčiny mentálního postižení u syndromů vyvolanými genetickými poruchami (genové mutace, chromozomální odchylky); mezi nejznámější chromozomální aberace patří Downův syndrom (trizomie 21), který vzniká v důsledku zvýšeného počtu chromozomů v buněčných jádrech postiženého člověka. Podobně lze identifikovat přesnou příčinu postižení u dalších genetických odchylek (Turnerův

⁷ Srov. PIPEKOVÁ, J., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, Brno: Paido, 2006, s. 270.

⁸ Srov. ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace*, Praha: Portál, 2000, s. 24.

⁹ Srov. PIPEKOVÁ, J., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, Brno: Paido, 2006, s. 270.

syndrom, Klinefelterův syndrom atd.), stejně jako v případě metabolických poruch (např. fenylketonurie), intoxikací (fetální alkoholový syndrom) nebo následků traumat (při nedostatečném přísunu kyslíku během porodu). V mnoha případech příčinu nelze jasně a přesně stanovit a potvrdit. Snížení dosažené mentální úrovně často souvisí s následky úrazů hlavy, nemocí, či nezbytných operačních zákroků. Největší množství případů demence je spojeno s degenerativním onemocněním mozku, zejména u starších osob (Alzheimerova choroba).¹⁰

1.3 Diagnostika

Vyšetření a stanovení jednoznačné diagnózy se omezuje na psychologické nebo psychiatrické vyšetření provedené na doporučení pediatra, který zaznamená výrazné odchylky ve vývoji dítěte. Přesná diagnóza bývá někdy k dispozici s poměrně velkým zpožděním, což souvisí i s faktem, že symptomy mentální retardace je možné přesně identifikovat postupně v průběhu vývoje dítěte, kdy lze teprve jednoznačně rozpoznat opoždění psychomotorického vývoje, vývoje myšlení, řeči atd. O to intenzivnější by měla být následná péče a tam, kde je možné mentální postižení prognostikovat už v prenatálním období, je vhodné začít péči okamžitě, ještě před narozením dítěte.

Diagnostika demence je zejména ve stáří poměrně obtížná, protože celková mentální úroveň se může snižovat z mnoha různých příčin. Důležitější než symptomatologická diagnostika (zjištění úrovně, na kterou se snížily rozumové schopnosti) jsou proto specifická lékařská vyšetření, která pomohou odhalit skutečné důvody poklesu mentální kapacity a zvolit vhodnou léčbu a přístup k pacientovi.¹¹

¹⁰ Srov. SLOWÍK, J., *Speciální pedagogik*, Praha: Grada, 2007, s. 111-112.

¹¹ Srov. tamtéž, s. 112-113.

1.4 Klasifikace

Vzhledem ke značné variabilitě příčin i symptomů mentálního postižení se jednoznačná klasifikační kritéria hledají obtížně. Vedle základního rozdělení na vrozenou mentální retardaci a demenci se používá klasifikace WHO, kde je kritériem úroveň mentální kapacity vyjádřená naměřenou hodnotou inteligenčního kvocientu. Zdůrazňuje se, že jde o klasifikaci orientační, protože přesně stanovená jednotná kritéria pro posouzení mentální úrovně a jasné hranice oddělující jednotlivé klasifikační stupně prakticky neexistují.¹²

Klasifikace mentálního postižení podle Mezinárodní klasifikace nemocí, postižení a handicapů, MKN-10, WHO, 2006:

Lehká mentální retardace (IQ 50-69) – projevuje se obtížemi v učení; většina osob je v dospělosti schopna pracovat, navazovat a udržovat dobré sociální vztahy a být prospěšnými členy společnosti. Zahrnuje slabomyslnost a lehkou mentální subnormalitu.¹³

Velký vliv má dědičnost, sociokulturně znevýhodněné prostředí; do tří let je dítě jen lehce psychomotoricky opožděno; mezi třetím a šestým rokem se objevují větší potíže, je opožděný vývoj řeči, slovní zásoba je malá, dítě je nedostatečně zvědavé a vynalézavé; většina lehké mozkové retardace se diagnostikuje až ve věku školní docházky, kdy má dítě nejvýraznější problémy: omezenost logického, abstraktního a mechanického myšlení, je lehce opožděna jemná a hrubá motorika, slabší paměť; v emocionální oblasti se projevuje afektivní labilita; jedinci se vzdělávají většinou ve školách praktických podle odpovídajícího vzdělávacího programu, při splnění stanovených podmínek je možná i integrace do běžné základní školy; jedinci jsou většinou schopni užívat řeč v každodenním životě, dosáhnout nezávislosti v osobní péči a v praktickém životě; při vzdělávání je vhodné rozvíjet jejich dovednosti a kompenzovat nedostatky; k lehké mentální retardaci se mohou individuálně přidružit vývojové

¹² Srov. SLOWÍK, J., *Speciální pedagogika*, Praha: Grada, 2007, s. 114.

¹³ Srov. tamtéž.

poruchy, autismus, tělesné postižení, epilepsie, poruchy chování; většinu jedinců z horní hranice lehké mentální retardace lze zaměstnat v praktických profesích; výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 80%, v populaci je to 2,6%.¹⁴

Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49) – projevuje se značně zpožděným vývojem v dětství; většina těchto osob je ale schopna dosáhnout určitého stupně nezávislosti a samostatnosti v sebeobsluze, získat adekvátní komunikační dovednosti a přiměřené vzdělání; v dospělosti potřebují různou míru podpory pro zvládání života a práce v prostředí běžné společnosti. Zahrnuje středně těžkou mentální subnormalitu.¹⁵

Je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči, který přetrvává do dospělosti; opožděná a omezená zručnost a schopnost postarat se o sebe sama; jen někteří jedinci si osvojí čtení, psaní a počítání; vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základních školách speciálních, další vzdělávání je možné ve škole praktické; schopnost vykonávat jednoduchou manuální práci pod odborným dohledem nebo v chráněném prostředí (chráněné dílny, podporované zaměstnání); v dospělosti jsou málokdy schopni vést samostatný život, ale bývají fyzicky aktivní a mobilní se schopností komunikovat a navazovat kontakty; individuální rozvoj senzomotorických dovedností a verbálních schopností; k středně těžké mentální retardaci se může přidat dětský autismus, tělesná postižení, neurologická nemoc, psychiatrická nemoc; diagnóza zahrnuje středně těžkou mentální subnormalitu a těžkou oligofrenii; výskyt v celkovém počtu jedinců s mentálním postižením je 12%, v populaci je to 0,4%.¹⁶

¹⁴Dostupné

z:

http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace#Kategorie_ment.C3.A1ln.C3.AD_retardace (4. 2. 2009).

¹⁵ Srov. SLOWÍK, J., *Speciální pedagogiky*, Praha: Grada, 2007, s. 114.

¹⁶

Dostupné

z:

http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace#Kategorie_ment.C3.A1ln.C3.AD_retardace (4. 2. 2009).

Těžká mentální retardace (IQ 20-34) – projevuje se potřebou soustavné pomoci a podpory. Zahrnuje těžkou mentální subnormalitu.¹⁷

Většina jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky a jinými přidruženými vadami (špatný vývoj nervového systému); časté tělesné vady; řeč je jednoduchá, omezena na jednotlivá slova, nebo není vytvořena vůbec; vzdělávání je velmi omezené, probíhá podle odpovídajícího vzdělávacího programu v základní škole speciální; včasná systematická a kvalifikovaná rehabilitační a vzdělávací péče přispívá k rozvoji motoriky, komunikativnosti, rozumových schopností a soběstačnosti; diagnóza zahrnuje těžkou mentální subnormalitu a těžkou oligofrenii; výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 7%, v populaci to je 0,2%.¹⁸

Hluboká mentální retardace (IQ nižší než 20) – projevuje se vážnými omezeními v sebeobsluze, kontingenci, komunikaci a mobilitě. Zahrnuje hlubokou mentální subnormalitu.¹⁹

Většina osob je imobilní nebo velmi omezená v pohybu, bývají inkontinentní, schopni pouze primitivní neverbální komunikace; automatické stereotypní pohyby; nepoznávají okolí; časté je i sebepoškozování - mají snížený práh citlivosti; nemají schopnost se o sebe postarat a proto potřebují stálou péči; lze dosáhnout nejjednodušších zrakově prostorových orientačních dovedností; neurologické a jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie, poškození zraku a sluchu provázejí hlubokou mentální retardaci; diagnóza zahrnuje hlubokou mentální subnormalitu a hlubokou oligofrenii; výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 1%, v populaci to je 0,2%.²⁰

¹⁷ Srov. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. s. 114.

¹⁸

Dostupné

z:

http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace#Kategorie_ment.C3.A1ln.C3.AD_retardace (4. 2. 2009).

¹⁹ Srov. SLOWÍK, J., *Speciální pedagogika*, Praha: Grada, 2007, s. 114.

²⁰

Dostupné

z:

http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace#Kategorie_ment.C3.A1ln.C3.AD_retardace (4. 2. 2009).

Jiná mentální retardace – tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné, a to pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, např. u neslyšících, nevidomých, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.²¹

Nespecifikovaná mentální retardace – tato kategorie se užívá při diagnostice případů, kdy je prokázána mentální retardace, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné z výše uvedených kategorií.²²

Mírná mentální retardace (IQ 85 – 69). Kategorie do níž spadají jedinci s opožděným rozumovým vývojem. K zaostávání došlo z jiných příčin než je organické poškození mozku, proto lidé s takovýmto IQ nejsou považováni za mentálně retardované.²³

1.5 Zvláštnosti jedince s mentální retardací

Vnímání je poznávání přítomnosti, rozvíjí se v interakci s rozvojem dalších poznávacích procesů a umožňuje základní orientaci v prostředí. Je ve značné míře ovlivňováno úrovní rozumových schopností.

Opožděná, omezená schopnost vnímání, charakteristická pro děti s mentální retardací, má velký vliv na celý další průběh jejich psychického vývoje. Úzký rozsah vnímání ztěžuje dítěti s mentální retardací orientaci v novém místě a v neobvyklé situaci. Děti při pozorování skutečnosti špatně postihují souvislosti a vztahy mezi předměty. Při poznávání předmětů považují za stejné úplně různé předměty. Spokojí se se zcela povrchním poznáváním předmětu. Nedovedou se pozorně dívat, hledat a nacházet určité předměty, nedovede si

²¹ Srov. SLOWÍK, J., *Speciální pedagogika*, Praha: Grada, 2007, s. 114.

²² Srov. tamtéž.

²³

Dostupné

z:

http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace#Kategorie_ment.C3.A1ln.C3.AD_retardace (4. 2. 2009).

výběrově prohlížet část okolního světa, neumí se odpoutat od výrazných a poutavých stránek vnímaného objektu, které jsou však v daném okamžiku nepodstatné. Velkou úlohu má sluchové vnímání, které souvisí s rozvojem řeči, vnímáním času a prostoru. Neměly by se podceňovat i vjemy v oblasti hmatu a kinestetické – vnímání polohy vlastního těla v prostoru.²⁴

Jazyk je prostředkem poznávání. Rozvoj jazykových kompetencí je závislý na interakci vrozených dispozic a kvality stimulace.

U dětí s mentální retardací se sluchové rozlišování i vyslovování slov a vět vytváří později. Nedostatečný rozvoj řeči je podmíněn pomalu se utvářejícími a nepevnými diferenciačními podmíněnými spoji v oblasti sluchového analyzátoru. Nedostatky fonematického sluchu se prohlubují zpomaleným tempem vývoje artikulace. Správné rozlišování hlásek sluchem přispívá k správné výslovnosti. Nedostatečné sluchové vnímání brzdí zdokonalování výslovnosti a nepřesnost výslovnosti ztěžuje zlepšení kvality sluchových vjemů. Slovní zásoba u dětí s mentální retardací v mladším školním věku je mnohem menší, než u jejich zdravých vrstevníků. Rozdíl je i mezi aktivní a pasivní slovní zásobou. Aktivní slovní zásoba je neobyčejně chudá, používají velmi málo přídavných jmen, sloves a spojek. Mluvnická stavba řeči je nedokonalá. Děti hojně používají zájmen, místo aby jmenovaly jednající osoby. Nápadné je také porušení gramatické shody ve větách.²⁵

„Myšlení lze definovat jako mentální manipulaci s různými informacemi sloužící k porozumění jejich podstatě k analýze různých souvislostí a vztahů, na jejichž základě lze učinit jistý závěr.“²⁶

V definici o mentální retardaci se poukazuje na to, že prvním znakem je porušení poznávací činnosti. Myšlení dětí s mentální retardací se utváří v podmínkách neplnohodnotného smyslového poznávání, nedostatečného rozvoje

²⁴ Srov. BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J., *Psychopedie*, Brno: Paido, 2007, s. 22-23.

²⁵ Srov. tamtéž, s. 23.

²⁶ Tamtéž, s. 24.

řeči a omezení praktické činnosti. Od zdravého dítěte se liší velkou konkrétností a slabou schopností zobecňování. Jestliže se myšlení omezuje pouze na konkrétní situační souvislosti mezi předměty a jevy, je chudé a neproduktivní. Základním nedostatkem myšlení dětí s mentální retardací je slabá schopnost zobecňování, špatně si osvojují obecné pojmy a pravidla. Zobecňování je nejsložitější produkt lidského mozku, neschopnost zobecňování je následek poškození mozku. Pro myšlení dětí s mentální retardací jsou charakteristické tyto zvláštnosti: nedůslednost v myšlení – výkyvy v pozornosti, neustále kolísající tonus; psychické aktivity znemožňují dítěti déle a soustředěně promýšlet nějakou otázku; slabá řídicí úloha myšlení – neschopnost použít již osvojených rozumových operací v případě potřeby; nekritičnost myšlení – neschopnost srovnávat své myšlenky a činy s požadavky objektivní reality.²⁷

Paměť umožňuje uchování různých informací a je velmi úzce spojena s učením. Díky paměti si dítě uchovává a zobecňuje minulou zkušenost, získává vědomosti a dovednosti. Procesy paměti probíhají ve třech fázích:

- **zapamatování** – děti s mentální retardací mají tendence zapamatovat si učivo mechanicky a nesnaží se mu porozumět, nedostatek představ má vliv na logické zapamatování;
- **podržení v paměti a zapamatování** – děti s mentální retardací si zapamatují o hodně méně než děti zdravé, zapomínání u nich probíhá intenzivněji;
- **vybavování, reprodukování v paměti** – vybavování představ probíhá dlouho a často chybně, jejich paměť je pasivní schopností, hromadí se v ní představy bez výběru, neutříděné podle významu, důležitosti a potřeby.

