

Název projektu	Podpora blended learning a sjednocení eLearningových opor v IS SU

Terapie ve speciální pedagogice

Distanční studijní text

Kateřina Janků

Opava 2022



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

- Obor:** Speciální pedagogika, výchova a vzdělávání.
- Klíčová slova:** Terapie, terapeutická metoda, podpůrný koncept, rehabilitační a pohybově zaměřená metoda, expresivní terapie, žák základní školy speciální, těžké mentální postižení, vícenásobné postižení.
- Anotace:** Studijní text Terapie ve speciální pedagogice souvisí se stejnojmenným předmětem určeným studentům navazujícího magisterského programu Speciální pedagogika. Jeho náplní je teoretická charakteristika vybraných terapií a terapeutických metod využitelných v praxi základní školy speciální a praktické dovednosti vyplývající z již nabytých znalostí a souvislostí s pedagogickou intervencí a diagnostikou.

Autor: **Mgr. Kateřina Janků, Ph.D.**

Obsah

ÚVODEM.....	5
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNIÍ OPORY.....	6
1 TERAPIE VE SPECIÁLNÍ PEDAGOGICE.....	7
1.1 Definice a vymezení terapií a terapeutických metod	8
1.2 Cíle terapií a terapeutický proces	11
2 SPECIFIKA VYUŽITÍ TERAPIÍ V ZÁKLADNÍ ŠKOLE SPECIÁLNÍ.....	19
2.1 Vzdělávání v základní škole speciální	22
2.2 Začlenění terapií a terapeutických metod do ZŠS.....	26
3 VYUŽÍVÁNÍ EXPRESIVNÍCH A ČINNOSTNÍCH TERAPIÍ V ZÁKLADNÍ ŠKOLE SPECIÁLNÍ	33
3.1 Arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie a žáci ZŠS	34
3.1.1 Arteterapie a využití arteterapeutických prvků v ZŠS	34
3.1.2 Muzikoterapie a využití muzikoterapeutických prvků v ZŠS.....	38
3.1.3 Dramaterapie v ZŠS	42
3.2 Ergoterapie, pracovní a činnostní terapie a jejich využití v ZŠS	44
4 VYUŽÍVÁNÍ REHABILITAČNÍCH A POHYBOVĚ ORIENTO VANÝCH KONCEPTŮ V ZŠS	51
4.1 Psychomotorika	54
4.2 Orofaciální regulační terapie	55
4.3 Vojtova metoda	56
4.4 Metoda Veroniky Sherborne	59
4.5 Bobathův koncept.....	60
4.6 Petöho metoda	62
5 TERAPIE ZAMĚŘENÉ NA ROZVOJ SMYSLŮ A SMYSLOVÉ PERCEPCE.....	67
5.1 Koncept prenatálních místností	69
5.2 Aromaterapie	70
5.3 Bazální stimulace	74
5.4 Snoezelen – MSE	79
SHRNUTÍ STUDIJNIÍ OPORY	85
LITERATURA	86
PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON.....	89

ÚVODEM

Studijní text *Terapie ve speciální pedagogice* je připraven pro studenty, kteří se více svou specializací směřují ke vzdělávání žáků v základní škole speciální, tedy žáků s těžkým mentálním a vícenásobným postižením, včetně poruch autistického spektra. Terapie a využívání terapeutických prvků, metod a technik, které považujeme za podpůrné, volnočasové a rehabilitační, je již v současné době naprosto přijato do systému vzdělávání těchto žáků. Jejich cílem je nejen motivace a aktivní zapojení žáků, ale mimo jiné rozvoj osobnosti, ukotvení volných a emočních projevů, směřování k určitým vzorcům chování a eliminace různých rizik týkajících se jak samotného učení, tak výchovné složky vzdělávacího procesu.

Studijní opora je distančním textem k předmětu Terapie ve speciální pedagogice, který je připraven k realizaci v rámci navazujícího magisterského programu Speciální pedagogika se specializací ke vzdělávání žáků v základní škole speciální (dále jen ZŠS).

Hlavním úkolem tohoto předmětu je

- předat odborné znalosti o konkrétních inovativních terapeutických metodách podporujících edukaci žáků a charakterizovat možnosti jejich využití v rámci základní školy speciální;
- charakterizovat aktuální kurikulární dokument, a to RVP ZŠS a jeho možnosti včlenění právě terapií a terapeutických metod a konceptů;
- naučit studenta dovednostem, které souvisí s uplatňováním terapií a terapeutických konceptů ve výuce;
- a samostatně aplikovat speciálně pedagogické intervenční a diagnostické postupy zaměřené na žáky ZŠS.

Studijní text je zcela svázán s výukou předmětu stejného názvu, navazuje na jeho cíl a anotaci, na obsah látky a ucelenou strukturu. Každá jeho kapitola obsahuje kromě korepondenčních úkolů (celkem 8) také test, ve kterém si student může své znalosti prozkoušet (včetně uvedených odpovědí), studijní literaturu, rozvíjející témata a další souvislosti.

Studijní text je uveden jako základní učební materiál k tomuto předmětu a se studenty je pro účely efektivní komunikace zřízena virtuální učebna v systému IS, ve které jsou uvedeny kontakty, podmínky, a možnosti komunikace s vyučujícím.

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNI OPORY

Předmět, který s touto studijní oporou souvisí je zaměřen na teoretické i praktické seznámení studenta s problematikou využívání terapií a terapeutických metod a konceptů v základní škole speciální při edukaci žáků s těžkým a kombinovaným postižením. Pět samostatných kapitol obsahují vybraná témata s tímto úzce spjatá:

- Definování a cíle terapií a terapeutických metod ve speciální pedagogice a jejich úkol v edukaci cílové skupiny žáků.
- Specifika využívání terapií a terapeutických metod v základní škole speciální, včetně objasnění RVP ZŠS, typu školy a jejího zaměření, odlišností spojených se samotným procesem učení žáků cílové skupiny.
- Orientace ve vybraných terapiích expresivních (arteterapie, muzikoterapie, drama-terapie) a v pracovních a činnostních terapeutických metodách.
- Orientace ve vybraných rehabilitačních a pohybově zaměřených aktivitách a terapiích, které je možné v rámci této edukace také využít.
- Orientace v terapiích zaměřených na rozvoj smyslové percepce a další složky osobnosti.

Studium tohoto předmětu přináší následující kompetence:

Odborné znalosti:

- Definuje a vymezi terapie, terapeutické metody, cílovou skupinu žáků ZŠS, kurikulární dokument RVP ZŠS se zaměřením na začlenění terapií a terapeutických metod.
- Orientuje se v různých skupinách terapií a metod – expresivní, činnostní, rehabilitačně zaměřené, pohybově zaměřené, multimyslové a percepčně zaměřené.

Odborné dovednosti:

- Student umí využít znalostí získaných studiem terapií a terapeutických metod v rámci plánování pedagogické intervence, ale rovněž v rámci diagnostických procesů, které v ZŠS probíhají.
- Student umí připravit konkrétní práci pro žáky cílové skupiny s terapeutickým obsahem (částečného využití terapeutických prvků) ve vyučování.
- Student zná souvislosti, které vedou k výběru terapeutických aktivit v procesu vzdělávání.