Dítě s mentální retardací si osvojuje všechno nové velmi pomalu, většinou po mnoha opakováních. Rychle zapomíná osvojené, nedovede včas využít získaných vědomostí a dovedností v praxi. Příčina je především ve vlastnostech

²⁷ Srov. BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J., *Psychopedie*, Brno: Paido, 2007, s. 24.

nervových procesů. Slabost spojovací funkce mozkové kůry podmiňuje malý rozsah a pomalé tempo vytváření nových podmíněných spojů a jejich pevnost. Pro děti s mentální retardací je také charakteristické špatné přepracování vnímaného materiálu.²⁸

Vůle je naučenou autoregulační schopností usměrňující jednání člověka takovým způsobem, který je považován za účelný nebo nutný, ale není spojen s dosažením libosti, a proto by zde nestačila emoční regulace.

Vůle projevující se v uvědoměném a cílevědomém jednání je v souhrnu psychických rysů osobnosti nejdůležitější. Ve volní oblasti dětí s mentální retardací pozorujeme velké odlišnosti, slabost vůle se neprojevuje vždy a ve všem. Problém vůle je především otázkou obsahu vůle, motivy a cíle jsou určující. Děti s mentální retardací mají nedostatek iniciativy a nejsou schopny řídit své jednání v souladu se vzdálenějšími cíli. Vůle a volní vlastnosti úzce souvisí s rozmanitými projevy nezralé osobnosti. Do popředí vstupuje sugestibilita, podřízenost dítěte bezprostředním vlivům okolní situace, nedostatek samostatného přepracování těchto vlivů, neovladatelnost, tvrdohlavost. Velmi časté je snížení či úplná absence volních kompetencí.²⁹

Emoce lze definovat jako schopnost reagovat na různé podněty prožitkem libosti a nelibosti s vnějšími projevy. Funkcí emocí je základní orientace a regulace směřující k adaptaci na dané podmínky. Jsou důležitou složkou lidského chování. Obecná psychologie dělí city na vyšší – uspokojování duchovních potřeb a nižší – uspokojování fyziologických potřeb. Emoce se účastní motivace lidského jednání. Regulují chování a determinují spolu s percepčními a kognitivními schopnostmi jejich intelektové a motorické výkony. Citový vývoj má úzkou souvislost s vývojem osobnosti jedince, který se dotýká povahy, temperamentu, schopností a procesu učení a sociální přizpůsobivosti.

²⁸ Srov. BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J., *Psychopedie*, Brno: Paido, 2007, s. 24-25.

²⁹ Srov. tamtéž, s. 25.

Nezralost osobnosti dítěte s mentální retardací je podmíněna zvláštnostmi rozvoje potřeb a intelektu a projevuje se v četných zvláštnostech emocionální sféry. City dítěte s mentální retardací jsou nedostatečně diferencovány, prožitky jsou primitivnější a protikladné, diferencované jemné odstíny téměř neexistují, jsou neadekvátní svou dynamikou podnětům vnějšího světa, jsou opožděné a obtížně se utvářejí tzv. vyšší city – svědomí, pocit povinnosti, odpovědnost; častěji se vyskytují chorobné citové projevy – popudlivost, apatie, euforie.³⁰

Tak jako osoba vnímá svět, vnímá také svůj zevnějšek a své vlastnosti. Tyto vjemy se organizují do určité soustavy představ o sobě. **Sebepojetí** je významnou součástí osobnosti člověka, formuje povahové rysy, ovlivňuje dynamickou stránku osobnosti, jednání a chování osoby. Proces sebehodnocení úzce souvisí s motivací.

Sebepojetí osobnosti u dětí s mentálním postižením ovlivňuje protikladné výchovné vlivy v rodině a ve škole. Zvýšené sebehodnocení souvisí s celkovým nedostatečným intelektuálním rozvojem, je projevem celkového emocionálního zabarvení hodnocení i sebehodnocení, je také projevem celkové nezralosti osobnosti. Na základě slabosti a pocitu méněcennosti může vzniknout pseudokompenzační nadhodnocení vlastní osobnosti.³¹

1.6 Odchylky ve vývoji u osob s mentálním postižením

Psychický vývoj jedince je obecně dán výsledkem interakce dědičných dispozic a vlivu vnějšího prostředí. Důležitým činitelem psychického vývoje každého jedince je jeho aktivita. Psychický vývoj je realizován prostřednictvím činností, ve kterých se psychické procesy, vlastnosti a osobnost dítěte rozvíjí.

³⁰ Srov. BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J, *Psychopedie*, Brno: Paido, 2007, s. 26.

³¹ Srov. tamtéž, s. 27.

Vývoj, který je určený dědičností a vnějšími vlivy se realizuje prostřednictvím zrání a učení.³²

Mezi tři hlavní oblasti psychického vývoje patří:³³ **biosociální vývoj** (tělesný vývoj a veškeré změny s ním spojené), **kognitivní vývoj** (vývoj všech psychických procesů spolupodílejících se na lidském poznání, myšlení, učení, rozhodování) a **psychosociální vývoj** (ovlivněn vnějšími faktory a zahrnuje způsoby prožívání, osobní charakteristiku, mezilidské vztahy a sociální pozice).

Obecnými znaky psychického vývoje jsou:³⁴ neplynulost a nerovnoměrnost vývoje; individuálnost procesu vývoje, jeho průběhu a charakteristických vlastností; vývoj je zákonitý proces v posloupnosti na sebe navazujících vývojových fází a celistvý proces, který zahrnuje somatickou a psychickou složku ve vzájemné interakci.

Jednotlivé fáze lidského života dělíme na **období dětství** (prenatální období, novorozenecké období, kojenecký věk, batolecí věk, předškolní věk, nástup do školy, školní věk, pubescence, adolescence), **období dospělosti** (mladá dospělost, střední dospělost a starší dospělost) a **stáří** (období raného stáří, pravé stáří).³⁵

Odchytky jednotlivých fází lidského života uvádí Pipeková³⁶ následovně: v období **prenatálního vývoje** dochází k vývojovým vadám vedoucím k mentálnímu postižení, které je dědičně podmíněno a jedná se o poruchu genetického aparátu nejrůznějšího charakteru. Zahrnuje všechny možné typy dědičnosti. Polygenní dědičnost charakterizuje lehčí poruchy inteligence, jedinci netrpí žádným onemocněním, jsou jen krajní variantou normálního rozložení. Mentální postižení vzniklé na základě monogenního způsobu dědičnosti

³² Srov. PIPEKOVÁ, J., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, Brno: Paido, 2006, s. 287.

³³ Srov. tamtéž.

³⁴ Srov. tamtéž.

³⁵ Srov. tamtéž, 288.

³⁶ Srov. tamtéž, s. 288-291.

vykazuje závažnější poruchy inteligence a variabilita postižení je větší než u polygenně dědičné odchylky inteligence. Mentální retardace může být dále způsobena chromozomálními odchylkami, genotyp jedince je abnormální v počtu chromozomů nebo v jeho odlišné struktuře.

Novorozenecké období trvá jeden měsíc. Je to období adaptace organismu na nové prostředí. Schopnost vývoje jedince je omezena v závislosti na stupni postižení. Většina vývojových odchylek je pokračováním patologických situací z prenatálního období nebo porodu. Vznik asfyxie v porodním období může poškodit mozek dítěte s následným vznikem mentální retardace různého stupně. Už v novorozeneckém období je možné diagnostikovat určité odchylky, které povedou k odlišnému vývoji jedince.

Kojenecký věk trvá od konce prvního měsíce do jednoho roku života. Je to období výrazného růstu a tělesného rozvoje. Mentální retardace se projevuje opožděním psychického a tělesného vývoje na všech úrovních v závislosti na stupni postižení. Čím je postižení závažnější, tím se dříve projeví. Děti s těžkou a hlubokou mentální retardací je možno diagnostikovat již v tomto období. Děti s lehčím postižením jsou méně aktivní, spavé a klidné, poskytují méně odezvy na sociální interakci.

Období batolete zahrnuje druhý a třetí rok života dítěte. Dochází ke kvalitativním změnám psychických projevů v oblasti chování a prožívání, s psychickým vývojem souvisí i fyzický rozvoj. Opoždění celkového vývoje u dítěte s mentálním postižením je v závislosti na jeho stupni a poškození centrální nervové soustavy. Děti s lehkou mentální retardací vykazují opoždění celkového vývoje o rok až rok a půl, děti se střední a těžkou mentální retardací jsou opožděny ve vývoji tak výrazně, jako by se vůbec nerozvíjely. Děti jsou inaktivní a zcela závislé na druhé osobě.

Předškolní období, které trvá od tří do šesti let u zdravé populace, se u dětí s mentálním postižením prodlužuje o čtyři až pět let, kdy je potřeba vytvořit výchozí podmínky a dlouhodobou diferenciální diagnostikou stanovit prognózu pro další rozvoj dítěte. Na konci tohoto období, které je časově diferencováno

podle stupně postižení, je důležité stanovit prognózu vývoje dítěte a navrhnout rodičům typy školských zařízení, která jsou vhodná pro jejich dítě pro naplnění povinné školní docházky. Doporučuje se, aby bylo dítě v péči odborníků – psychologů, speciálních pedagogů, fyzioterapeutů.

Období školního věku, které je v rozmezí šesti až patnácti let, se u dětí s mentálním postižením prodlužuje v závislosti na stupni postižení. Vedle elementárních schopností trivie je důležité zvládnutí sociálních dovedností pro další období života. Tato oblast je v edukaci žáků s mentálním postižením podceňována, ale zejména u žáků s těžším stupněm mentálního postižení je důležitější než zvládnutí základů trivie. V období dospívání nedochází k odpoutání od rodiny, ale dítě zůstává závislé na rodičích. Fyzické zrání je v rozporu s mentálním deficitem a sociální nezralostí. Dítě si není schopno osvojovat nové sociální role z důvodů snížených intelektových schopností a ve velké míře i izolací od běžného sociálního prostředí. Vztahy k vrstevníkům zůstávají infantilní a nejsou diferencované. Možnosti dalšího vzdělávání na středních školách jsou diferencované podle stupně postižení a je potřeba je u rodičů a žáků ze strany odborníků podporovat a více diferencovat, aby žáci získávali na středních školách takové vědomosti a dovednosti, které by jim v pozdějších obdobích života pomáhaly zvládat sociální situace, zejména v oblasti pracovního uplatnění a integrace do běžné společnosti.

Adolescence je charakterizována jako dosažení plného rozvoje tělesných a duševních schopností. U zdravé populace trvá přibližně od 15 do 21 let. U osob s mentálním postižením je situace v tomto období závislá na stupni postižení. Osoby s lehkou mentální retardací jsou schopny se za určitých podmínek vyučit na odborném učilišti a zařadit se na trh práce, založit rodinu a vychovávat děti. Složitější situace je u osob s těžším stupněm mentálního postižení, kdy je potřeba při volbě pracovního uplatnění hledat nové možnosti. Uspokojování potřeb osob s těžším mentálním postižením v tomto období zůstává závislé na jejich bezprostředním okolí, využívání volného času musí být někým koncipováno. Problematické je uspokojování sexuálních potřeb, které bylo a stále je tabu zejména u rodičů těchto osob. Zvýšené nároky na zvládání různých sociálních

situací v tomto období a zejména na jeho konci mohou vést ke zhoršení adaptačních schopností jedince a vyvolat poruchy chování, které se v tomto období mohou vyhraňovat.

Dospělost je v obecné rovině charakterizována atributy ukončení studia, získání zaměstnání, uzavření sňatku, založení rodiny, administrativní a právní faktory, přispívání svou rolí v životě společnosti. U osob s mentálním postižením je potřeba v maximální možné míře podporovat tyto osoby v naplňování sociálních rolí, které jsou charakteristické pro období dospělosti v daném sociokulturním prostředí. Normalizace se týká jejich zaměstnávání, partnerského a rodinného života, kvalitního prožívání volného času, možností dalšího vzdělávání, nabídky sociálních služeb různého charakteru, podporování chráněného bydlení. Poradenská zařízení by se měla více věnovat tomuto období života osob s postižením a hledat možnosti, jak měnit a přispívat ke zvýšení kvality života ve všech ukazatelích.

Stáří je období života, které se jeví z pohledu společnosti jako problémové a z pohledu těch, kteří již patří do této sociální skupiny, jako období, které již nemůže člověku nic pozitivního přinést. U osob s mentálním postižením je funkční rychlost stárnutí různá a jejím projevem jsou různé modifikace. Rychlost stárnutí je ovlivňována biologickými, psychickými a sociálně - kulturními faktory. U osob s handicapem se pokles fyzického a psychického potenciálu dostavuje o pět až deset let dříve. Kvalitu života osoby s mentálním postižením ovlivňují i narůstající kombinace vad, zejména nárůst nejrůznějších duševních poruch. Může dojít i ke změně dominantního postižení. Ve stáří dochází ke změně podoby, průběhu a vývoje postižení a následně ke změně potřeb osob s mentálním postižením. Jsou zařazeny v méně produktivní či neproduktivní skupině obyvatelstva častěji daleko dříve než osoby intaktní. Většina z nich nebyla zařazena do skupiny osob produktivních za období svého života, jsou zařazeni do skupiny pracovně neschopných invalidů. Role důchodce je jim násilně vnucena většinou již v období adolescence přiznáním nároku na důchodové zajištění vzhledem ke stupni mentálního postižení.

2 Bazální stimulace

Kapitola přibližuje systém bazální stimulace, její cíle a použití somatických, vibračních, vestibulárních, čichových, chuťových, sluchových, zrakových, komunikativních a sociálněemocionálních podnětů. Zmiňuje důležitost doteků v životě každého člověka, zvláště pak u osob s mentálním postižením, pro které je to mnohdy jediná forma komunikace. Pozornost je věnována teoretickým základům bazální stimulace a přístupu podle Pechesteina, Piageta a Bohatha. Závěr kapitoly se konkrétně věnuje aplikaci bazální stimulace na osoby s mentálním postižením.

2.1 Systém bazální stimulace

Bazální stimulace je psychologická aktivita, která se snaží nabídnout jedincům s mentálním postižením a s více vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Pojem bazální znamená *elementární základní nabídku*, která se nabízí v nejjednodušší podobě. Pojem stimulace se rozumí nabídka podnětů tam, kde těžce postižený člověk vzhledem ke svému postižení není schopen se sám postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj.³⁷

Bazální podpora se uskutečňuje na základě pozitivně pociťovaného emocionálního vztahu a obsahuje základní interakční a komunikativní podporu; vychází z dětského vnímání a pokouší se umožnit interakci mezi jedincem a prostředím; bazální podpora zajišťuje jedinci s těžším postižením příjemné tělesné pocity jako základní požadavek pro zpřístupnění okolí; zprostředkovává zážitky těla, neboť tělo těžce postiženého jedince je první a nejdůležitější oblastí pro učení; měla by se realizovat v průběhu aktivit pravidelně se opakujících

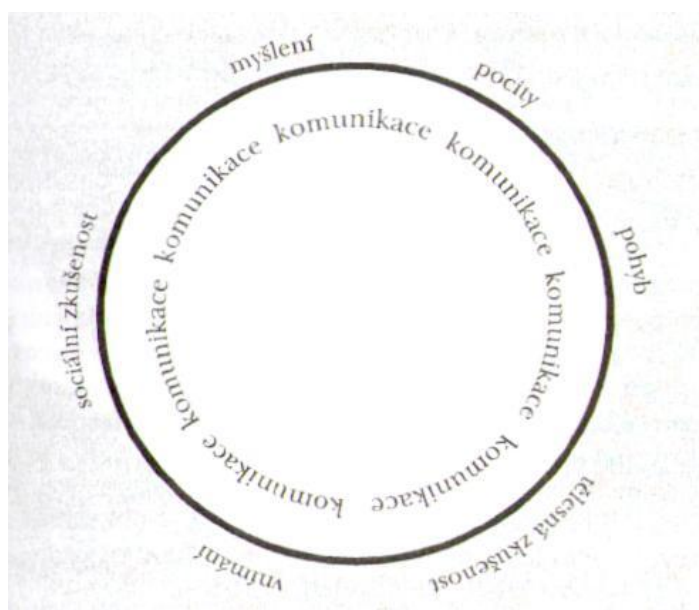
³⁷ Srov. PIPEKOVÁ, J., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, Brno: Paido, 2006, s. 342.

během celého dne; usiluje o vybudování dalšího rozšířeného kontaktu postiženého jedince s okolním prostředím.³⁸

Za základní princip bazální stimulace se podle Pipekové³⁹ považuje zjištění, že pomocí těla můžeme jedince uvést do reality, zprostředkováním zkušenosti a vjemů. Tyto zkušenosti a vjemy je třeba pečlivě sledovat. Vychází se z toho, že každý člověk má naprogramovaný určitý jemu vlastní vývoj, který je ale možné při jeho diferencování vhodným způsobem podpořit.

Zprostředkování přes tělo je vzájemné celkové zprostředkování, tzn. že kdokoli pracuje s těžce postiženým dítětem, je svým vlastním tělem vtažen do tohoto zprostředkování. Tělesnost zde poskytuje rovnocennost obou partnerů.

Ve vývoji osobnosti je dáno do souvislosti sedm nejdůležitějších oblastí vývoje osobnosti člověka. Žádná oblast ve vývoji není možná bez druhé. Každá oblast působí na další a teprve všechny vytvářejí jednotu. Vychází se z toho, že každý člověk sbírá zkušenosti ze všech těchto oblastí a také je v nich prožívá.



Obr. č. 1: Znázornění celistvosti ve vývoji člověka.⁴⁰

³⁸ Srov. MÜLER, O., *Terapie ve speciální pedagogice*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 230-231.

³⁹ Srov. PIPEKOVÁ, J., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, Brno: Paido, 2006, s. 342-343.

⁴⁰ Srov. tamtéž, s. 342.

V raném dětství, při těžkém postižení, nebo ve fázi těžké nemoci, nejsou jednotlivé oblasti uspořádány hierarchicky. Zdravý dospělý člověk dokáže po určitou dobu upřednostnit určitou oblast a vědomě ji vnímat, malé dítě, postižený nebo nemocný člověk nikoli. Všechny složky jsou stejně důležité, každé nadřazování některé složky představuje svévolné zasahování do hodnotového systému, což není obrazem reality. Všechny tyto složky působí společně.

Prostřednictvím pohybu a vnímání se vytvářejí tělesné zkušenosti, které jsou neoddělitelné od lidské osoby a jsou neoddělitelně spojené s lidskou interakcí. Celistvost může tedy znamenat základní změnu v terapeuticko - výchovných vztazích. Důležitý princip v celkové podpoře jedince s mentálním postižením nebo s více vadami je princip *tady a teď*. Zřetelně redukováná životní očekávání postižených a nejistota vzhledem k dalším možnostem rozvoje staví před nutnost pochybovat o podpoře dovedností a schopností vztahujících se k daleké budoucnosti. Tu sice nemůžeme zcela vynechat, ale zcela zvláštní význam nabývá přítomnost. Je třeba si zvyknout, že podpora nemůže být zaměřena jen na budoucí cíle, ale že spočívá v současnosti – společném zaměstnávání, aktivaci a komunikaci. Oprávněnost podpory nespočívá primárně v její funkčnosti, tzn. že určitých cílů bude někdy dosaženo, ale spíše v tom, že lidé jsou schopni tady a teď navázat kontakty s druhými, že jsou schopni aktivně žít, pohybovat se, vnímat atd.

2.2 Jednotlivé oblasti podpory

Jedinec s těžkým mentálním postižením nebo s více vadami se nachází ve stavu extrémně redukováných aktivit. Aktivita patří k životu, každý člověk má určitý potenciál aktivity. Postižení zřetelně omezuje tento potenciál. Nejtěžší postižení znamená často radikální redukci možností aktivity. Postižený jedinec je nucen omezit se na nejelementárnější životní výkony, které jsou často spojeny jen s vlastním tělem. Svět kolem něj téměř neexistuje, nemůže vyvíjet žádné kontakty s okolím a naopak ani svět ho není schopen přiměřeně akceptovat. Pomocí bazálních podnětů lze dosáhnout alespoň občas částečného otevření této

individuální izolace. Pipeková⁴¹ uvádí následující jednotlivé typy podnětů a jejich působení na osoby mentálním postižením:

Somatické podněty

Celé tělo, zvláště kůže jako největší orgán, představuje naše vymezení, současně je ale také místem kontaktů se světem. Obraz těla, který je různě diferencovaný, vnímáme v závislosti na naší zkušenosti. Tuto představu vytvářejí zejména kůže a svaly našeho těla. Můžeme se domnívat, že obraz o vlastním těle u těžce postižených je nediferencovaný, s výjimkou několika míst s často negativními zkušenostmi. Pomocí somatických podnětů, které se týkají celého těla, lze docílit pozitivní zkušenosti s vlastním tělem, s vlastní postavou, s hranicemi a místy kontaktu vzhledem ke světu. Primární tělesná zkušenost se vyvíjí dotykem. Vychází ze středu těla, který je tvořen trupem, přechází přes končetiny, až aktivace dojde k prstům rukou a nohou. Mnoho jedinců s těžkým postižením a více vadami má velké problémy interpretovat dotek ruky jako významný kontakt. Musí dojít k intenzivnějšímu podnětu, kterého se docílí použitím různých materiálů. Tímto použitím kontakt kůže ke kůži tolik nedominuje, naopak se zesílí pocit pro vlastní tělo. Prostřednictvím podnětů se vytváří tělesné schéma, které si těžce postižený jedinec jinak nedokáže představit. Jeho pohybová nedostatečnost a stereotypie způsobí nevyhraněnou a možná i jednostrannou představu o vlastním těle. To redukuje možné pohybové potenciály, protože tělo jako celek nebo jeho podstatné části se nedají vnímat. Dotyk kůže, dotyk celého těla ale přesto působí emocionálně, povzbudivě a stabilizačně. Je to forma systematické, pravidelně se opakující něžnosti, která signalizuje blízkost a pozornost. Je to nejintenzivnější forma komunikace.

Vibrační podněty

Somatické podněcování se vztahuje na svalstvo a kůži a zasahuje tak pouze část lidského těla. Kostra je tímto dotykem a tlakem cíleně zasažena jen nepatrně. Použití vibrace po délce těla navodí intenzivní pocit v nosných částech těla

⁴¹ Srov. PIPEKOVÁ, J., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, Brno: Paido, 2006, s. 344-349.

a kloubech. Např. malé vibrátory lze umístit tak, že umožní ucítit celou nohu od kotníku přes koleno až ke kyčli. Všechny tyto zkušenosti zdravý člověk běžně získává při stání, chůzi apod. a uchovává si je v paměti. Malé dítě se plazí, leze, skáče a získává tak povědomí o odporu podlahy proti tělu, o vibraci, o měnící se zátěži. Těžké postižení toto většinou dítěti neumožňuje, monotónní pozice vleže nebo vsedě vede spíše k habitaci než k lepšímu vnímání vlastního těla. Vibrace se ale může stát přechodem k vnímání chvění ve směru odkud přichází, zvláště je-li vibrátor opatrně umístěn na hrudníku a na hlavě. Slyšení chvění v přímém tělesném kontaktu, když jsou hlavy komunikujících partnerů těsně vedle sebe – vodivost kostí – působí velice konejšivě a je pravděpodobně vzpomínkou na prenatální svět pocitů chvění.

Vestibulární podněty

Orientace daná gravitací začíná již v době těhotenství a při nenarušeném vývoji je důležitá právě v prvním roce života dítěte, kdy dítě spěje z horizontální polohy do vertikální. Vestibulární podnět zprostředkovává člověku s těžkým mentálním postižením nebo s více vadami informaci o poloze v prostoru, o pohybu celého těla v prostoru. Je v těsném spojení se zpracováním informací vizuálních vjemů. Přiměřený vestibulární podnět zřetelně působí na stabilitu držení těla a v daném případě normalizuje tonus. Vnější znaky u dětí ukazují pak na to, že se cítí dobře. Nabídneme-li přiměřený vestibulární podnět, můžeme v mnoha případech pozorovat uvolněný úsměv. Vestibulární podněty pro jedince s těžkým mentálním postižením nebo s více vadami je třeba nabízet v podstatně mírnější podobě. Jedná se o pomalé kolébaté pohyby podél a napříč osou těla, zvláště ale pohyby na terapeutickém válci nebo velkém míči. Tyto tři oblasti podnětů – somatické, vibrační a vestibulární se vztahují k nejranějším a nejelementárnějším formám vnímání. Prenatální psychologie ukázala, že plod disponuje rozlišovací schopností vnímat tyto formy podnětů. Vestibulární podněty navazují na tyto časně elementární zkušenosti. Možností přijmout a zpracovat podněty tímto způsobem jsou dané každému člověku.

Čichové a chuťové podněty

Čichat a chutnat může plod již v době těhotenství matky. V prvních měsících života dítěte jsou chuť a čich zvláště důležité, představují možnost komunikace a interakce s matkou. Vůně matky hraje pro zdravý vývoj dítěte velkou roli. V edukaci dětí ani v jejich cílené podpoře se této oblasti dlouho nevěnovalo příliš pozornosti. Děti s těžkým mentálním postižením právě čichové podněty přijímají s radostí a velkým zájmem. Permanentní podávání výživy sondou, či krmení kašovitou stravou přispívá k omezení citlivosti celého ústního otvoru. Tím zůstává nevyužita nejsenzibilnější a nejrozmanitější vnímavá zóna lidského těla a odpovídající část mozku. Je zde zřetelný vztah k orální komunikaci. Mezi včasnou stimulaci při vytváření pojmů patří i dětské zkoumání objektů a aktivity ruka - ústa. U těžce postižených dětí je třeba používat jednoznačných pachových a chuťových podnětů, které se výrazně liší od pachu všedního dne. Jedinci s těžkým postižením nejsou zpočátku schopni postihnout a rozlišit různé, rychle se objevující a zase mizící vůně svého okolí. Splývají s ostatními vjemy. Pedagogicko - psychologickým úkolem je tedy postarat se o jasné vnímání kontur a kontrastů. Potom se může jedinec soustředit na přijímání a zpracování nabízených aktivit.

Sluchové a zrakové podněty

Slyšení a vidění jsou dálkovými smysly, kterými se opouští bezprostřední oblast těla. Při zpracování sluchových a zrakových podnětů je třeba disponovat v protikladu ke smyslům blízkých k tělu značně komplikovanou rovinou vědomí. Velký nárok se klade na intermodální propojení. Viděné a slyšené není jen bezprostředně zde, jsou to jednotlivé části a ne věc sama, které se jedinec dotýká. Tak je pro mnoho jedinců s těžkým postižením atraktivní jen dílčí oblast slyšení a vidění. Často to jsou zřetelné kontrasty v oblasti vidění nebo výrazné rytmy v oblasti slyšení. Tímto jsou osloveny elementární schopnosti vnímání a zpracování, komplexnější celky nejsou často po delší dobu k dispozici. To ovšem neznamená, že by podněty neměly smysl, musí být ale adekvátní dosaženému vývojovému stupni dítěte. Mnohotvárné hlasité prostředí, prostoupené zvuky, které působí na těžce postiženého jedince mnoha barvami

a tvary, ho sotva přivede k tomu, aby se díval a naslouchal zvukům. Dojde k přesycení zážitky, které splynou. Důsledkem je ústup, čili opak toho, co je žádoucí. Při samotné podpoře mohou vyvolat opakující se rytmické, s rytmem spojené nabídky pomalou orientaci na slyšené. Ovšem je přitom nutné ticho jako kontrast. Pro vývoj sluchového vnímání je trvalá zvuková a hudební kulisa nevhodná. Je vhodné kombinovat zvukové nabídky s pohybem nebo dotykem, např. tanec při hudbě. Zrakové podněty jsou základem pro vytváření herních nabídek. Materiály, které je možné hmatat nebo slyšet, je třeba nabízet ke kontrastnímu pozadí, od kterého se výrazně odlišují.

Komunikativní a sociálněemocionální podněty

Rané formy komunikace mají charakter stimulace. Dospělý stimuluje dítě svou mimikou a vzbuzuje jeho pozornost speciálním zabarvením hlasu. Dítě naopak stimuluje svým vzhledem a svou mimikou dospělého k této specifické formě komunikace, tzv. dětská řeč. Možností vzájemné komunikace redukuje u obou partnerů postižení dítěte. Postižené dítě má těžkosti zjistit a přijmout aktivitu dospělého a naopak dospělý má obtíže postřehnout a interpretovat redukované komunikativní formy aktivity dítěte. Komunikace se sociálněemocionálními podněty existují v širším kontextu při interakci mezi lidmi. Zde je třeba poukázat na systém celistvosti. Snažení směrem k těžce postiženému dítěti, doteky, pohyby a jeho vnímání ústí do emotivního zabarvení všech těchto zkušeností, ze kterých vzniká sociální zkušenost. Lidský obličej, hlas, dotek, chování, pohyb jsou součástí celkového společného jednání, nemohou se oddělit od ostatních aktivit. Je patrné, že neexistuje pouze péče nebo stimulace, ale vždy je podstatnou složkou komunikace. Vynecháním dobře strukturované, zřetelné a vstřícné komunikace je postižené dítě ochuzeno o podstatné zkušenosti a jeho obohacení.

2.3 Cíle bazálně stimulující péče

Mezi základní cíle bazální stimulace patří:⁴²

1. zachování života a zajištění vývoje
2. umožnění klientovi pocítit vlastní život
3. poskytnutí klientovi pocit jistoty a důvěry
4. rozvíjení vlastního rytmu klienta
5. umožnění klientovi poznat okolní svět
6. pomoci klientovi navázat vztah
7. umožnění klientovi zažít smysl a význam věcí či konaných činností
8. pomoci klientovi uspořádat jeho život
9. poskytnutí klientovi autonomie a zodpovědnost za svůj život

2.4 Význam doteků

Význam doteků v životě člověka definovala Friedlová⁴³ ve svém skriptu pro kurz stimulace vnímání. Dotýkat se je základní lidská schopnost. Přes doteky se k nám dostává spousta impulsů z prostředí a také my s našim okolím přes doteky komunikujeme. Doteky mají v životě člověka různé role a to jim přikládá velký význam. Přes doteky poznáváme svět a využíváme je v mezilidské komunikaci.