Obecné způsobilosti:

- Student se umí zapojit nejen teoreticky, ale prakticky do práce s terapiemi na úrovni vzdělávání v ZŠS.
- Student umí aplikovat nabyté informace a na jejich podkladě rozhodnout a řídit vzdělávací proces v ZŠS jako speciální pedagog.
-

1 TERAPIE VE SPECIÁLNÍ PEDAGOGICE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



První kapitola s názvem Terapie ve speciální pedagogice se týká vymezení definic, souvislostí, cílů a záměrů využívání terapií v rámci této naší disciplíny, ale zaměřuje se také na konkrétní fáze terapeutického procesu, jeho dílčí komponenty, hodnotící a evaluační část a celkově na teorii procesu terapií. I přestože studenti byli již s teorií terapií seznámeni v rámci bakalářského studia, je tento předmět zaměřen specificky na skupinu žáků základní školy speciální a terapie, které se zde prvořadě využívají. V této první kapitole připomínáme teoretické souvislosti vedení úspěšného a systematického terapeutického procesu pro osoby se zdravotním postižením a zejména žáky s kombinovaným a těžkým postižením v ZŠS a vymezení terapií ve speciální pedagogice obecně.

CÍLE KAPITOLY



Cílem této kapitoly je:

- Vymezit terapie ve speciální pedagogice a připomenou podstatu a záměr využívání speciálněpedagogických terapií a terapeutických postupů;
- Vytýčit cíl terapeutického procesu ve speciální pedagogice za pomoci různých klasifikací;
- Popsat rizika a faktory, které souvisí s definováním cíle speciálněpedagogických terapií;
- Charakterizovat fáze terapeutického procesu obecně i konkrétně;
- Definovat podmínky a zásady práce efektivní terapie pro osoby se speciální potřebou.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Terapie, terapeutická metoda, psychoterapie, fyzioterapie, cíl terapie ve speciální pedagogice, fáze terapeutického procesu, rizika a okolnosti terapeutického procesu, zásady terapeutického procesu.

1.1 Definice a vymezení terapií a terapeutických metod

Terapie a terapeutické metody, které mají využití ve speciálněpedagogické praxi považujeme za **systematické, cílevědomé a formativní postupy**. Jejich cílem je **zvládnání poruch a jejich následků, zmírnění dopadů zdravotních postižení, zlepšení kvalit života a rozvoj osobnosti ve smyslu seberealizace**.

Kořeny terapeutických činností a jejich využívání, zvláště v péči o lidi se zdravotním postižením, jsou známé již od nepaměti. Příkladem může být využití hudby pro zklidnění a relaxaci, rituály, stimulace a podněcování k činnosti, kreativní tvorba a výtvarné umění, kterému se věnovali velmi často i lidé s postižením, tanec, poezie, rukodělné činnosti ad. Vše, co dnes nese název umění a vše, co nese souvislosti volnočasových aktivit a seberealizace, ale také vše, co může objektivně léčit a je zahrnuto mezi léčebnými procesy může mít přívlastek *terapeutický*.



DEFINICE

Termín *terapie* můžeme obecně přeložit jako *ošetřování* nebo *léčení* (z řec. *therapeia*).

Podle Müllera (2014) etymologie termínu terapie, který má řecko – latinský původ, znamená nejen léčení a ošetřování, ale také starání se, pomáhání a cvičení. (Müller, 2014))

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

Speciální pedagogika využívá různých terapeutických přístupů a terapií v rámci edukace a zkvalitňování života osobám se speciálními potřebami. Ve světle změn paradigmatu české speciální pedagogiky směrem k sociálnímu modelu a obecně k většímu důrazu na začleňování lidí s postižením do společnosti, je nutné obohacovat teorii i metodologii této disciplíny o nové poznatky, přístupy a metody. Vycházíme-li z obecného dělení terapií na chirurgické, farmakoterapie, psychoterapie a fyzioterapie (podle využívání konkrétních prostředků), pak **nejbližší speciální pedagogice je právě psychoterapie a fyzioterapie**. Důvodem tohoto bližšího vztahu je charakter využívání podobných zdrojů, ale také zaměření a cíle těchto bazálních terapií.

Blízkost psychoterapie speciální pedagogice můžeme vystihnout tím, že v jejím průběhu dochází ke změnám v prožívání a chování člověka. Kratochvíl (2006), upozorňuje na procesy jako je „... vytváření kladného očekávání, získávání naděje a odvahy, terapeutický vztah s terapeutem nebo koheze a dynamika skupiny, sebeexplorace, sebeprojektivování,

kataraktické odreaování, konfrontace s problémy, získávání nadhledu (porozumění souvislostem a neuvědomělým motivům), zpětná vazba, korekční emocionální zkušenost, vyzkoušení a nácvik nového chování, desenzibilizace a posilování, získávání nových informací a učení chybějícím sociálním návykům a dovednostem.“

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

Dnes mimo jiné využíváme často také relaxace, zklidnění, podpůrné koncentrační techniky a další, jako je práce na nesprávně ukotvených stereotypech chování, získávání sociálních dovedností, aktivní práce na odolnosti organismu, rozvoj jednotlivých složek osobnosti, posilování sociálních vztahů a komunikace, interakce ve společnosti, zde všude mají techniky psychoterapie nesporně velký význam.

Blížkost fyzioterapie je ve speciální pedagogice zřejmá zvláště u dětí s tělesným postižením, s kombinovaným mentálně a tělesným postižením a těžkými vadami celkově. Časově je fyzioterapie nejvíce potřeba právě v raných obdobích, v raném, předškolním a školním věku dětí. Ovšem, i v rámci stárnutí jsou fyzioterapeutické procesy velmi důležité.

Speciální pedagog, pokud není současně fyzioterapeutem, může využít některých prvků fyzioterapie, a jejich metod, pod supervizí fyzioterapeuta. V původní fyzioterapii (podle Edelsbergerova Slovníku speciální pedagogiky, 2000) rozeznáváme tyto podobory:

- **mechanoterapie**, do které patří masáže, polohování, pasivní cvičení, manipulace, apod.
- **elektroterapie**, kam můžeme zařadit galvanizaci, elektrostimulaci, elektroforézu, interferenční proudy, atd.
- **diatermie**, což je léčba teplem vznikajícím v těle průchodem vysokofrekvenčních elektrických proudů
- **termoterapie**, která aplikuje teplo a chlad, vzdušné a vodní lázně, koupele s přísadami, saunu, atp.
- **ultrazvuk**, který působí zvuky o velmi vysoké frekvenci
- **fototerapie**, kam zařazujeme účinky různých frekvencí světelného záření – infračervené a ultrafialové světlo
- **fyzioterapie s léčebnou rehabilitací**, která je samostatným specializačním oborem.