Ruce ošetřujících jsou médiem, které umožní získat pacientovi spoustu informací o sobě samém i okolním světě. Doteky ošetřujícího tedy musí být zřetelné a cíleně promyšlené tak, aby jejich nedostatečná kvalita nevyvolávala v pacientovi pocity nejistoty.

Koncept bazální stimulace využívá možnosti pomocí doteků terapeuticky působit v masážních technikách, technikách metod polohování, rehabilitačních cvičení, pomoci při pohybu a korekci polohy atd.

⁴² FRIEDLOVÁ, K., *Stimulace vnímání v ošetrovatelské péči*, s. 3.

⁴³ Srov. tamtéž, s. 4.

Na kvalitě poskytovaných doteků záleží, zda si je pacient uvědomí a bude schopen je zpracovat jako vjem, zda mu umožní navodit příjemné pocity a zda mu umožní zlepšení jeho zdravotního stavu.

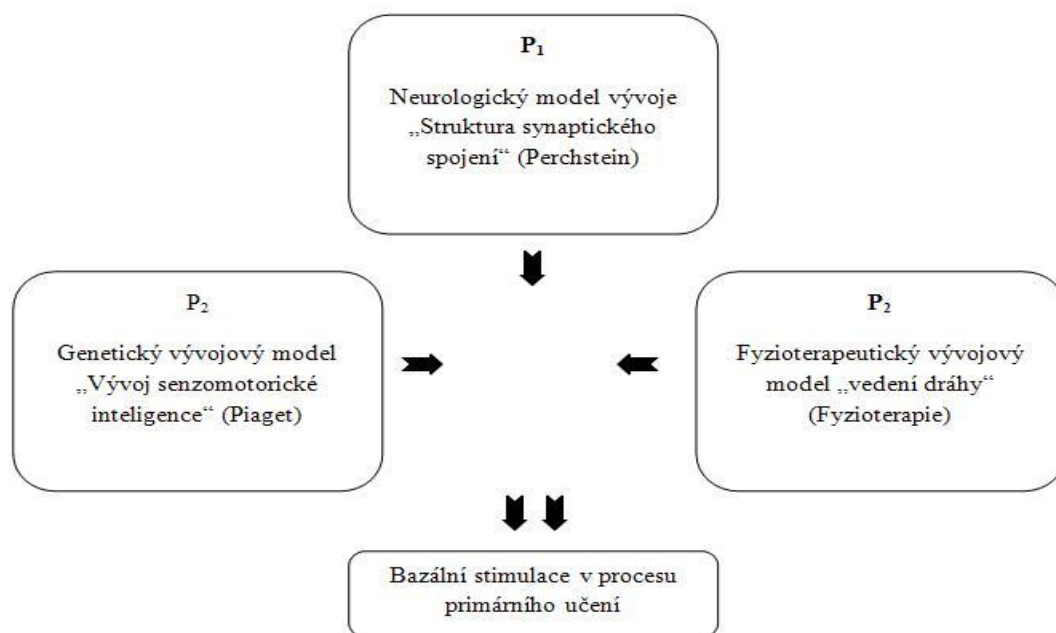
Každý dotek něco poskytuje a tímto se stává formou komunikace mezi lidmi. Při dotýkání hraje velkou roli i lokalita a intenzita. Nečekané a necílené doteky u pacientů se sníženým stupněm vnímání vyvolávají pocit nejistoty a strachu. Také jiné poskytované informace, které vnímají různými smyslovými orgány je mohou, přicházejí-li nečekaně, lekat. Proto se musí dát pacientovi vždy najevo, kde začíná a kde končí přítomnost a činnost u něj. Tato informace se poskytuje pomocí cíleného dotyku, tzv. iniciálního doteku. Iniciální dotek se musí podpořit verbálně a všichni, kteří přijdou s pacientem do styku musí být o tom informováni a musí ho respektovat a před zahájením a po ukončení své činnosti pacientovi poskytnout.

Na základě biografické anamnézy je zvoleno nejvhodnější místo na pacientově těle, nejlépe v centrální části těla, a pevným zřetelným dotekem je vždy informován o počátku a ukončení naší přítomnosti či činnosti s jeho tělem. Dotek musí být zřetelný a přiměřeného tlaku, vhodnými místy jsou ramena, paže a ruce.

2.5 Teoretické základy bazální stimulace

Metoda bazální stimulace se opírá o tři různé vývojové modely, které popisuje Müller⁴⁴ a které všechny poukazují na to, že se jedinec vyvíjí v závislosti na podnětech ze svého okolí. Jestliže se tyto podněty nedostavují, vede to ke snižování využití genetického vkladu.

⁴⁴ Srov. MÜLER, O., *Terapie ve speciální pedagogice*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 232-234.



Obr. č. 2: P3 schéma podle Frölicha⁴⁵

Neurofyziologický vývojový model podle Pechesteina

Moderní fyziologické výzkumy prokázaly, že vývoj dětského mozku není v první řadě závislý na biologických skutečnostech a genetických informacích, ale že podstatným faktorem jsou podněty z okolí kojence. Schopnost dětského mozku se vyvíjí hlavně v prvních letech života, přičemž nejdůležitější roli zde hraje stimulace vnějšími podněty. Absence vnějších podnětů (senzorická podněťová deprivace) podmiňuje neúplné nebo vadné a nedostatečné strukturování mozku. Spojení mezi různými nervovými buňkami mozku se neváží, mozek zůstává nevyvinutý, a tím je i méně výkonný.

Velmi těžce postižení nejsou v prvním období života vůbec aktivní a často jsou jen málo schopni pohybu. Neschopnost nebo nesnáze se pohybovat, a tím samostatně získávat podněty z okolí, má za následek nedostatek podnětů. Navíc k tomu přistupují dlouhodobé pobyty v nemocnicích, které vedou k sociální izolaci. I když děti vyrůstají doma, je přísun podnětů často omezen se slovy nemocné dítě potřebuje klid. Tím se přidává u těžce postižených dětí

⁴⁵ Srov. MÜLER, O., *Terapie ve speciální pedagogice*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 232.

k primárnímu postižení sekundární poškození následkem nedostatečného přísunu podnětů z okolí.

Vývojově - genetický přístup podle Piageta

Senzomotorické fáze vývoje dětské inteligence jsou popisovány jako základ pro celkový kognitivní vývojový proces. Slovo *pochopení* pochází ze slova *chápat, uchopit*. Tím je míněno, že se dítě prostřednictvím pohybů a motorického jednání učí chápat a rozumět svému okolí a přizpůsobit se jeho zákonitostem. Omezení nebo výpadek schopnosti pohybu u těžce postiženého kojence ztěžuje až znemožňuje vybudování schémat jednání, např. uchopit předmět, dát ho do úst, hodit ho pryč. Vývoj vnějších schémat jednání pomocí senzomotoriky je předpokladem pro zvnitřnění těchto schémat jednání, tzn. pro vývoj schémat myšlení. Tak vede hybné postižení v neposlední řadě k postižení inteligence, popř. k celkovému postižení kognitivního vývoje dítěte.

Fyzioterapeutický model vývoje podle Bobatha

Rehabilitace vychází po mnoho desetiletí z předpokladu, že určitými cílenými formami lze získat, popř. znovu dosáhnout pohyblivosti. Cvičení se skládají z konsekventního, systematického přísunu podnětů, kterého se zpočátku dosahuje jenom pasivními pohyby dítěte. I tehdy, když dítě samo neprovádí pohyby, zakouší na sobě změnu svalového napětí a kontrakce, stejně jako souhru jednotlivých pohybů svalů. Prostřednictvím těchto pocitů se vytváří nové struktury z mozku. Rehabilitace chápe tento postup jako výstavbu drah. S pomocí nově nabytých struktur lze dítě uvést do polohy, ze které bude moci aktivně provádět nově vytvořené pohyby. Základní princip vytváření drah je znám jako *motorické vedení*. Pokud chceme dítěti ukázat, jak se stříhá nůžkami nebo zavazuje tkanička, vedeme dítěti ruku, a tak u něho navazujeme motorický proces.

Autorem celého konceptu bazální stimulace je speciální pedagog Dr. Andreas Frölich. Ten rozšířil pojem vybudování drah, který ve své publikaci

popisuje Müller.⁴⁶ Tento pojem se vztahuje na motorickou oblast ve fyzioterapii, na oblast celistvého vnímání člověka. Vychází z toho, že se neliší zpracování podnětů v kinesteticko - proprioreceptivní oblasti od zrakové nebo sluchové oblasti. Strukturovaným způsobem by se měly velmi dobře budovat nové dráhy také v oblasti zrakové a sluchové, tzn. že by i v těchto oblastech mohly probíhat centrální změny, které by mohly vést ke zvýšení vlastní aktivity.

Kombinací těchto tří vývojových modelů dospěl Frölich k následujícím tvrzením, která potvrzují koncept bazální stimulace:

- dítě je odkázáno na intenzivní podněty, aby se dobře vyvíjelo, aby se mohly vyvíjet diferencované mozkové struktury. Protože velmi těžce postižené dítě nemůže samo získávat tyto podněty, které jsou pro vývoj tak důležité, musí zprostředkovat tyto podněty jeho okolí.
- Bez zkušenosti pohybu je také narušen celý kognitivní vývoj. Je třeba tedy dosáhnout toho, aby i těžce postižené dítě mělo i přes svoje omezení dostatek pohybových zkušeností.
- Lidský mozek včetně postiženého mozku disponuje určitým stupněm plasticity. Poškozené struktury mohou znovu nabýt funkčnosti, některé funkce mohou být převzaty jinými oblastmi mozku. Této skutečnosti lze využít při podpoře těžce postižených dětí v oblasti vnímání tím, že se reprodukuje vývojově nižší fáze a že se dětem poskytuje dostatek adekvátních podnětů.
- Tyto podněty musí být intenzivní a dobře strukturované, aby mohly ovlivnit jak primární postižení, tak sekundární následky a vedly k počátkům vnímání. Je třeba brát v úvahu hierarchii jednotlivých oblastí vnímání ve vývojové psychologii.

⁴⁶ Srov. MÜLER, O., *Terapie ve speciální pedagogice*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 234.

2.6 Bazální stimulace s osobami s mentálním postižením

Podstatou bazální stimulace je aktivní zapojení vnímání jedince. Senzorickou deprivaci těžce postižené osoby je třeba kompenzovat, aby se vytvořily základy pro další pozdější učení, které bude stavět na těchto základech. Těžce postižené osobě se přivádí uměle strukturované podněty, které odpovídají jeho současné úrovni vnímání a které mají přispívat k dalšímu rozvoji a diferenciaci rozlišovací schopnosti.

V praktické části s těžce postiženými osobami je dbáno na hierarchii jednotlivých oblastí vnímání tím, že se vychází z nižších smyslů (viz. obr. č. 3). Abychom mohli stimulovat oblast somatického vnímání na povrchu kůže (pocit tepla, vlhkosti, tlaku), koupeme a sprchujeme osoby v různě teplé vodě, používáme pěnu do koupele, fénujeme, natíráme krémem a masírujeme. Tělo pokrýváme různým materiálem, kartáčujeme a hladíme. Používáme suchou sprchu, kde mohou i nejmenší pohyby způsobit intenzivní pocit. Poskytujeme možnost zažít pocit při kolébání, houpání se, otáčení. Pokládáním do různých poloh podněcujeme vestibulární vnímání.

Oblast cítění je oslovována různými vibračními zdroji. K povzbuzení akusticko - vibračního vnímání se zesilují akustické záchvěvy a ty se přenášejí do rezonančních prostor. Jedince můžeme např. položit na hrající vodní postel apod. Orální oblast se stimuluje prováděním masáží úst, sáním, žvýkáním předmětů, kousáním, cumláním. Čichový vjem je aktivován nabídkou různých navoněných předmětů, voňavých lahviček. K hmatovým vjemům se nabízí nádoby s různými materiály, předměty k uchopení a ohmatání s rozdílnou povrchovou strukturou a tvarem. K senzibilaci akustického a optického vnímání se začíná nejprve s jednoduše strukturovanými podněty, jako je tlukot srdce, krátké impulzy bílého

světla apod. Podněty se nabízejí postupně, střídají se, až nakonec dojde k jejich propojení.⁴⁷

Somatické podněty	Vibrační podněty	Vestibulární podněty
Poznat a využívat povrch těla jako orgán vnímání	Dítě se má učit cítit vibraci	Dítě se má naučit rychle vnímat v různých směrech (pohyb nahorů, dolů, dokola)
Umět motoricky reagovat na podněty těla	Při akusticko-vibrační stimulaci má být sluchový orgán synchronně podněcovaný	Tělo se nemá nepociťovat jenom jako podložku
Učit se lokalizovat podněty na vlastním těle		Výstavba odpovídajícího svalového tonusu
Vytvářet předpoklady pro základní poznatky o vlastním těle a jeho zkušenostním potencionálu		Orientovat se hlavou v prostoru
Orální podněty		Akustické podněty
A, Aktivovat oblast úst		Učit se reagovat na podněty, které nejsou bezprostředně vztažené k tělu
Senzibilovat ústa pro nejrůznější vjemy		Naučit, že tóny, šumy a zvuky mohou mít různou
Koordinace ruka-ústa		Naučit, že tóny, šumy a zvuky mají různý zdroj
B, Podněty čichové a chuťové		Naučit, že tóny, šumy a zvuky mohou mít informační charakter
Umět správně přiřadit vůně a chuť		Naučit, že hluk lze vyrobit
Poznat, že nos a ústa mohou zprostředkovat vjemy		Naučit: Mohu si zvuky produkovat sám
Taktilně haptické podněty		Vizuální podněty
Zřetelně vyznačit citlivé oblasti rukou		Naučit fixovat nejjednodušší podněty
Umožnot rukama něco točit		Naučit vědomně aktovovat postavení očí
Vytvořit možnost něco pevně držet		Je potřeba nacvičit pohyby očí a hlavy za podnětem
Vytvořit možnost věci cítit		Dítě se má naučit chápat každodenní předměty a lidi jako předměty určené ke zrakovému vnímání
Vytvořit možnost věci vědomně pustit (uvolnit)		
Poznat, že věci jsou charakteristické na omak		

Obr. č. 3: Tabulka bazální stimulace⁴⁸

2.7 Kazuistika

Klient Tomáš trpí hlubokou mentální retardací. Jeho schopnost sebeobsluhy je na velmi nízké úrovni. K rituálu stravování je pro něj potřeba speciální stůl, který musí být v dostatečné vzdálenosti od ostatních klientů ve skupině. Je schopný jíst obyčejnou stravu vyjma tvrdých potravin, které vzhledem k problému se zuby není schopen rozkousat. Nakrájené jídlo na talíři si umí sám vzít a vložit do úst. Pít umí samostatně z hrníčku, je třeba mu ale hrnek

⁴⁷ Srov. MÜLER, O., *Terapie ve speciální pedagogice*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 235.

⁴⁸ Srov. tamtéž, s. 226.

přidržovat, protože jej do sebe doslova vyklopí. Tomáš je inkontinentní a plně mobilní. Vidí pouze do 20 cm. Jeho komunikace se omezuje pouze na křik při bolesti, nebo úzkosti, při činnosti, která se mu líbí ze sebe při úsměvu vydává jásoť.

S Tomášem pracovníce často praktikují bazální stimulaci. Tomáš je jeden z klientů, kteří upřednostňují a vyhledávají lidskou přítomnost a má rád, když se ho někdo dotýká, hladí, drží za ruce. Preferuje masáže pomocí éterických olejů, které působí také aromaterapeuticky. Rád chodí do bazénu, kde pobývá buď sám, nebo s pracovníci, která s ním provádí různá cvičení. Vítá také návštěvu tělocvičny, kde chodí po opičích drahách a dotýká se předmětů různých tvarů, velikostí, materiálů a zvuků. Pracovníce často přejíždějí Tomovy končetiny těmito předměty a dávají mu je zakusit i v ostatních částech těla. Mezi další Tomovu oblíbenou činnost patří chvíle na masážním křesle, kdy mu vibrační kulička projíždí oblast zad, nebo na vodní posteli. Při společném vaření velmi rád poznává ingredience a přísady hmatem, čichem i chutí.

Tomáš se ve společnosti pracovníků, které s ním udržují fyzický kontakt cítí bezpečně a klidně. Je méně agresivnější a více spolupracuje. Při činnostech je soustředěný. Uvědomuje si své tělo, svaly a prostor, ve kterém se nachází. Poznává své okolí, nebojí se a respektuje ho. Zakouší vlastní psychické i fyzické reakce na různé podněty a zlepšuje se jeho vztah a důvěra k okolí. Bazální stimulace v Tomášovi vyvolává spokojený výraz, klid a absenci nervozity, nebo úzkosti.

3 Muzikoterapie

Tato kapitola v úvodu nabízí definice muzikoterapie z různých úhlů pohledu. Uvádí rozdělení na individuální, skupinovou, hromadnou, aktivní a receptivní formu a přibližuje jejich specifika. Nastiňuje důležitost tohoto druhu terapie při práci s osobami s mentálním postižením.

3.1 Definice

Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti tzv. *expresivních terapií*. Pojem je odvozen z latinského slova *musica* – hudba a řeckého *therapeia* – léčení, cvičení, vzdělávání. Znamená léčení nebo pomoc člověku hudbou.⁴⁹

*Muzikoterapie je použití hudby k terapeutickým cílům: znovuoobnovení, udržení a zlepšení mentálního a fyzického zdraví. Je to systematická aplikace hudby řízená terapeutem v terapeutickém prostředí tak, aby se dosáhlo kýžené změny v chování. Hudba pomáhá jedinci v rozvíjení jeho celkového potenciálu a přispívá k jeho větší sociální přizpůsobivosti. Muzikoterapie je plánované a kontrolované použití hudby k terapeutickým účelům s dětmi, mládeží a dospělými se zvláštními potřebami na základě sociálních, emocionálních, fyzických nebo duševních omezení. Při formulaci léčebných a tréninkových cílů se oslovují čtyři funkční oblasti: sociální, psychologická, fyzická a intelektuální.*⁵⁰

Muzikoterapie je vnitřně značně diverzifikovaný obor s širokým rozsahem možností aplikací v klinické praxi. Dokumentováno je užití hudby v psychoterapii, fyzioterapii, ošetrovatelství, neurologii, porodnictví, speciální pedagogice a dalších oblastech.⁵¹

⁴⁹ Srov. MÜLER, O., *Terapie ve speciální pedagogice*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 169.

⁵⁰ ZELEIOVÁ, J., *Muzikoterapie*, Praha: Portál, 2007, s. 28.

⁵¹ Srov. MÜLER, O., *Terapie ve speciální pedagogice*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 169-170.

Muzikoterapie je využití hudby k usnadnění terapeutických cílů: obnovení, udržení a zlepšení duševního a tělesného zdraví. Je to vědomé použití hudby, které muzikoterapeuti používají, aby vyvolali změnu způsobu chování. Tyto změny uschopňují pacienta k lepšímu pochopení svého vlastního já a svého okolí a vedou tak k lepšímu zapojení do společnosti. Hudba může být nasazena jako stimulátor aktivity, k uklidnění, k odstranění napětí a agrese. Jiné formy muzikoterapie jsou používány u autistických dětí, u dětí tělesně, duševně postižených, jiné u dětí psychicky nemocných. Hudba může doplňovat uvolňovací cvičení při autogenním tréninku, hypnóze.⁵²

Ve světě hudby mají všichni lidé své zvláštní reakce a zkušenosti. Existuje mnoho možností prožívání hudby jak u normálně vyvinutých, tak i u postižených dětí, a také pro toho, kdo muzikoterapii u těchto dětí používá. Muzikoterapeut musí vědět, že ho hudba nikdy nepřestává aktivizovat. Musí se svou prací žít a pokoušet se plnit požadavky, které ho činí zodpovědným jako zprostředkovatele terapeutické hudby. Účelem muzikoterapie není jen to, aby dítě akceptovalo své postižení, ale prostřednictvím použité hudby dosažení situace, ve které se může stav postiženého zmírnit, zlepšit, nebo dokonce znormalizovat. Podstatou chápání pojmu muzikoterapie je především to, že je pokládána za léčebně - výchovnou metodu vysoce komunikačního charakteru s mimořádnou šířkou indikačního zaměření. Prostřednictvím verbálních a neverbálních médií muzikoterapie se preventivně a kurativně působí na ohrožené, postižené a narušené jedince všech věkových kategorií bez ohledu na pohlaví, sociální příslušnost, vzdělání a povolání. Nevyzdvihuje se pouze možnost léčebného působení hudby, které pozitivně ovlivňují patologicky změněné funkce organismu člověka, ale současně záměrně využívá výchovné možnosti hudby, které cílevědomě a systematicky působí na celou osobnost ohroženého, postiženého a narušeného jedince. V tomto smyslu jsou základní prvky hudby – rytmus, melodie, harmonie pokládány za důležitý faktor léčebně -

⁵² Srov. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., *Terapie ve speciálně pedagogické péči*, Brno: Paido, 2001, s. 45.

výchovného působení. Výchovná síla hudebního umění působí na zdravou i narušenou osobnost, liší se však způsoby a postupy jeho zprostředkování.⁵³

Úrovně chápání pojmu muzikoterapie:⁵⁴

- specifická forma psychoterapie;
- skupinové hudební aktivity, při kterých jde hlavně o zlepšení sociálních vazeb;
- součást léčebného a rehabilitačního procesu;
- psychohygienický proces.

Pro muzikoterapii jsou charakteristické tyto znaky:⁵⁵ je prováděna kvalifikovanou osobou; během terapeutického procesu využívá zvuku, hudby a hudebních elementů – rytmu, melodie a harmonie; rozvíjí terapeutický vztah prostřednictvím společných hudebních zkušeností a komunikace; hudba má neverbálně komunikační, strukturální, emocionální a kreativní kvality; cílovými skupinami muzikoterapeutické intervence jsou především jedinci se zdravotními a edukačními potížemi nejrozličnějších věkových skupin a schopností; muzikoterapeutická zkušenost může vyvolat pozitivní změny ve všech dimenzích lidského organismu; muzikoterapie umožňuje naplnění nejrozličnějších fyzických, emocionálních, intelektuálních, sociálních a jiných potřeb klientů; muzikoterapeutické cíle jsou označovány jako nehudební cíle a zahrnují rozsáhlou oblast terapeutického působení, např. léčba, učení, rozvoj sociálních interakcí, komunikace, osobní rozvoj; může být organizována za různých uspořádání terapeutické situace; má uplatnění v prevenci, léčbě i následné rehabilitaci; muzikoterapeuti pracují v široké nabídce institucí, která zahrnuje vzdělávací, léčebná, psychiatrická, gerontologická a nápravná zařízení i soukromou praxi.

⁵³ Srov. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., *Terapie ve speciálně pedagogické péči*, Brno: Paido, 2001, s. 46.

⁵⁴ Srov. MÜLER, O., *Terapie ve speciální pedagogice*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 170.

⁵⁵ Srov. tamtéž, s. 171-172.

3.2 Formy muzikoterapie

Vhodné uspořádání terapeutické situace představuje takovou formu terapie, která nejlépe odpovídá specifickým vlastnostem klienta a cílům terapie.

Rozdělení podle počtu klientů:⁵⁶

Individuální muzikoterapie - založena na interakčním vztahu terapeut – klient. Obvykle se realizuje prostřednictvím samostatných sezení s klientem, může však také probíhat při práci se skupinou.

Skupinová muzikoterapie - využívá skupinovou dynamiku. Terapeut pracuje s otevřenou nebo fixní skupinou. Skupina může být malá (3-8) nebo velká (8-15). Sestavování terapeutických skupin vyžaduje určitou dovednost. U krátkodobých skupin orientovaných na symptomatickou terapii se doporučuje homogenní složení skupiny klientů, kteří přicházejí se stejnými problémy. U dlouhodobých skupin zaměřených na restrukturaci a komplexní rozvoj osobnosti by měla být skupina natolik heterogenní, aby poskytovala dostatek vzorů pro sociální učení a chování.

Při zařazování klientů s mentálním, tělesným, nebo jiným postižením do skupinové terapie je třeba zvážit řadu faktorů. Kromě otázek zabývajících se norem a cílů terapeutické skupiny je důležité, zda a jakým způsobem bude klient schopen podílet se na terapeutickém procesu. Pokud je činnost terapeutické skupiny zaměřena interakčně, je třeba dbát na to, aby se z klienta nestal přihlížející divák neschopný zasahovat do terapeutického procesu.

Hromadná muzikoterapie - lze ji provádět s mnoha fyzicky přítomnými klienty zároveň. Následkem tohoto uspořádání terapie je snížena možnost působení terapeutického vztahu mezi terapeutem a klientem. V této terapii je oslabena zpětná vazba od klienta k terapeutovi a zvýšené riziko nebezpečné manipulace s klientem. Proto má hromadná muzikoterapie omezené využití.

⁵⁶ Srov. MÜLER, O., *Terapie ve speciální pedagogice*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 183-184.

Někdy bývá užitečné rozdělit velkou skupinu na podskupiny, které pracují samostatně.

Kombinace předešlých forem – v muzikoterapii je možné využít kombinace výše uvedených forem, tedy spojení individuální a skupinové, individuální a hromadné nebo skupinové a hromadné.

Podle způsobu zapojení klienta:

Aktivní muzikoterapie - klienti se mohou účastnit programů aktivní muzikoterapie, aniž by po nich byly požadovány hudební zkušenosti jakéhokoli druhu. Mezi prostředky aktivní muzikoterapie patří: lidské tělo, hlas a hudební nástroje.

Při práci s tělem se používají *dechové techniky* a *hra na tělo*. Dech představuje elementární příklad zvuků a rytmů, které vydává lidský organismus. Ve spojení s pohybem i samostatně se dechové techniky objevují v řadě relaxačních metod a cvičení. Hrou na tělo se dá vytvořit široká škála zvuků, které umožní realizaci mnoha jednoduchých muzikoterapeutických činností. Používají se k uvědomění si vlastního těla i jako prostředek kontaktu s druhými. Úspěšně ji mohou provádět klienti, kteří nejsou schopni ovládat hudební nástroj vzhledem ke svému postižení. Hru na tělo lze použít také jako doprovod k hlasovým technikám. Mnozí muzikoterapeuti rádi experimentují s hlasem a jeho zvukovými možnostmi. V muzikoterapeutické praxi se setkáváme s hlasovou improvizací, rytmiizací a melodizací říkadel či textů i zpěvem písní.⁵⁷

Receptivní muzikoterapie - podle způsobu, kterým je poslech hudby zprostředkován, rozlišujeme hudbu improvizovanou muzikoterapeutem nebo reprodukovanou. Výzkumy ukazují, že živě hraná hudba je pro recipienty působivější. Muzikoterapeut může při živé hudbě snáze reagovat na dění ve skupině a podle něho přizpůsobit průběh a délku poslechu hudby. Skladby určené k receptivní muzikoterapii nemusí být technicky ani hráčsky náročné, přesto by

⁵⁷ Srov. MÜLER, O., *Terapie ve speciální pedagogice*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 173-174.

měl muzikoterapeut disponovat dobrými hudebními a improvizacími schopnostmi. Optimální je spolupráce v týmu. Použití reprodukované hudby neklade tak velké požadavky na hudební dovednosti a nástrojové vybavení terapeuta. Reprodukovanou hudbou je možné zprostředkovat poslech orchestru nebo větších hudebních těles.⁵⁸

U receptivní muzikoterapie je pozornost zaměřena především na poslech hudby, zvuků, šumů nebo ticha. Vnímání a přijímání hudby zahrnuje celkové pochopení zvuků v prostoru, závislé na individuálních zkušenostech a hudebních schopnostech klienta.⁵⁹

3.3 Cíle muzikoterapie

Mezi muzikoterapeutické cíle patří:⁶⁰ získání zkušenosti se smysly; rozvoj narušeného senzoryckého vnímání a senzorycké integrace; zlepšení koncentrace a rozvoj záměrné pozornosti; rozvoj jemné a hrubé motoriky; rozvoj výkonových i kvalitativních aspektů motoriky; rozvoj vizuomotorické koordinace; rozvoj schopnosti vyjadřování pohybem; kontrola impulzivního chování; práce s agresí; verbální a neverbální vyjadřování pocitů; abreakce a rozšiřování spektra emočního prožívání; zvýšení sebevědomí; vyrovnání se se ztrátou; zlepšení interpersonálních dovedností a sociálních interakcí s druhými; osvojování si jednotlivých sociálních rolí; pocit sounáležitosti s druhými; snížení izolace; rozvoj sociálních vztahů; posilování nezávislosti, vlastní identity; schopnost akceptovat pochvalu a chválit druhé; schopnost snášet a poskytovat konstruktivní kritiku; rozvoj schopnosti učit druhé; sdílení doteků; redukce rušivého chování; rozvoj účelového chování; uvědomění si neproduktivních způsobů chování; schopnost následování pokynů; zlepšení dovedností nápodoby; zvýšení aktivního zapojení; zlepšení expresivní a receptivní složky komunikace; podnícení

⁵⁸ Srov. MÜLER, O., *Terapie ve speciální pedagogice*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 178-179.

⁵⁹ Srov. ZELEDIOVÁ, J., *Muzikoterapie*, Praha: Portál, 2007, s. 142.

⁶⁰ Srov. MÜLER, O., *Terapie ve speciální pedagogice*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 185-186.

komunikace; rozšiřování slovní zásoby; rozvoj motoriky mluvidel; efektivní používání neverbální komunikace; pomoc při učení; posilování paměťových schopností; schopnost psychosomatického uvolnění; nácvik strategií zvládání stresu a psychické zátěže; účast na vhodných volnočasových aktivitách; rozvoj povědomí o dostupných volnočasových aktivitách; zvýšení kvality života; zábava.