K ZAPAMATOVÁNÍ



Právě v rámci podpory a rozvoje dětí a žáků s kombinovaným a tělesným postižením může fyzioterapie pomoci rozvinout tělesná schémata, vzorce a stereotypy, co nejvíce se přiblížit pohybové normě a různými fyzikálně stimulačními prostředky

(polohováním, masáží, hlazením, tlaky a tahy, držením, cvičením atd.) rozvíjet tělesnost, motoriku a pohyblivost člověka .

S fyzioterapií velmi úzce souvisí terapeutické činnosti, které jsou již běžnou součástí edukačních programů: *hipoterapie, hiporehabilitace, ergoterapie, volnočasové sportovní aktivity a aplikovaný sport hendikepovaných, sebeobslužné činnosti, cvičení ad.*



K ZAPAMATOVÁNÍ

Pokud se tedy vrátíme ke speciálněpedagogickým terapiím, dovolujeme si je vymežit jako:

- **Primárně léčebné**, jež navazují na samotnou léčbu, rozvíjejí uzdravující proces ať už na úrovni fyzické nebo psychické.
 - **Sekundárně symptomaticky zaměřené**, ovlivňující důsledky poruch, postižení, pomáhající při odstraňování psychosociálních důsledků postižení, rozvíjejí osobnost a zvyšují kvalitu života člověka a jeho seberealizaci.
-

Specifikem speciálněpedagogických terapií je právě účinek, smysl a cíl jejich použití. Proto se mezi tyto terapie neřadí pouze již všeobecně známé velké terapie, které mají jasnou teoretickou – didaktickou strukturu (např. muzikoterapie nebo arteterapie), ale rovněž (často běžné) **činnosti a aktivity, které za určitých podmínek, ovlivňují chování a prožívání jedinců a rozvíjejí jejich osobnost.**

Spojujícím článkem mezi terapiemi a speciální pedagogikou jsou speciálněpedagogické metody, zvláště – reedukace, kompenzace a rehabilitace. V rámci reedukačně – kompenzačních principů jde většinou o monosenzorické metody, které buďto rozvíjí postiženou oblast nebo ji nahrazují jiným prostředkem, orgánem či funkcí. Naopak rehabilitace je ve všech ohledech metodou kvantitativní a multisenzorickou, protože se zabývá větším množstvím složek a oblastí, které cvičí, upravuje a podněcuje takovým způsobem, aby se člověk se speciálními potřebami rozvíjel po všech stránkách v maximální možné míře.

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

- **monosenzorické reedukačně-kompenzační terapie,**
- **multisenzorické rehabilitační terapie. (srov. Janků, 2013)**

1.2 Cíle terapií a terapeutický proces

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

Terapie ve speciální pedagogice mohou být cíleny:

- léčivě (terapeuticky v lékařském významu)
- podpůrně (podpora léčby nebo podpora rozvoje osobnosti)
- kompenzačně
- rehabilitačně,
- preventivně.

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

K ZAPAMATOVÁNÍ



Podmínky zaměření terapeutické činnosti ve speciální pedagogice neboli také **faktory efektivního terapeutického procesu ve speciální pedagogice** musí zohledňovat následující:

- **zaměření na speciální potřeby a potřeby lidí s postižením celkově**, tj. potřeby vyplývající z konkrétního postižení a jeho důsledků, ale také potřeby odstranění vnitřních i vnějších frustračních, konfliktních, stresujících faktorů, uvolnění, posilování dynamiky osobnosti či dynamiky skupiny, vytváření schopností smysluplné komunikace, navazování zdravých vztahů, správného vzhledu do sociálních situací, podporu pozitivního sebehodnocení, aspirace, zvládání emocí ad.;
- **profesní dovednosti, dostatečná kompetence a schopnosti speciálního pedagoga**, tj. zvládnutí role terapeuta;
- **možnosti instituce, ve které terapeutické činnosti probíhají, okolnosti realizace a plánování konkrétní terapie.**

S procesem plánování cílů a realizace samotné terapeutické aktivity souvisí zamyšlení nad riziky úspěšnosti dané terapie:

- **rizika související s člověkem, pro kterého je aktivita určena, jeho osobností a individualitou** (Byla provedena správná a aktuální diagnostika? Mohou se objevit náhlé poruchy, záchvaty, onemocnění? Uvědomuji si, že prožívání člověka je individuální? Nestane se, že osoba s postižením nebude chtít spolupracovat? Zvládnou jeho/její emoce, subjektivní prožitky, asociace, vzpomínky?);
- **rizika související s individualitou osobnosti terapeuta** (aplikace terapie závisí na kompetencích, znalostech, dovednostech, schopnostech, zájmu a osobnosti terapeuta);
- **rizika podmínek prostředí** (nezanedbatelná je materiální základna, která musí být předem připravena a modifikována na objekt a situaci terapie; musí být zváženy postupy a techniky právě v kontextu s vybraným a vyhovujícím prostředím a zamýšleným cílem).

Cíle mohou být jednoduše klasifikovány (Langmeier et al, 2000) dle výsledného efektu na:

- **symptomaticky zaměřené cíle** (prosté odstranění nebo snížení poruchových způsobů prožívání, chování nebo fyziologického fungování jedince);
- **restrukturačně zaměřené cíle** (zásadnější změna osobnosti klienta, která změní abnormální projevy k normálním).

Krátkodobé i dlouhodobé terapeutické aktivity můžeme považovat za cíleně harmonizační a rozvíjející komplexně celou osobnost. Avšak, pokud bychom chtěli cíle rozlišit podle podstaty zaměření, jde o:

- Podporu zrání a vývoje osobnosti
- Změny nesprávných postojů a hodnot
- Změny maladaptivních a nefunkčních vzorů chování
- Rozvoj interpersonálních vztahů a komunikace
- Odstraňování psychosociálních efektů a důsledků postižení.

Ucelený terapeutický proces má i ve speciální pedagogice svá pravidla, výchozí konstanty, organizaci a strukturu. Každý odborník, který se chce zabývat terapeutickými přístupy, by neměl fáze a samotné rozpracování terapie předem podceňovat ani vynechat

Vlastní terapeutický proces může mít různou dobu trvání. Podle časových možností a rozsahu dané terapie mluvíme o **krátkodobých nebo o dlouhodobých terapeutických procesech**.

Mezi krátkodobou terapií patří dílčí terapeutická sezení nebo činnosti, které mají v podstatě tři nejdůležitější fáze a to:

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

Krátkodobá terapie bývá nejčastěji individuální, její využití je aktuální, realizace je připůsobená klientovi a je na něj plně orientovaná. Krátkodobá terapie má jasné a splnitelné cíle, popř. úkoly.

Dlouhodobá terapie je dle Müllera (2014) nazývána **celá terapie**. Jejím základním rozdílem je délka trvání, která si vyžaduje ucelenou přípravu a plánování, má zjevně komplexnější cíle složené z dílčích úkolů a musí se v rámci její přípravy vyhodnotit různé okolnosti, které nesouvisí pouze s klientem, ale rovněž s pravidly, mantinely, organizací, strukturou a úspěšným zvládnutím.