3.4 Muzikoterapie u osob s mentální retardací

Dobře vedená lekce hudební výchovy může být také chápána v určité rovině pohledu a míře zjednodušení jako muzikoterapie. Cílem hudební výchovy je vytvoření základů pro harmonický rozvoj člověka. Intenzivně rozvíjí zejména smyslové vnímání, estetické cítění, pohybovou činnost. Vede k soustředění pozornosti, rozvíjí paměť a fantazii. Hudební výchova rozvíjí u dětí vnímání rytmu, tempa, melodie, harmonie a hudebního výrazu, pomáhá upevňovat i výslovnostní návyky. Rytmus, tempo a melodie mají důležité postavení v celkovém rozvoji motorických schopností mentálně handicapovaného jedince i v jeho řečové výchově. Harmonizující vliv hudby v sepětí s ostatními výchovnými složkami se odráží především v citovém, mravním a estetickém rozvoji. Rozumový vývoj dítěte může být citlivě, nenásilně a přitom účinně ovlivňován prostřednictvím všech forem a prostředků hudební výchovy. Všechny hudební činnosti svou podstatou předpokládají pohodu a optimismus a navozují atmosféru aktivity a radosti. Výrazně tak ovlivňují psychiku dětí, která zpětně ovlivňuje jednání a celkovou úroveň projevů mentálně handicapovaných dětí.⁶¹

Je potvrzeno, že hudba by měla stát ve středu pozornosti speciální pedagogiky. Hudební výchova není právě pro handicapované dítě jedním z mnoha předmětů a činností, ale velmi často základním principem pro celkovou podporu rozvoje jeho osobnosti. Pro většinu handicapovaných dětí je možná

⁶¹ Srov. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., *Terapie ve speciálně pedagogické péči*, Brno: Paido, 2001, s. 41.

praktická hudební výchova na různé úrovni v závislosti na stupni a druhu jejich postižení. Hudební terapie má smysl pouze tehdy, pokud má dítě zájem a pokud mu dělá radost a prožívá určitou satisfakci.⁶²

Vliv hudby na jedince s mentálním postižením je nesporný. Výchovná síla umění působí na všechny typy lidí, hudební vnímání a hudební projev prostřednictvím aktivních i receptivních muzikoterapeutických technik disponuje výjimečnými, specifickými možnostmi pozitivního vlivu na osoby s mentálním postižením. Uplatňuje se zde práce muzikoterapeuta, který s pomocí individuálního přístupu a prostřednictvím speciálních hudebních aktivit umožňuje mentálně postiženému jedinci dosáhnout vnitřní relaxace, pomáhá vyrovnávat a podporovat citový vývoj, podporuje rozvoj kladných interpersonálních vztahů. Význam a hodnota práce muzikoterapeuta spočívá v procesu činností, v pozitivním vztahu mezi muzikoterapeutem a postiženým jedincem a ve výsledku práce. Je nutné brát zřetel na věk, pohlaví, intelektuální úroveň, stupeň postižení a zájmy osoby s mentální retardací.

Prostřednictvím hudby získává handicapovaný širší estetické znalosti, rozvíjejí se jeho motorické a řečové schopnosti, rozšiřují se pro něj možnosti sociálních vazeb a kontaktů, kultivuje se jeho osobnost, roste jeho schopnost vnímat umění, mít k němu vztah, hodnotit jej. Hudba pak vnáší do jeho světa harmonii a krásu. Byť vnímá osoba s mentální retardací svět prostřednictvím a do úrovně, kterou mu umožňuje jeho handicap, je nutné najít motivační bod, který nastartuje jeho vlastní seberealizaci. Prostřednictvím hudební aktivity může handicapovaný jedinec vkládat do svého bytí svou identitu. Tím, že prochází určitou hudební zkušeností, rozšiřuje svou osobnost. Násobí svůj duchovní prostor a dostává se tak na kvalitativně vyšší úroveň lidského bytí.

Potřeby zdravého dítěte jsou známy asi lépe, proto mu může být jeho další rozvoj lépe a detailněji naplánován, než tomu je u dítěte mentálně retardovaného, o jehož potřebách, možnostech, citech, zájmech se lze často jen dohadovat. Proto se musí při jeho výchově a vzdělání vytvořit prostor pro více svobody a ponechat

⁶² Srov. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., *Terapie ve speciálně pedagogické péči*, Brno: Paido, 2001, s. 43.

na jeho vůli i momentálním rozpoložení, co si z nabízeného vybere, čím se bude zabývat, jak bude uskutečňovat další pozitivní rozvoj svých schopností.⁶³

3.5 Kazuistika

Filipovi je od narození diagnostikována hluboká mentální retardace. Jeho schopnost sebeobsluhy je absolutně omezena, je zcela závislý na péči okolí. Přijímá pouze tekutou stravu, po menších dávkách na lžici. Je inkontinentní a imobilní. Komunikace s ním probíhá přes oční kontakt a dotyky. Z jeho očí je poměrně dobře čitelný jeho stav, nálada i pocit libosti nebo nelibosti. Filip je klient, ke kterému je velmi složité a dlouhé najít cestu. Je nedůvěřivý a má strach z neznámých lidí. V přítomnosti cizích nebo jemu nesympatických osob dostane záchvat, který může trvat až půlhodiny a je velmi složité jej utišit. Zvládne ho uklidnit jen ten, kdo si u něj zcela získá důvěru.

Filip má velmi rád hudbu. Při jeho záchvatech většinou pomůže, když mu pracovník pustí muziku, nebo ho posadí před obrazovku s hlasitým koncertem plným světlených reflektorů a mnoha hudebních nástrojů. Zaručeným způsobem, jak Filipa rozesmát je dělat co největší kravál, nahlas zpívat, u toho tančit, shazovat věci, pošťuchovat lidi okolo, popřípadě po nich něco házet. To je pro něj show, která mu vždycky zlepší náladu. Kdykoli v místnosti něco spadne, někdo něco vylíje nebo rozbije, uvede to Filipa do veselého stavu. Jeho nejoblíbenější činností je muzikoterapie. Ta probíhá buď individuálně, v muzikální místnosti pouze Filip s pracovníkem, nebo skupinově, kdy přijde muzikoterapeut do skupiny. V muzikální místnosti Filip vydrží kratší dobu, má k dispozici různé hudební nástroje, na které může hrát a třískat do nich. Většinou to ale dělá pracovník a Filip si to vychutnává. Dlouho vydrží u sledování koncertů, které musejí být velmi hlasité. U skupinové muzikoterapie Filip sedává v těsné blízkosti muzikoterapeuta, který hraje na hudební nástroj a Filip se jej může dotýkat. Využívá se skupinové dynamiky, kdy více klientů dělá větší hluk,

⁶³ Srov. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., *Terapie ve speciálně pedagogické péči*, Brno: Paido, 2001, s. 51-52.

hrají a třískají do různých nástrojů a věcí a pracovníci zpívají, což Filipa nabuzuje.

Pro Filipa je muzikoterapie, individuální nebo skupinová, zaručením toho, že se bude cítit klidně a příjemně. Zlepšuje se jeho psychický stav, koncentrace a vyjadřování emocí. U písniček, které již pozná se pohupuje a užívá si je. Má rád pomalé a smutné písničky, které ho uklidňují a na jeho tváři se objeví relaxovaný, nostalgický úsměv.

4 Zooterapie

Kapitola přibližuje zooterapii z pohledu rozdělení podle zvířecího druhu, metody a formy. Konkrétně se zabývá canisterapií, její individuální a skupinovou formou, cíli a zejména využitím u osob s mentálním postižením. Dalším druhem, kterou popisuje konkrétněji je hipoterapie, její rozdělení a aplikaci u mentálně postižených jedinců.

Zooterapie, neboli zvířaty podporovaná terapie je souhrnným termínem pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které jsou založeny na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem.⁶⁴

4.1 Dělení zooterapie

Rozdělení dle zvířecího druhu:⁶⁵

Canisterapie – jedna z metod rehabilitace, která slouží k podpoře zdraví lidí všech věkových kategorií, při níž se využívá interakce mezi člověkem a psem. Pojem zdraví je přitom vnímán z bio-psycho-sociálního pohledu.

Hiporehabilitace – souhrnný pojem pro formy ježdění na koni jako součásti komplexní rehabilitace. Je využívána zejména jako fyzioterapeutická metoda, léčebně pedagogicko - psychologické ježdění jako metoda léčby v psychosociální oblasti a parajezdeckví je pojem užívaný pro sportovní aktivity spojené s jízdou na koni osob s postižením.

Felinoterapie – je založena na kontaktu člověka s kočkou, při němž dochází k vzájemnému pozitivnímu působení.

Mezi další zvířecími druhy používané k zooterapii patří delfín (delfinoterapie), lama (lamaterapie), hmyz (insektoterapie), ptactvo

⁶⁴ Srov. VELEMÍNSKÝ, M. a kol., *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*, České Budějovice: DONA, 2007, s. 30.

⁶⁵ Srov. tamtéž, s. 31-32.

(ornitoterapie). Dále malá domácí zvířata, hospodářská zvířata, volně žijící zvířata, exotická zvířata v zoo atd., využívána bez upřesněného označení.

Rozdělení dle metody:⁶⁶

Animal Assisted Activities (AAA, aktivity za pomoci zvířat) – přirozený kontakt člověka a zvířete zaměřený na zlepšení kvality života klienta nebo přirozený rozvoj jeho sociálních dovedností. Cíle AAA definuje zooterapeut ve spolupráci s osobami, které pečují o klienta. Jedná se o přirozené zlepšování komunikace, motivace, pohyblivosti, odbourávání stresu, uzavřenosti, nečinnosti apod. Hlavním cílem je obecná aktivizace klienta. Nejčastějšími klienty této metody jsou klienti zařízení sociálních služeb a školských zařízení. Zooterapeut se stává součástí týmu pracovníků, kteří pečují o volnočasový program klienta. Součástí týmu bývají také kromě vychovatelů a pečovatelů dobrovolníci, kteří zajišťují zájmovou nebo společenskou činnost. Plán zooterapie je integrován do existujících volnočasových plánů klientů a obvykle se sestavuje pro celou skupinu klientů, v domácím prostředí individuálně. Zooterapeut si vede vlastní záznamy, které podle potřeb nebo požadavků konzultuje s personálem. Svou činnost vyhodnocuje v rámci pravidelných supervizí nebo revizních schůzek. Tato činnost vyžaduje proškolený zooterapeutický tým a dohled vedení zařízení nebo určené zodpovědné osoby. Všude tam, kde zooterapeut sám není schopen dostatečně komunikovat s klienty, se vyžaduje přítomnost personálu, popř. zodpovědné osoby jako prostředníka po celou dobu průběhu aktivit. Typickými technikami jsou hlazení zvířete, hry, péče o zvíře, přirozené procvičování komunikace, paměti apod.

Animal Assisted Therapy (AAT, terapie za pomoci zvířat) – cílený kontakt člověka a zvířete, zaměřený na zlepšení psychického stavu klienta či pacienta. Cíle definuje profesionál, který je obeznámen s cíli celkové léčby klienta. Jsou stanoveny individuálně tak, aby podporovaly rozvoj fyzických, emocionálních, sociálních nebo kognitivních funkcí klienta. Hlavním cílem této

⁶⁶ Srov. VELEMÍNSKÝ, M. a kol., *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*, České Budějovice: DONA, 2007, s. 32-35.

zooterapie je podpora procesu léčby nebo rehabilitace. Nejčastějšími klienty jsou osoby s tělesným, mentálním, nebo kombinovaným postižením, krátkodobě i dlouhodobě nemocní, lidé v rekonvalescenci, lidé, kteří potřebují podpůrnou léčbu psychických nebo fyzických poruch nebo nemocí. Zooterapeut se stává součástí týmu pracovníků, kteří pečují o klientovo mentální a fyzické zdraví nebo jsou jinak zapojeni do procesu ucelené rehabilitace. Jsou to zejména sociální pracovníci, lékaři, terapeuti, ošetřující personál, speciální pedagogové atd. Má-li odpovídající odborné vzdělání (sociální, zdravotní, pedagogické), je přípustné, aby se zooterapeutický tým skládal z daného zooterapeuta – profesionála a otestovaného zvířete. Pokud je zooterapeutem proškolený laik, je nutná přímá spolupráce s profesionálem. Plán zooterapie je integrován do existujícího léčebného nebo rehabilitačního plánu klienta a vždy se sestavuje pro každého klienta individuálně. Cíle indikuje profesionál, který terapii ve spolupráci se zooterapeutem také vede, monitoruje a vyhodnocuje. Záznamy o průběhu zooterapie se stávají součástí odborné dokumentace. V závislosti na náročnosti terapie může zooterapeut – profesionál pracovat samostatně nebo v týmu. Je-li zooterapeutem proškolený laik, pracuje v týmu s profesionálem. V týmu se zooterapeut věnuje plně vedení zvířete, zatímco další profesionál pečuje o klienta. Typickými technikami jsou polohování, hry pro rozvoj motoriky a sociálních dovedností, hlazení a péče o zvíře, cílené zlepšování komunikace, orientace, řeči, paměti, kognitivních funkcí apod.

Animal Assisted Education (AAE, vzdělávání za pomoci zvířat) - přirozený nebo cílený kontakt člověka a zvířete zaměřený na rozšíření nebo zlepšení výchovy, vzdělávání nebo sociálních dovedností klienta. Cíle definuje pedagogický personál ve spolupráci se zooterapeutem. Jsou stanoveny buď pro skupinu studentů, anebo individuálně u klientů se specifickými poruchami učení, výchovnými problémy nebo jinými specifickými potřebami. Hlavním cílem je přirozené zvýšení motivace k učení a osobnímu rozvoji. Nejčastějšími klienty jsou osoby se specifickými poruchami učení, chování nebo komunikace, kde lze činnost zaměřit na zlepšení těchto poruch. Další cílovou skupinou jsou studenti

běžných škol, kde se výuka zaměřuje na vztahy lidí a zvířat, biologií, téma psí pomoci postižením, motivaci k zodpovědnosti apod.

Tato činnost vyžaduje kromě zooterapeutického týmu také přítomnost nebo přímou spolupráci pedagogického personálu, obeznámeného s cílem a účinky takového vzdělávání. Zooterapeut se stává součástí týmu pracovníků, kteří zajišťují výchovu a vzdělání klienta, jeho školní volnočasový program nebo osobní rozvoj. Jedná se zejména o pedagogy, školní nebo dětské psychology, vychovatele atd. Plán zoterapie je integrován do existujících školních osnov nebo individuálního výukového plánu klienta a podle typu činnosti se sestavuje buď pro celou skupinu, nebo individuálně. Cíle indikuje, monitoruje a vyhodnocuje pedagogický personál ve spolupráci se zooterapeutickým týmem. V závislosti na náročnosti terapie může zooterapeut - pedagog pracovat samostatně nebo v týmu. Je-li zooterapeutem proškolený laik, pracuje vždy v týmu s pedagogickým personálem. V týmu se zooterapeut věnuje plně vedení zvířete, zatímco další personál pečuje o klienta. Typickými technikami jsou předávání informací zábavnou formou a názornou ukázkou, využití zvířete jako prostředníka pro výuku, hru pro rozvoj motoriky, motivace, komunikace, péče o zvíře apod.