Posloupné kroky terapeutické činnosti definovali lépe psychologové. Např. v rámci dětské psychoterapie se doporučuje zachovat tuto krokovou posloupnost:

- navození dobrého terapeutického vztahu tím, že terapeut ukáže klientovi své porozumění a účast;
- zásahy poskytující klientovi bezprostřední ulehčení v těžkostech, které prožívá;
- vlastní psychoterapeutická práce s konkrétním cílem;
- integrace dosažených terapeutických změn u klienta do jeho běžného života opětovným zatěžováním „ozdravených“ funkcí a struktur osobnosti a organismu postupným zvyšováním nároků na jejich uplatnění v běžných situacích;
- odpoutání klienta od terapeuta a jeho pomoci, jeho osamostatnění k dalšímu životu již jen v běžných podmínkách jeho prostředí, i když terapeut zpravidla „zůstává po ruce“ pro případ potřeby. (Langmeier et al, 2010)

K ZAPAMATOVÁNÍ



Zjevné jsou při této posloupnosti uvědomělé prvky, které by si každý terapeut/speciální pedagog měl stále připomínat:

- *Na koho působí – individualita osobnosti*
- *Čím působí – jaké prostředky využívá*
- *Jaký má cíl – na co působí a co rozvíjí*
- *Čeho chce dosáhnout – systematický plán a postup aktivity*
- *Jak by se měl celý proces projevovat – aktivní nebo pasivní chování, zpětná vazba, průběžné jevy*
- *Kdo je v roli terapeuta – jaký člověk aktivitu vede.*

Fáze terapeutického procesu by se daly jednoduše vyjádřit takto:

0. fáze:

Výběr terapie, výběr klienta/klientů, organizace a naplánování strategie terapie, promyšlení dalších různých možností práce, stanovení cíle terapie.

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

1. fáze:

Seznámení, předání instrukcí, motivace, organizace pravidel, seznámení klienta s výstupem a cílem terapie, možnostmi prostorovými a časovými.

V této fázi jde již o to, že se váš klient, popř. skupina, seznámí s konkrétním průběhem práce, vysvětlíte klientovi jasným způsobem (srozumitelně, přizpůsobeně komunikaci a mentálnímu věku), jak budete pracovat, co je vaším i jeho cílem, co budete potřebovat, jaký by měl být závěr a výstup atd. Tato fáze je důležitou právě pro klienta, vy byste měli napnout všechny síly k tomu, aby byly předány všechny informace, a aby byl klient správně motivován k tomu, co bude nadcházet.

2. fáze:

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

Klient i terapeut již v této fázi spolupracují a společně prochází konkrétními činnostmi. Klient by neměl mít již žádné pochybnosti ohledně organizace, měl by vědět kdy, a co se bude dít. Terapeut musí ovšem s klientem stále komunikovat a ptát se na to, zda rozumí, zda mu není něco nejasného. Zvláště u dlouhodobých terapií by měl terapeut vždy umět

vyhodnotit situaci, ve které terapie probíhá, popřípadě se vyhnout situacím, které pro terapii nejsou vhodné (např. emocionální rozpoložení klienta, nemoc, aktuální problémy). V hlavní fázi jde o aplikaci konkrétních terapeutických metod a technik, mimo jiné za pomoci psychologických prostředků.

3. fáze:

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

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

Rozhodně by si terapeut měl o celém průběhu terapeutického procesu **vést záznamy**. Je nutné data uchovat nejen z důvodu celkového posouzení procesu, ale také z důvodů, které mohou terapii narušit – např. nemoc klienta, nemoc terapeuta, vážné důvody pro přerušování terapie na obou stranách, pokračování v budoucnosti atd.

Podmínky a zásady terapeutické práce pro speciálního pedagoga

- Správně provedená, konzultovaná, aktuální a komplexní speciálně pedagogická diagnostika
- Respekt k individualitě člověka s postižením, přizpůsobení, empatie a adekvátní očekávání
- Správně zvolené metody, intervence, strategie a techniky terapeutických činností adekvátně nastavené možnostem člověka s postižením.
- Promyšlená a naplánovaná terapie s dostatečným předstihem předjímá komplikace a rizika různých situací.
- Pravidla a mantinely jsou jasné všem účastníkům, jejich nastavení je srozumitelné.
- Evaluace a hodnocení terapeutické činnosti doprovází záznamy činností.
- V terapeutické práci je nutné dodržovat etický kodex a pravidla platných dokumentů.



KORESPONDENČNÍ ÚKOL 1

Prostudujte z knihy Müller, O. Terapie ve speciální pedagogice odlišnosti terapeutického postupu a přístupu u dětí a dospělých. Pokuste se vymezit rozdíly do krátké eseje – max. 2 NS textu. Esej odevzdejte do odevzdávnary související s daným předmětem a v souladu s pokyny vyučujícího.



KORESPONDENČNÍ ÚKOL 2

Pokuste se najít informace o záznamu terapeutické činnosti. Jakým způsobem vést záznamy o terapeutické činnosti? Co by mělo být součástí záznamů o terapeutické činnosti? Nalezené informace sepište formou krátké seminární práce – max. 2NS a vložte do odevzdávnary související s daným předmětem a v souladu s pokyny vyučujícího.



KONTROLNÍ OTÁZKY KE KAPITOLE 1

1. Terapie ve speciální pedagogice vycházejí zejména z/ze:
 - a. Psychoterapie a fyziologie
 - b. Psychoterapie a fyzioterapie
 - c. Fyzioterapie a psychiatrie
 - d. Fyzioterapie a fyziologie
2. Dlouhodobou terapii nazýváme také:
 - a. Komplexní
 - b. Celou
 - c. Primární
 - d. Velkou
3. Dlouhodobá terapie má mít tyto fáze:
 - a. 1.,2.,3.,
 - b. 1.,2.,3.,4.,5.,

- c. 0.,1.,2.,3.,
 - d. 0.,1.,2.,3.,4.,
4. Seznámení s klientem probíhá v/ve:
- a. První fázi
 - b. Nulté fázi
 - c. Třetí fázi
 - d. Čtvrté fázi
5. Restrukturační cíle jsou zaměřené na:
- a. Zásadní změny a rozvoj osobnosti
 - b. Snížení důsledků postižení
 - c. Jemnější změny související s prožíváním člověka
 - d. Snížení aktuálních abnormálních projevů
-

SHRNUTÍ KAPITOLY



První kapitola studijního textu se týká repetitoria tématu Terapie ve speciální pedagogice, které bylo již představeno studentům bakalářského stupně oboru Speciální pedagogika. Jistotu teoretických znalostí jsme zkrátili do informací o definování a vymezení terapií, jejich správnému pochopení, dělení podle podstaty terapeutických procesů a pro náš obor důležitých souvislostí. Připomenuli jsme výchozí souvislosti zařazení terapií do speciální pedagogiky. V poslední části této kapitoly se dotýkáme terapeutického procesu, jeho fází a naplnění, rizik a okolností, které mohou úspěšnou terapii pro osoby se speciálními potřebami narušit nebo dokonce zhatit.