Animal Assisted Crisis Response (AACR, krizová intervence za pomoci zvířat) – přirozený kontakt zvířete a člověka, který se ocitl v krizovém prostředí, zaměřený na odbourávání stresu a celkové zlepšení psychického nebo fyzického stavu klienta. Náplň činnosti ovlivňuje momentální krizová situace. Cíle definuje sám zooterapeut případně ve spolupráci s dalším pracovníkem krizové intervence, a to zcela na základě aktuální potřeby klientů. Hlavním cílem je podpora procesu stabilizace situace. Nejčastějšími klienty jsou oběti katastrof nebo násilí a jejich rodinní příslušníci, osoby evakuované mimo domov a do velké míry také ostatní pracovníci záchranných týmů a dobrovolníci, pomáhající s odbouráváním škod.

Dělení dle formy:⁶⁷

Návštěvní program – pravidelné návštěvy zooterapeutického týmu zařízení nebo v domácnosti klienta. Alternativní formou je docházení klienta za zvířetem nebo jejich setkávání v neutrálních prostorách.

Jednorázové aktivity – zooterapeutický tým se může podílet na veřejných prezentacích, setkáních, ukázkách nebo přednáškách. Škála těchto aktivit je velice široká, metody a podmínky pro jejich provozování se v jádru neliší od pravidelných aktivit, ale odvíjí se od momentálních potřeb publika.

Pobytový program – jednorázový nebo pravidelný pobyt klientů v prostředí, kde se provozuje zooterapie. Jedná se zejména o tábory, pobyty na statcích, ekofarmách, výcvikových střediscích nebo v jiných sídlech společností nabízejících zooterapeutické služby, často s několika druhy zvířat, nebo v kombinaci s ozdravným nebo poznávacím programem.

Rezidentní program – převzetí zvířete klientem, ať už zařízením, nebo jednotlivcem, který si přeje provozovat zooterapeutickou činnost. Toto zvíře se může nebo nemusí stát majetkem tohoto klienta nebo zařízení. Předávající organizace, chovatel nebo cvičitel určují specifické podmínky, za kterých je zvíře předáno a zajišťují výcvik personálu, kteří budou zooterapii provádět a o zvíře pečovat.

Ambulantní program – provozování zooterapie v ordinaci lékaře-specialisty, školního psychologa apod., kam klient běžně dochází. Kromě samotné terapie lze vlivu zvířete využít k odbourání stresu, strachu z lékařských procedur nebo prostředí samotného a motivace k lepší spolupráci s odborníkem. Obvykle se provozuje jednotlivě, případně si může profesionál přizvat ke spolupráci zooterapeutický tým. Tato forma je specifickou možností návštěvního programu.

Program péče o zvíře – forma zooterapie, která využívá zvířete jako motivace k práci, samostatnosti, zodpovědnosti, pravidelným návykům atd., obvykle s cílem následného lepšího zapojení klienta do běžného života mimo

⁶⁷ Srov. VELEMÍNSKÝ, M. a kol., *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*, České Budějovice: DONA, 2007, s. 36-37.

zařízení. Klientovi je svěřena péče o zvíře, případně jeho výchova či výcvik, a to pod dohledem odborníka. Může jít o zvíře chované v rámci klientova zařízení, výcvikového střediska, farmy, zoo apod. Lze kombinovat s terapií pomocí pěstování rostlin nebo dalšími formami ergoterapie.

Zooterapie s asistenčním zvířetem – asistenční zvířata, nejčastěji psi, jsou předávána zdravotně postiženým jednotlivcům za účelem zvýšení jejich samostatnosti, integrace do společnosti nebo zlepšení kvality života a jsou určena k přímé pomoci konkrétní osobě. Zooterapeutem je buď sám klient, nebo jeho rodinný příslušník. Klienti zooterapeutické techniky využívají dle momentálních potřeb, a to vždy s ohledem na prevenci přetěžování zvířete.

Zásah krizové intervence – zooterapeutický tým, který je zapojen do aktivit integrovaného záchranného systému, je vyzván k práci v rámci konkrétní krizové situace. Zásah může trvat v rozmezí od několika hodin do několika měsíců intenzivní práce a odvíjí se od potřeby záchranného systému a možností a schopností zooterapeutického týmu.

4.2 Canisterapie

Canisterapie pochází z latinského slova *canis* – pes a z řeckého slova *therapeia* – léčba. Způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka. Jedná se o podpůrnou formu psychoterapie, která je založena na kontaktu člověka se psem a vzájemné pozitivní interakci. Klade důraz především na řešení problému psychologických, citových a sociálně integračních.⁶⁸

Canisterapii lze také definovat jako léčebný kontakt psa a člověka. Pes je výborným společníkem, ale také výchovným prostředkem pro klienta. Přispívá k rozvoji jemné a hrubé motoriky, podněcuje verbální a neverbální komunikaci, orientaci v prostoru, zvyšuje motivaci podílet se na vlastním léčebném procesu, zlepšuje interakci klienta s ostatními klienty, ošetřovateli atd. Canisterapie může

⁶⁸ Srov. VELEMÍNSKÝ, M. a kol., *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*, České Budějovice: DONA, 2007, s. 60.

být využita k nácviku koncentrace a zvýšení pozornosti, rozvoji sociálního citění, zlepšení kvality života a v některých případech snížení agresivity klienta.⁶⁹

Canisterapie je způsob terapie, při které se používá působení psa na člověka. Základem léčby je poznatek, že nejspolehlivějším a často jediným přítelem člověka v osamění a nemoci je zvíře. Vztah člověk - zvíře dokáže vyvolat pozitivní sociální a emocionální, terapeutické efekty, které mohou přispět ke zlepšení zdravotního stavu. Zvíře se může stát užitečnou součástí individuální terapie jedince, který není schopen zvládnout požadavky svého prostředí sám bez pomoci a chovat se podle nich. Tam, kde se nemůže adaptovat jedinec, musí se přizpůsobit okolí a vytvořit podmínky, které by odpovídaly problémům jedince. Zvíře může měnit vnější podmínky a zvyšovat možnosti adaptace handicapovaných na mnoha úrovních. Role zvířete jako stabilního osobního společníka a partnera má svoje typické rysy a uspokojuje některé ze základních psychických potřeb. Zvíře je prostředníkem, který napomáhá rozvoji, zejména v oblasti socializačních kompetencí, v oblasti emočního působení, zlepšuje se neverbální komunikace. Pes je spolehlivý zdroj citových podnětů a trvalý zdroj citového uspokojení.⁷⁰

Pes je speciálně cvičen, aby postiženému pomáhal tam, kde to potřebuje, a tak mu umožnil nezávislost na jeho prostředí. Pes je partnerem, který podporuje emoční jistotu postiženého, není kritický, přijímá svého pána takového jaký je, je vždy ochoten se pánovi věnovat a vyjadřuje radost z kontaktu s ním. Zvyšuje sebejistotu, funguje jako komunikační partner pozitivně a srozumitelně reagující a tím zvyšuje stupeň interakce mezi zdravými a nemocnými. Napomáhá zlepšení komunikace a sociální interakce podle schopností a možností jedince.⁷¹

Pes je prostředník, který zprostředkovává vztah s okolním světem, pomáhá při orientaci a při nácviku sebeobsluhy. Dokáže eliminovat negativistické

⁶⁹ Srov. VELEMÍNSKÝ, M. a kol., *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*, České Budějovice: DONA, 2007, s. 60.

⁷⁰ Srov. VÍTKOVÁ, M., *Integrativní speciální pedagogika*, Brno: Paido, 1998, s. 108.

⁷¹ Srov. tamtéž.

projevy a emoční výkyvy. Pes učí klienta odpovědnosti a osvojování si určitých dovedností, vědomostí a návyků.⁷²

4.2.1 Formy canisterapie

Individuální canisterapie - zahrnuje setkání jednoho klienta s jedním, popř. více canisterapeutickými týmy. Výhodou je přizpůsobení programu a cílené působení podle individuálních potřeb klienta, možnost intenzivnějšího kontaktu se psem a snížení rušivých vlivů. Nevýhodná je časová náročnost při potřebě uspokojit více klientů a možná závist při uspokojení jen některých klientů v zařízení.⁷³

Skupinová canisterapie - u této formy canisterapie řídí vzájemnou interakci klientů se psy většinou jedna osoba. Je důležité, aby zvolila vhodný poměr klientů a psů a při programu pamatovala na všechny klienty a jejich zapojení do činnosti a kontaktu se psem. Důležitá je koordinace jednotlivých aktivit tak, aby měli psi zajištěn dostatek odpočinku. Mezi další pravidla patří neustálý dohled nad psy, seznámení klientů s chováním psů, jejich potřebami, výchovou, přístupem k nim, pravidly kontaktu, zajistit výběr vhodných psů aj. Nutným předpokladem je, že se psi mezi sebou znají. Výhodou využití skupiny různých psů je, že si každý klient může vybrat psa podle svých preferencí a uspokojení více klientů v zařízení. Naopak možnost specifikace individuálních cílů a jejich naplňování je vzhledem k časté různorodosti skupiny omezena.⁷⁴

⁷² Srov. MÜLER, O., *Terapie ve speciální pedagogice*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 291.

⁷³ Srov. VELEMÍNSKÝ, M. a kol., *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*, České Budějovice: DONA, 2007, s. 81.

⁷⁴ Srov. tamtéž.

4.2.2 Cíle canisterapie

Mezi cíle patří podpora psychomotorického vývoje, koordinace pohybu, stimulace, podpora paměti, podpora řečových dovedností, rozvoj myšlení, osvojování sociálních dovedností, rozvoj samostatnosti, rozvoj sebeobsluhy, trénování volných dovedností, posílení sociability, navazování nových vztahů, integrace.⁷⁵

Při stanovení cílů canisterapie se vždy vychází z konkrétních schopností a dovedností klienta a hloubky jeho postižení. Obecným cílem v individuálním plánu rozvoje klienta je co nejvyšší stupeň socializace. Při naplňování plánu je velmi důležitá zásada přiměřenosti, názornosti, důslednosti, soustavnosti, trvalosti, individuálního přístupu a uvědomělosti.

Pokud je canisterapie praktikována formou AAA, je smyslem poskytnout klientům možnost příjemně a smysluplně stráveného času, setkání s přátelskými psy a psovody, prožitek radosti a pozitivních emocí a zprostředkovat psychosociální podporu při překonávání obtíží spojených s postižením.

Obecně canisterapie rozvíjí poznávací, motorické i sociální dovednosti. U dětí se zaměřuje na podporu psychomotorického vývoje, koordinaci pohybu, podporu řečových dovedností, trénink paměti, volných dovedností, rozvoj myšlení, stimulaci, osvojování sociálních dovedností, rozvoj sebeobsluhy, rozvoj samostatnosti, posílení sociability, navazování nových vztahů, integrace apod. Při práci s dospělými se jedná vedle snahy o rozvoj schopností a dovedností jedince zejména o jejich udržení. Jejich průběžné trénování a používání podporuje jejich zachování. Pes zde tvoří mj. motivační prvek a vytváří příležitosti ke spontánnímu i cílenému procvičování, přináší libé emoční prožitky, radost a smysluplnou činnost. Canisterapie je zaměřena na obdobné oblasti jako u dětí.⁷⁶

⁷⁵ Srov. VELEMÍNSKÝ, M. a kol., *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*, České Budějovice: DONA, 2007, s. 80.

⁷⁶ Srov. tamtéž, s. 161-162.

4.2.3 Canisterapie u osob s mentálním postižením

Stěžejním cílem u klientů s lehkým mentálním postižením je co největší stupeň socializace, rozvoj kognitivních a sociálních dovedností a rozvoj, udržení schopností a dovedností v oblastech sebeobsluhy, motoriky, manuální činnosti, psychická podpora a aktivizace. U klientů se středně těžkým mentálním postižením je zaměření zejména na motoriku, emoční oblast, sebeobsluhu, vztah ke zvířatům a kognitivní a sociální dovednosti v rámci možností klienta. Cíle i možnosti práce s klienty s těžkým mentálním postižením jsou v určité míře omezeny. Podporuje se zejména sebeobsluha, motorické dovednosti, řeč, nabízí se emoční podpora a kontakt se zvířetem. S klienty s hlubokým mentálním postižením se v canisterapii nepracuje příliš často. Osvědčený je však tělesný kontakt se psem a zprostředkované hlazení psa.

Při práci s klienty s mentálním postižením se využívá velmi širokých zapojení psa do programu. Pes může být aktérem v aktivitě (soutěžení se psem, mazlení, jeho výcvik), motivačním prvkem k určité činnosti (motivace k pohybu), motivací k výtvarným činnostem, praktickým dovednostem (česání psa), k péči o živého tvora (poznávání a naplňování potřeb psa) nebo objektem hodným pozornosti dítěte.

Výsledky canisterapie jsou velmi individuální. Již při krátkodobě praktikované canisterapii se projevil pes jako motivační činitel, přirozený podnět, aktivizační činitel a zdroj emočně libých prožitků, a to u klientů, kteří se psem rychle navázali bezprostřední vztah. Při kontinuální práci, dlouhodobém působení, se pes osvědčil jako podpůrná složka při dalších výchovně vzdělávacích i volnočasových aktivitách. Rozvoj se projevuje odstraněním obav z kontaktu se psem, zlepšením sociálních dovedností, spontánním trénováním motorických dovedností, rozšířením slovní zásoby.⁷⁷

⁷⁷ Srov. VELEMÍNSKÝ, M. a kol., *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*, České Budějovice: DONA, 2007, s. 161-163.

pozice	2-3 psi	pomůcky	1 pes
na zádech, pes pod dolními končetinami	1. pes pod dolními končetinami, 2. pes po boku, druhý bok fixován podkovou	← polštář → podkova →	pes pod dolními končetinami, klient sedí, tělo opřeno o pedagoga, nebo leží v podkově
na zádech, psi po stranách	1. pes po pravém boku, 2. pes po levém boku, 3. pes pod dolní končetinou; horní končetina podél těla nebo kolem krku psa	← polštář → ← válec pod dolní končetinou → podkova →	pes po jednom boku, druhý bok fixován podkovou
na boku	1. pes s čelní strany (hrudník a břicho), 2. pes zádová strana nebo zadní strana dolní končetiny (podkolenní jamky), pokud je třetí pes - možno na obě místa; horní končetinu možno pokrýt a dát přes psa	← polštář → ← válec mezi dolními končetinami → podkova →	pes buď z čelní či zádové strany, zbývající strana dopolohována podkovou
vkleče	klient klečí na patách, obličej a horní končetiny položeny na prvního psa, druhý pes může olizovat horní končetiny a obličej		klient klečí na patách, obličej a horní končetiny položeny na psa
na břišku	klient leží na břiše či mírně do boku, obličej položený na hrudníku psa		klient leží na břiše či mírně do boku, obličej položený na hrudníku psa

Obr. č. 4: Osvědčené možnosti poloh při canisterapii⁷⁸

4.3 Hipoterapie

Hipoterapie je speciální formou léčebné rehabilitace, která ideálně spojuje psychické a fyzické prvky. Název pochází z řeckých slov *hippos* – kůň, *therapie* – léčba. Kůň slouží jako terapeutický prostředek díky trojrozměrnému pohybu svého těla – frontální, sagitální, horizontální. Při něm dochází k ustavičnému střídání napětí a uvolňování těla pacienta, který je nucen se neustále přizpůsobovat pohybu koňského hřbetu, i při své naprosté pasivitě. Dochází k pokusu o soulad pohybu koně a pohybu pacienta. Prvotní je snaha o rehabilitaci ve fyzikálním smyslu. Vychází z balančních cvičení, je prováděna fyzioterapeutkou na základě indikace lékaře. Jako pomocník v přípravě a ovládání koně během rehabilitace zde slouží hipolog. Metoda je zabezpečována dvěma až čtyřmi pracovníky podle fyzického handicapu a pokročilosti pacienta. Jedná se o individuální metodu.⁷⁹

⁷⁸ Srov. VELEMÍNSKÝ, M. a kol., *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*, České Budějovice: DONA, 2007, s. 179.