ODPOVĚDI NA KONTROLNÍ OTÁZKY



1. b; 2. b; 3. c; 4. a; 5. a.
-



DALŠÍ ZDROJE

- HREBEŇÁROVÁ, L. Edukácia osob s viacnásobným postihnutím. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej Univerzity, 2016. ISBN 978-80-555-1649-3.
 - JANKŮ, K. Terapie ve speciální pedagogice. Základy a obecná vymezení. Ostrava: Pdf, 2013. ISBN 978-80-7464-280-7.
 - KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-7178-657-8.
 - LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 3.vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-710-7.
 - MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2.vyd. Olomouc: UP, 2014. ISBN 80-244-1075-3.
 - PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
 - VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
-

2 SPECIFIKA VYUŽITÍ TERAPIÍ V ZÁKLADNÍ ŠKOLE SPECIÁLNÍ

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Druhá kapitola studijního textu představuje téma terapií a terapeutických metod a jejich využití v základní škole speciální, tedy žáky s diagnostikovaným vícečetným, těžkým kombinovaným postižením, žáky s autismem nebo dalšími poruchami ve spojení s mentálním postižením. Ve svých dílčích částech v této kapitole vymezujeme skupinu vybraných žáků a snažíme se studentovi přiblížit speciální potřeby těchto žáků, na jejichž základu je postavena veškerá edukace a také začlenění terapií, terapeutických metod i prvků aktivizace a relaxace. Dále alespoň stručně nabízíme informace o základní škole speciální (dále jen ZŠS) jako takové, kurikulárním dokumentu RVP ZŠS a možnostech a souvislostech, které z něj vychází. V poslední části textu pak přecházíme k charakteristice a zařazování terapií a dalších technik do kontextu edukace v ZŠS. Dělíme je podle svých aktivit a podstaty a naznačujeme jejich možná využití v konkrétních technikách, metodách, aktivitách a činnostech.

ČÍLE KAPITOLY



Cílem této kapitoly je:

- Vymezit, nazvat, klasifikovat a charakterizovat žáka s vícenásobným a těžkým postižením;
- Popsat specifika základní školy speciální v souvislosti s kurikulárními dokumenty;
- Vystihnout specifika vzdělávání žáků s vícenásobným postižením a s mnoha speciálními potřebami heterogenního charakteru;
- Charakterizovat začlenění terapií, terapeutických metod, rehabilitačních a podpůrných metod do edukace žáků v ZŠS
- Vytknout důležité možnosti a přínos začlenění aktivizačních a terapeutických metod do edukace v ZŠS.

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



8 hodin samostudia + příprava korespondenčního úkolu



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Žáci s kombinovaným postižením, žáci s více vadami, těžké vícenásobné postižení, žáci se souběžným postižením více vadami, speciální potřeby, podpůrná opatření, klíčové kompetence, komunikativní kompetence, sociální kompetence, personální kompetence, pracovní kompetence, terapeutické metody facilitační, terapeutické metody podpůrné, rehabilitačně masážní metody.

Žáci cílové skupiny, o které v rámci tohoto studijního předmětu a textu chceme hovořit, jsou charakteristicky označeni v rámci RVP ZŠS jako žáci se středně těžkým mentálním postižením (I. díl RVP) a žáci s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami, které zahrnuje hluchoslepotu i autismus (II. díl RVP).



K ZAPAMATOVÁNÍ

V Rámcovém vzdělávacím programu pro základní školu speciální (RVP ZŠS, 2008) je za jedince s postižením více vadami považován člověk „*postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do školy pro příslušný typ postižení*“.

Vítková (in Janků, 2013, Opatřilová, 2005) užívá termín těžké postižení, který chápe jako „komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech“. Kombinované postižení neznamená pouze souběžný výskyt více vad a poruch, ale **postižení celistvosti člověka**.

Vašek (in Bendová, 2015, s. 202) u vymezení kombinovaného postižení pojednává o tzv. **synergetickém efektu**, který „je důsledkem součinnosti participujících postižení“. Synergetický efekt není pouhým součtem postižení jedince, ale představuje **zcela novou kvalitu postižení**. Tato naprosto unikátní kvalita postižení tvoří originální prostor a také potřeby konkrétního člověka.

Stejně jako žádný člověk není ani synergie postižení kombinovaného stejná, tudíž žádný žák s těžkým kombinovaným postižením nemá stejné potřeby, i přestože se to občas tak může zdát. Fenomén kombinovaného postižení je závislý na individualizaci, a to všech aktivit, které se žáka týkají v edukaci, ale i v běžném životě.

Zjevným problémem tohoto kombinovaného postižení je vyčerpávající a platná klasifikace, která by počítala nejen s dominujícími poruchami, ale také symptomy, které mají markantní vliv na kvalitu života těchto lidí. Často se tak klasifikace přiklání k obecnější

charakteristice. Ludíková (2005) zdůrazňuje, že u kombinovaných vad nelze z důvodu rozličného stupně a hloubky souběžných postižení, uplatnit dělení na skupiny osob s lehkým a těžkým stupněm postižení. Kategorizaci, která nestaví na variantách postižení ani jejich druhu a hloubky, ale naopak vychází z projevů osob s kombinovaným postižením a jejich dopadů na proces rozvoje osobnosti a socializace, se pokusila vytvořit Vančová. Do kategorie lehce vícenásobně postižených začlenila osoby, které jsou v důsledku výchovy a vzdělávání schopny dosáhnout poměrně samostatného zvládnání běžného života, integrovat se do společnosti, získat jistou kvalifikaci a pracovat (např. formou podporovaného zaměstnání). Skupinu těžce vícenásobně postižených charakterizovala jako kategorii osob, které se se neobejdou bez výrazné pomoci a na základě výchovy a vzdělávání dokáží samostatně zvládnout pouze základní či elementární praktické životní situace. (Vančová in Ludíková, 2005)

K ZAPAMATOVÁNÍ



Velmi pragmatickým dělením osob s kombinovaným postižením se jeví hierarchie ICF (z angl. ICF = International Classification of Functioning – Mezinárodní klasifikace funkčnosti, 2011), v rámci které se uvádějí čtyři stupně:

- **Občasný stupeň podpory** – podpora je zde využita pouze epizodicky, má krátký efekt i trvání ale vysokou nebo nízkou intenzitu.
- **Omezený stupeň podpory** – podpora je omezena časově, ale není již jen občasná, její intenzita není tak vysoká a nevyžaduje přílišné profesionální kompetence.
- **Rozsáhlý stupeň podpory** – podpora je pravidelná, například každodenní, například v rámci určitých činností nebo prostředí, časově neomezená.
- **Stálý stupeň podpory** – podpora stálá, vysoce intenzivní, za účasti nejen profesionálů, ale i bližším a širším okolím, může být i život udržující. (srov. in Hřebeňarová, 2016)

Dle MŠMT a pro potřeby školství se žáci s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami dělí do tří skupin: (Věštník MŠMT ČR č. 8/1997, čj. 52602/97-22, Bartoňová et al, 2016; Kantor et al., 2015; Opatřilová, 2013; Janků, 2018)

- Skupina žáků s kombinovaným postižením, v níž je společným znakem **mentální postižení**, které je determinujícím faktorem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a charakteristiku vzdělávacího procesu.
- Skupina žáků s kombinacemi **postižení tělesného, smyslového a narušené komunikační schopnosti bez přidruženého mentálního postižení**.
- Specifickou skupinu tvoří žáci s **duálním sensorickým postižením (hluchoslepota)**.
- Skupina žáků s **poruchou autistického spektra (dále PAS)**.

Definování kombinovaného postižení u nás, v České republice a jeho následné aktualizované zařazení do určité klasifikace jistě musí souviset s přípravou edukačních a didaktických postupů, jejich podobností a využitím. Pokud se budeme držet cíle co nejvíce zlepšit kvalitu života těchto dětí (a následně i dospělých), tak právě klasifikace související s funkčností bude pravděpodobně nejlépe vyjadřovat potřeby těchto dílčích skupin. Je ostatně patrné, například i z měnícího se pohledu na speciální pedagogiku, že pro budoucnost lidí a určitou integraci i osob s těžším postižením, je adekvátnější nastavovat flexibilně stupeň podpory a odvodit tak účast těchto lidí na celospolečenském dění.

Z výše uvedených informací ohledně vymezení vícenásobného postižení a členění růzností je zřejmé, že po mnohých stránkách je vzdělávání pro tyto děti přijatelnější a přirozenější **ve třídách, které jsou menší v počtu žáků, rozdílné svým učebním plánem, hodnocením, individuálním přizpůsobením, disponují mnoha pomůckami, alternativním využíváním systematických metod, strategií a technik.** V základních školách speciálních najdeme vesměs profesionální speciální pedagogy, asistenty pedagoga, tým odborníků, který úzce spolupracuje se speciálně pedagogickým centrem, má zkušenosti s každodenní spoluprací s rodiči dětí, a je připravený na různost a originalitu speciálních potřeb těchto žáků.

2.1 Vzdělávání v základní škole speciální

Každé dítě ve věku od 6 do 15 let prochází povinným základním vzděláváním, nejinak je tomu u dětí s vícenásobným a těžkým postižením, i přestože jejich vzdělávací možnosti jsou mnohdy omezeny a modifikovány. Česká základní škola speciální má ryze typický charakter, liší se od běžné základní školy nejen svou organizací, ale také formami a obsahovým zaměřením výuky.

Pro své vzdělávací kvality je základní škola speciální (dále jen ZŠS) podmíněna:

- speciálně pedagogickým vzděláním učitelů a dalších pracovníků školy,
- nízkým počtem žáků ve třídě,
- adaptovaným školním prostředím vzhledem k potřebám žáků,
- vybavením – dostatkem speciálních učebních a technicko - didaktických pomůcek,
- přizpůsobeným časovým rozvrhem,
- klidným, nehlukným a nestresujícím prostředím. (Janků, 2018)

Při vzdělávání žáků s těžším a vícenásobným postižením se využívají všechna podpůrná opatření a alternativní a augmentativní formy komunikace. Výuka je obohacena rehabilitační tělesnou výchovou a relaxačními činnostmi. (srov. Bartoňová, Vítková, 2007; Opatřilová, 2013; Švarcová, 2011 in Janků, 2018)

Na rozdíl od běžné základní školy, která se láme v páté třídě, základní škola speciální disponuje deseti ročníky, se zlomem v šesté třídě a možností dále opakovat stupně až do věku 26 let.

Na prvním stupni ZŠS se pedagogové soustřeďují na primární a preprimární dovednosti a gramotnost související se **základem čtení, psaní a matematických dovedností, rozvojem senzomotoriky, sociomotoriky a psychomotoriky**.

Druhý stupeň logicky více implementuje **pracovní dovednosti a potenciální samostatnost, seberealizaci a soběstačnost**, v co nejvyšší míře, tak aby se žáci co nejvíce připravili na svůj další život „po škole“, popř. aby mohli dále pokračovat v nastaveném vzdělávacím systému, a to v praktických školách, které jsou zaměřeny právě tímto směrem.

Žáci, kteří nejsou v určitou chvíli dostatečně připraveni zahájit povinnou školní docházku mají možnost nastoupit na tzv. **přípravný stupeň ZŠS**. To je výhoda právě pro ty žáky, u kterých existují určité předpoklady kognitivního vývoje. Ve spojení se sociálně emocionální a dovednostní přípravou na vzdělávání pak tento čas strávený v přípravce na školu může maximálně podpořit samotný rozvoj každého dítěte.

Přípravný stupeň má tři postupné ročníky a v jeho třídách se vzdělávají minimálně čtyři a maximálně šest žáků získávající osvědčení o absolvování daného ročníku. Pokud dítě dosáhne určitých znalostí a dovedností může v každém z ročníků přejít na první stupeň ZŠS. (srov. Ošlejšková, Vítková, 2014; Růžičková, 2017 in Janků, 2018)

Hlavním klíčovým koncepčním dokumentem ZŠS je Rámcový vzdělávací program pro základní školu speciální (dále jen RVP ZŠS). Jeho cílem je **optimální postup pro rozvoj osobnosti žáka**, který je zde vzděláván a pokud bychom byli přesnější, jsou v něm zvýrazněny jak podmínky, vzdělávací obsah, očekávané výstupy, tak klíčové kompetence žáků, kteří jsou v ZŠS vzděláváni.

RVP ZŠS **obsahuje dvě části**: Díl I – Vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením a Díl II – Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami.

Devět vzdělávacích oblastí RVP ZŠS tvoří blok témat, jejichž cílem není pouze samotný obsah, ale také jeho forma – strategie učení, schopnost komunikovat a spolupracovat, respekt k práci druhých, práva a povinnosti, vhodné formy projevoování emocí, normovaného chování a jednání ve společnosti, návyky ochrany vlastního zdraví, ohleduplnost k ostatním lidem a sociální hodnoty.

Témata vymezená v obsahu programu jsou propojena klíčovými dovednostmi, jejichž výstupem je získání:

- Komunikativních kompetencí
- Sociálních kompetencí
- Personálních kompetencí
- Pracovních kompetencí
- Kompetencí k učení
- Kompetencí k řešení problémů

- Kompetencí občanských.

Aktuální problémy současného světa, jako osobnostní a sociální výchova, výchova demokratického občana, výchova k myšlení v evropských a globálních souvislostech, multikulturní výchova, environmentální výchova, mediální výchova, jsou vymezeny v průřezových tématech, které mají v rámci obsahu vzdělávání povinně výběrový charakter.

Nutným předpokladem základní školy speciální je vybavit žáky základními klíčovými **kompetencemi na takové úrovni, která je pro ně dosažitelná**, a která jim umožní objevit adekvátní způsob komunikace a soužití s okolím. Klíčové kompetence tvoří základ pro další rozvoj žáků a jejich integraci do společnosti. Stejně jako u žáků se středně těžkým mentálním postižením, tak i u žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami je kladen největší důraz na rozvíjení kompetencí komunikativních, sociálních a personálních, pracovních. (Janků, 2019, 2018)

Vzdělávání žáků **se neobejde bez uplatňování podpůrných opatření**, které souvisí s vyššími stupni podpory (viz Příloha Vyhlášky č. 27/2016 v aktuálním znění). Učitelé se neobejdou bez využití speciálních metod, postupů a technik, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů připravených pro tuto skupinu žáků. Snižené počty žáků ve třídách, spolupráce kvalifikovaných učitelů s asistenty pedagoga, adekvátně upravené prostředí tříd, návaznost na poradenskou podporu a účast rodičů na vzdělávání, či další procesy spojené se vzděláváním žáků s vícenásobným postižením jsou značně odlišné ve srovnání s běžnou základní školou.