⁷⁹ Srov. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., *Terapie ve speciálně pedagogické péči*, Brno: Paido, 2001, s. 132.

4.3.1 Rozdělení hipoterapie

- **Hipoterapie** – oblast lékařství
- **Pedagogicko - psychologické ježdění** – oblast pedagogiky
- **Sport pro handicapované** – oblast sportu

Jako léčebná metoda je hipoterapie indikována zejména u následujících diagnóz: anomálie páteře a hrudníku, vrozené malformace končetin, stavy po zlomeninách končetin a amputace z oblasti ortopedie; dětská mozková obrna, roztroušená mozkomíšní skleróza a svalové atrofie a dystrofie z oblasti neurologie; psychotické stavy, lehká mozková dysfunkce, neurózy, deprese z oblasti psychiatrie; kardiovaskulární choroby, chronická bronchitida, obezita. Dále jsou uváděny účinky ve smyslu svalové spasticity u hypertoniků, zlepšení stability, zlepšení koordinace pohybů. Nezanedbatelné jsou subjektivní pocity pacientů v oblasti zlepšení motorických dovedností a větší psychické pohody. U dětské mozkové obrny je indikace hipoterapie ideálním pokračováním Vojtovy metody. Hipoterapie je doplňkově indikována pro zkvalitnění chůze a zrychlení reflexních reakcí proti pádům.⁸⁰

Pedagogicko - psychologické ježdění

Vychází ze základního předpokladu, že jízda na koni je výborným prostředkem pro rehabilitaci tělesných onemocnění nebo defektů, ovlivňuje fyziologický a psychický vývoj, formuje rozvoj osobnosti, pozitivně působí na smyslové činnosti a má silný socioterapeutický vliv. Uplatňuje se především u psychiatrických pacientů. Používá se jak koně vedeného na lonži terapeutem nebo se provádí klasická či modifikovaná voltižní cvičení odvahy, samostatnosti, obratnosti, tlumení agresivity, podle konkrétního problému pacienta.⁸¹

⁸⁰ Srov. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., *Terapie ve speciálně pedagogické péči*, Brno: Paido, 2001, s. 132-133.

⁸¹ Srov. tamtéž, s. 134.

Faktory léčebné pedagogicko-psychologického ježdění:⁸²

- a) **tělesné** – část, která se nezbytně prolíná s částí hipoterapie – normalizace svalového tonu, koordinace pohybů, zlepšení rovnováhy, reedukace chůze, narušení patologických stereotypů, úprava svalové dysbalance, úprava pohybové symetrie, zlepšování adaptace na různé podněty, rytmizace organismu, energetické posilování, zvyšování sebedůvěry, zvyšování sebeuvědomění
- b) **psychické** – největší pole působnosti – vztah, emoční stránka, edukativní stránka
- c) **sociální** – využívá se při skupinové práci s klienty – ergoterapie, faktor soutěživosti, integrační faktor, faktory skupinové terapie (členství ve skupině, emoční podpora, pomáhání jiným, sebeexplorace a sebeprojevení, odreagování, zpětná vazba, zkoušení a nácvik nového jednání, získávání nových informací a sociálních dovedností)

Sportovní a rekreační ježdění pro handicapované a zdravotně oslabené

Tato metoda je založena na aktivním ovládnutí koně pacientem. Ten se učí jezdit na koni s použitím speciálních pomůcek nebo změněné techniky jízdy a eventuálně se zúčastňuje sportovních soutěží. Ve většině případů pacient začíná s hipoterapií a sportovní ježdění na ni navazuje, tato sportovní aktivita je vhodná forma pro udržování a zvyšování fyzické kondice a umožňuje handicapovaným vyrovnat se se svým postižením a prostřednictvím sportu se zařadit mezi zdravé vrstevníky.⁸³

Člověk je bytost se svými tělesnými, duševními i duchovními potřebami. Kůň svým působením ovlivňuje všechny tyto úrovně. Na fyzické úrovni se uvádí trojdimenzionální pohyb, a to v každém okamžiku všemi směry. Tedy při pohybu koňského hřbetu nahoru se současně mírně pohybuje do stran i dopředu

⁸² Srov. VELEMÍNSKÝ, M. a kol., *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*, České Budějovice: DONA, 2007, s. 224-226.

⁸³ Srov. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., *Terapie ve speciálně pedagogické péči*, Brno: Paido, 2001, s. 134.

a dozadu. Vytváří tak jistou nestabilitu jezdce, což je moment, který je při terapii využíván. Pokud se jezdec dokáže s koněm natolik spojit, aby převzal tento pohybový impuls a nechal jej projít svým tělem, má terapie účinek. Tehdy se řídící centra učí vyrovnávat s touto nestabilitou a přiměřeně na ni reagovat tak, aby byl zachován stabilní sed, nebo jiná poloha. Kůň zprostředkovává obrovské množství impulsů, které organismus dostává k dispozici z periferních receptorů a které musí efektivně zpracovávat.

Veškerý pohyb je řízen centrálně a za pomoci zpětné vazby z periferie je neustále doladován a ekonomizován. Do systému vstupují informace z exteroceptorů a z limbického systému – emoční mozek. Právě vliv emocí je u hipoterapie nepopíratelný. Tím, že kůň navozuje příjemné pocity, usnadňuje učení nebo pohyb. Díky koni se cvičení stává snadnějším a naučené se lépe uchová v paměti. Předvídatelnost pohybu koně je v procesu učení jedním z velmi důležitých hledisek. Organismus tak předpokládá pohyby dopředu a předem nastavuje své parametry tak, aby jej zvládl. Tím se jako výsledek terapie zlepšují rytmické děje v organismu i pohotovost k pohybu, např. pádové reflexy při chůzi.⁸⁴

4.3.2 Hipoterapie s osobami s mentálním postižením

U mentálně postižených osob je často zjišťováno omezení nebo absence jakýchkoli citových vazeb, což je způsobeno řadou deprivačních činitelů, např. ztráta či omezení styku s rodinou a společností daná např. dlouhodobým pobytem v ústavech. Léčebné působení jízdy na koni může být účinným prostředkem ke zlepšení stavu a ke kompenzaci eventuálních psychopatických rysů. U handicapovaných dětí s ukončeným motorickým vývojem se využívá jízdy na koni jako emotivní a stimulační prvek pomáhající udržet to, čeho bylo léčbou a výukou dosaženo. U dospívající mládeže může práce u koní, ve stáji, péče

⁸⁴ Srov. VELEMÍNSKÝ, M. a kol., *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*, České Budějovice: DONA, 2007, s. 239-240.

o živého tvora pomoci smysluplně vyplnit volný čas. Péče o koně a zodpovědnost za jinou bytost poskytují dětem pocit sebedůvěry, upevňují pocit kontaktu s okolím, zvyšují sebehodnocení, podporují nacházení vlastní identity, tlumí agresivitu, rozvíjí spolupráci a vychovává k odpovědnosti.⁸⁵

4.4 Kazuistika

Marta je klientka s hlubokou mentální retardací. Do svých čtyř let se vyvíjela zcela normálně, poté se její vývoj zastavil a začal vracet zpět. Schopnost sebeobsluhy je na velmi nízké úrovni. Dokáže se sama najíst běžné stravy, kterou musí mít připravenou nakrájenou na talíři. Neumí používat příbor a kousky jídla se jí musí dávat po jednom, jinak hrozí, že si vše nacpe do úst. Je schopná sama vypít nápoj z hrnečku. Marta je mobilní a inkontinentní. Má ráda oční kontakt, kterým komunikuje. Při emotivním zážitku vykřikuje svoje jméno, jinak nevydává žádné smysluplné zvuky.

Marta má velmi ráda jízdu na koni, které se účastní minimálně jednou týdně po dobu 20 minut. Při pobytu s koněm je velmi uvolněná, bez známky napětí nebo křeče. Zlepšuje se její rovnováha, pohybová symetrie a koordinace pohybů. Uvědomuje si sama sebe, své tělo a propojení se zvířetem. Martě velmi pomáhá kontakt se zvířaty. Žije v blízkosti farmy, kde má k dispozici osla, kterého hladí a opírá se o něj. Když se necítí ve své kůži, nebo je podrážděná či ve stresu, pomáhá ji, když se dotýká zvířecí srsti. Při usínání má také ráda přítomnost psa, kdy cítí jeho teplou měkkou srst, ke které se ráda tulí. Kontakt se zvířaty má velmi dobrý vliv na Martinu emotivitu, cítí bezvýhradnou blízkost, teplo, přijetí a náklonnost.

⁸⁵ Srov. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., *Terapie ve speciálně pedagogické péči*, Brno: Paido, 2001, s. 145.

Závěr

Hlavním cílem mé práce bylo přiblížení mentální retardace a alternativních metod práce s osobami s tímto handicapem. Mým záměrem bylo, aby se čtenáři zamysleli nad svým stanoviskem, postojem a možnými předsudky. Přes veškerý vývoj, který směřuje stále dopředu je v přístupu mnoha lidí znát jistý odstup. Ráda bych, aby toto téma přestalo být v co největší míře tabuizované a stále rostla integrace těchto osob do běžné společnosti, prostoupena respektem a úctou k jejich důstojnosti. Ráda bych, aby se alternativní metody dostaly do povědomí v ústavech sociální péče, ve stacionářích a v neposlední řadě v rodinách osob s mentálním postižením, protože to jsou metody přirozené lidskému životu. Zdravý člověk si v běžném životě zpívá, chodí na koncerty, tančí, maluje, plave, mazlí se se psem, chodí do divadla, na výstavy. Právo na tyto aktivity mají i lidé s těžším mentálním postižením. My jim je skrz tyto metody můžeme nabídnout a těšit se z jiskřiček v očích, spokojeného výrazu a možnosti nabídnout pocit blízkosti a přijetí.

Ve své práci jsem se věnovala hlavním znakům a rozdělení mentální retardace, jejím příčinám a diagnostice. Detailněji jsem popsala klasifikaci a zvláštnosti jedince s mentální retardací v oblasti vnímání, myšlení, vůle, paměti a emocí, a odchylky ve vývoji u osob s mentálním postižením. Věnovala jsem se systému bazální stimulace, jednotlivým oblastem podpory, popsala jsem somatické, vibrační, vestibulární, čichové, chuťové, sluchové, zrakové a komunikativní podněty, cíle bazální stimulace, teoretické základy, význam doteků v životě člověka. Práce obsahuje popis muzikoterapeutické a zooterapeutické metody, jejich formy, rozdělení, cíle a danou metodu při práci s osobami s mentálním postižením a kazuistiku z praxe.

Tato práce může pomoci těm, jejichž cílovou skupinou jsou lidé s mentálním postižením a kteří mají zájem do všední práce zavést trochu inovace, zpestření a jiného pohledu. Je určena pro ty, kteří preferují využívání alternativnějších metod. Jak jsem se zmínila v úvodu, ve své práci jsem se zaměřila na tři terapie, se kterými jsem se ve své praxi setkávala nejčastěji. Práce

je spíše koncipována jako vhled do těchto terapií, jelikož na podrobnější a detailnější popis, vzhledem k obsáhlosti tématu, bohužel nezbyl prostor. Čtenářům, kteří mají o toto téma hlubší zájem, doporučuji důkladněji prozkoumat použitou literaturu a využít kurzy, které se nabízejí zejména ve větších městech.

V začátcích mého studia sociální práce jsem zprvu vůbec nevěděla, která cílová skupina bude ta moje, jen jsem měla některé, které jsem vyloučila. Skupina osob s mentálním postižením patřila mezi ty vyloučené. Můj pohled změnila praxe, kde jsem se blíže setkala s alternativní a augmentativní komunikací, muzikoterapií a hydroterapií. Následně jsem absolvovala dlouhodobou praxi s mentálně postiženými v Holandsku. Tam jsem se pro alternativní terapie nadchla úplně, protože tam je používají denně, v běžném provozu jak denního stacionáře, tak domečků, ve kterých klienti bydlí. Ráda bych, aby se tyto terapie také u nás staly běžnými metodami a ne čímsi svátečním. Uvědomuji si, že tato práce žádnou radikální změnu neudělá, ale doufám, že bude třeba prvním krůčkem ke změně myšlení či přístupu, impulsem, který jsem kdysi dostala i já.

Seznam literatury

BARTOŇOVÁ, Miroslava, BAZALOVÁ, Barbora. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Psychopedie*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Stimulace vnímání v ošetrovatelské péči*. Skriptum pro kurz stimulace vnímání. 30 s.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Stimulace vnímání v ošetrovatelské péči*. Skriptum pro nástavbový kurz stimulace vnímání. 30 s.

MÜLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

PIPEKOVÁ, Jarmila, VÍTKOVÁ, Marie. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. vyd. Brno: Paido, 2001. 165 s. ISBN 80-7315-010-7.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

VELEMÍNSKÝ, Miloš a kol. autorů. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. 1. vyd. České Budějovice: DONA, 2007. 333 s. ISBN 978-80-7322-109-6.

VÍTKOVÁ, Marie a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. 181 s. ISBN 80-85931-51-6.

ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 239 s. ISBN 978-80-7367-237-9.

Seznam internetových adres

http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace#Kategorie_ment.C3.A1ln.C3.AD_retardace. (4. 2. 2009).

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Znázornění celistvosti ve vývoji člověka

Obrázek č. 2 – P3 schéma podle Fröliche

Obrázek č. 3 – Tabulka bazální stimulace

Obrázek č. 4 – Osvědčené možnosti poloh při canisterapii