Školní vzdělávací program umožňuje RVP ZŠS přizpůsobit schopnostem a potřebám žáků dané školy, a to jak v rámci forem, tak metod a v určité míře i obsahu výuky. Navíc je každý **třídní vzdělávací program** ještě detailnější a konkrétnější ve smyslu přizpůsobení jednotlivým žákům ve třídě.

Při samotném procesu vyučování musí učitelé dodržovat didaktické zásady jako na běžné základní škole, na které je však kladen mnohem větší důraz a mnohdy mají odlišnou a reálnou podobu.



K ZAPAMATOVÁNÍ

Pragmatický důraz je kladen v rámci ZŠS na dodržování těchto didaktických zásad:

- *zásada názornosti* urychlující proces poznávání a vzbuzující zájem a motivaci žáků,
- *zásada soustavnosti* napomáhající zapamatování, udržování v paměti a vybavování poznatků,
- *zásada přiměřenosti* vycházející z individuálních schopností jednotlivých žáků,
- *zásada trvalosti* představuje, že žák s postižením bude v budoucím životě uplatňovat získané klíčové kompetence,

- *zásada individuálního přístupu* uplatňována především díky sníženému počtu žáků ve třídě a působením dvou a více pedagogických pracovníků v jedné třídě,
 - *zásada spojení teorie s praxí* využívající podnětů z okolí a běžné praktické situace.
- (srov. Černá, 2008; Opatřilová, 2013; Ošlejšková, Vítková, 2014, Janků, 2018, 2019)

Zásady a principy vzdělávání jsou vázány na specifický didaktický přístup, didaktické metody, které jsou obohaceny zkušenostmi vzdělávání takto edukačně náročné skupiny žáků, a to:

- **vícenásobné opakování informace,**
- **nadměrné zvýraznění informace,**
- **zapojení multisenzorického vnímání,**
- **intenzivní zpětnou vazbu,**
- **účelně volený obsah vzdělávání,**
- **pozitivní posilování a vytváření pocitu sounáležitosti.**

K ZAPAMATOVÁNÍ



Praktické požadavky na vyučování a organizaci výuky, užití různých vzdělávacích platforem, plánování procesu vzdělávání ve třídě, zaměření vzdělávání, či cíle vzdělávání shrnuje Vítková a Kopečný (2014) následujícím způsobem:

- *Požadavky na organizaci výuky souvisí s individuálními cíli a potřebami jedince, s otevřeným a proměnlivým procesem, s bezpečným prostředím, atmosférou postavenou na vztazích a poskytující dostatečné množství zkušeností k poznávání reality.*
- *Využití různých vzdělávacích platforem zahrnuje všechny edukační situace a strategie individuálního i skupinového charakteru, ale také nutnou zdravotnickou péči. Vyučování mnohdy neprobíhá ve třídě, ale v jiných prostředích, skupinově a při dalších aktivitách, které souvisí s každodenním životem – ranní přivítání, snídane, hra, přesuny. Nebo jako individuální záležitost ve třídě, kde žák cvičí a je veden k provádění kognitivních a motorických operací – kupříkladu diferenciaci a další rozfázované cvičení na podporu zlepšování a stabilizace svých schopností, omezování dysfunkčních vzorců chování, apod.*
- *Proces vzdělávání ve třídě je závislý na informacích o edukaci dítěte doma a ve škole obecně, úzce souvisí s poznáním počátečního stavu dítěte, který souvisí s pozorováním a analýzou jeho chování, schopností se učit a kontrolou v různých prostředích s flexibilním přehodnocováním. Plánování učebních kroků pomalu a v krátkodobém horizontu jde ruku v ruce s pokroky v učení, což musí být pečlivě zaznamenáváno písemnou podobou, tak, aby pomohlo dalšími rozvoji dítěte.*

2.2 Začlenění terapií a terapeutických metod do ZŠS

Dětem a žákům s vícenásobným postižením je prvořadě nutné naplánovat **komplexní rehabilitační péči**, jejíž dílčí součásti naplní individuální potřeby pro adekvátní rozvoj dítěte již od raného věku. Pokud bychom velmi jednoduše popsali, co obnáší komplexní ucelená rehabilitace, pak se dostaneme k *expresivnímu pojetí podpory a vyrovnávání možností každého člověka s postižením*:



VĚTA

...Cílem komplexní rehabilitace je poskytnout člověku všechno to, co mu pomůže se maximálně rozvinout, a to v individuálně přizpůsobeném kvantitativně – kvalitativním modu.

V edukaci jedinců s těžkým postižením, a tudíž v jejich rehabilitaci, považujeme za velmi důležité a nosné využití terapeutických metod.

Terapie a terapeutické metody, podle svého využití a podstaty, mohou být zaměřeny podpůrně, facilitačně nebo rehabilitačně (ve smyslu práce s motorikou, fyziorehabilitací, polohováním a masážemi atd.)

V rámci využívání terapií a terapeutických metod v generalizovaném smyslu zařazení do edukace jde o **zohledňování zásad a strategií rozvoje učení** žáků, a to o:

- Smysluplné učení a aplikovatelnost jeho výstupů a cílů v každodenním životě;
- Využití smyslových zkušeností a informací na základě individuálních preferencí;
- Multisenzorickou stimulaci jako podporu učení a rozvoje;
- Vizualizaci a strukturu v učení;
- Konkrétní a názorné učení;
- Soustavné a trvalé učení;
- Zážitkové učení. (Kantor, 2014 in Hrebeňárová, 2016)

Valenta a Müller (2003) dělí metody, které se týkají žáků s vícenásobným postižením (ale rovněž dospělých s kombinovaným postižením) do tří velkých skupin, v nichž můžeme také najít terapie a aktivity terapeutického zaměření:

- Metody léčebně – rehabilitační intervence (masáže, léčebná tělesná výchova, Vojtova metoda ad.)
- Metody pedagogicko – rehabilitační intervence (bazální stimulace, senzomotorická a psychomotorická stimulace, expresivní terapie, činnostní terapie, canisterapie)

- Metody sociálně-rehabilitační intervence (změna prostředí, režimový tlak, situační učení, práce s rodinou).

Pokud bychom zůstali u **metod podpůrných** (z angl. support = podpora, počestěno = suportivní) řadíme ve speciálněpedagogické praxi zde již mnohé z terapeutických metod.

PRO ZÁJEMCE



Social support (z angl. = sociální podpora) zahrnuje mnoho oblastí a také funkcí, kterými bychom chtěli navázat na tzv. podpůrné metody v edukaci:

Existují čtyři běžné funkce.

- **Emocionální podpora** je nabídka empatie, zájmu, náklonnosti, lásky, důvěry, přijetí, intimity, povzbuzení nebo péče. Je to teplo a péče poskytovaná zdroji sociální podpory. Poskytování emocionální podpory může dát jednotlivci najevo, že si ho vážíme a že mu chceme poskytnout maximum z toho, co můžeme.
 - **Hmotná podpora** je poskytnutí finanční pomoci, materiálního prostředku nebo služby. Tato forma podpory se také nazývá instrumentální podpora a zahrnuje konkrétní, přímé způsoby, jak lidé pomáhají druhým lidem.
 - **Informační podpora** je poskytování rad, vedení, návrhů nebo užitečných informací. Tento typ informací má potenciál pomoci ostatním vyřešit jejich problém.
 - **Společenská podpora** je druh podpory, která někomu dává pocit sociální sounáležitosti (a také se nazývá sounáležitost). To lze jinak pokládat za sdílení a dříve byla tato podpora označována jako „podpora úctou“ nebo „podpora hodnocením“.
- (srovnej a doplň si z: https://en.wikipedia.org/wiki/Social_support, 2021)

Mezi zvláště výrazné koncepty, jejichž funkce můžeme nazvat (sociálně) suportivní patří Fröhlichův Koncept Bazální stimulace, Vogelův Koncept Prenatálních místností, Koncept Snoezelen a mnohé psychomotorické teorie.

Podstatu podpůrných metod vidíme v **komplexní podpoře celého systému edukace** konkrétního žáka. Podpůrná metoda zasahuje do většiny aktivit edukace daného jedince. Její využití by mělo být promyšlené a automaticky rozmístěné v různých částech výchovně vzdělávacích činností, zakombinované do obsahu vzdělávání i jeho formy, ale také do volného času jedince a jeho seberealizačních aktivit. Vybraný podpůrný koncept bychom pak mohli považovat za určitou strukturu nebo také kostru individuální edukace.



PŘÍKLAD

Pokud bychom si za podpůrný terapeutický koncept vybrali Snoezelen, neměli bychom soustředit své činnosti pouze do předem upravené místnosti k multismyslové stimulaci či relaxaci. Prvky Snoezelenu, jeho filozofie, principy a metody, které se v jeho rámci používají, by se měly stát součástí ucelené edukace a vzdělávacího plánu pro daného jedince. V rámci podpůrného systému je možné využívat i dalších terapeutických, rehabilitačních i masážních metod, které se tak stanou jeho součástí, například je to míčkování, aromaterapie, biblioterapie, muzikoterapie a další, ať už terapie nebo i běžné každodenní činnosti, které souvisí s rozvojem osobnosti.

Z latinského *facilis* pochází termín, který ve speciálněpedagogické péči znamená **usnadnění**, a týká se usnadňování činností nebo aktivit (také pohybů a pohybových vzorců, organizace pohybových struktur), ale může to znamenat i povzbuzování a motivování k určitým postojům. Facilitace se využívá současně také pro rozvoj komunikace osob s těžkým kombinovaným postižením v rámci alternativních a augmentativních systémů.



PRO ZÁJEMCE

Abychom lépe pochopili, odkud facilitace pochází, podívejme se krátce na původ tohoto slova. Ten najdeme v latinském “*facilis*”, což znamená “snadné” nebo “jednoduše udělatelné”. Z latiny slovo přejala italština, francouzština a později také angličtina (*facile*). Ve všech těchto jazycích je zachován význam slova “snadný”. Odvozené anglické slovo “*facilitate*” pak znamená “usnadnit”.

S významem “usnadnit” se pojem facilitace začal již dříve používat v mnoha oborech. Můžeme se proto setkat s různorodým použitím:

- nervosvalová facilitace – fyzioterapeutický přístup v lékařství,
- facilitace rostlin – metoda usnadnění vývoje vybraných rostlin v zemědělství,
- sociální facilitace – v sociologii označení tendence chovat se jinak v přítomnosti dalších lidí,
- facilitace v komunikaci – metoda, která má usnadnit mezilidskou komunikaci (má komunikaci učinit jasnou, srozumitelnou, efektivní, konstruktivní, nekonfliktní apod.).

Mezi zásadní úkoly facilitace patří usnadnění pohybu, který je omezený v důsledku poruchy centrální nervové soustavy. Pro ujasnění obsahují facilitační techniky přesně vyme-

zené postupy vycházející z neurofyziologie. Technikám je nutné předem porozumět a studovat je, používají se zejména při ošetřování, manipulaci s člověkem, sebeobsluze, polohování, ale i ve vzdělávacím procesu a komunikaci. V podstatě jde o nahrazování patologicky prováděných pohybů pohyby novými, které souvisí s neuroplasticitou mozku a zapojí tak vyšší nervovou činnost. V realitě jde o zvýšení spontánních vzruchů mezi neurony, které jsou nutné k vyvolání reakce například svalové kontrakce nebo požadovaného pohybu. Souvisejícím požadavkem na facilitační aktivitu je holistické a individuální pojetí člověka (bio-psycho-sociální).

Facilitační terapeutické metody si kladou za cíl zkvalitnit život osob s postižením tím, že mu „usnadní“ cestu a dosažení dílčích úkolů, a více jej tak zapojí do života. Facilitační metody velmi často souvisí s rehabilitačními metodami.

Rehabilitační a masážní metody jsou činnosti fyzioterapeuticky a léčebně rehabilitačně zaměřené.

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

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

V rámci dalších částí tohoto textu se budeme alespoň vybraným technikám věnovat detailněji.



KORESPONDENČNÍ ÚKOL 3

Zaměřte se konkrétněji na jednu z podpůrných, facilitačních nebo rehabilitačně masážních metod a více ji popište a konkretizujte. Pokuste se sepsat v rámci 2-3 NS textu. Text odevzdejte do Odevzdávárny související s daným předmětem a v souladu s pokyny vyučujícího.



KONTROLNÍ OTÁZKY KE KAPITOLE 2

6. „...je tvořeno dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení...“ znamená, že:
 - a. Postižení mají různé příčiny
 - b. Postižení mají různé symptomy
 - c. Postižení vznikala postupně
 - d. Postižení se odlišně vyvíjí
7. Kolik stupňů podpory uvádí Klasifikace funkčních schopností vzhledem ke kombinovanému postižení?
 - a. 3
 - b. 5
 - c. 4
 - d. 6
8. Hluchoslepotu označujeme také jako:
 - a. Multismyslové postižení
 - b. Multisenzorickou poruchu
 - c. Duální sensorické postižení
 - d. Duální poruchu vnímání
9. Zásada trvalosti souvisí s tím, že:

- a. Jsme schopni uplatnit nabyté vědomosti a dovednosti
- b. Jsme schopni si lépe vybavit to, co se učíme
- c. Jsme více motivovaní k práci a k učení
- d. Jsme schopni se učit dle individuálních předpokladů

10. Kolik vzdělávacích oblastí má RVP ZŠS:

- a. 10
- b. 11
- c. 8
- d. 9

SHRnutí KAPITOLY



Druhá kapitola obsahuje shrnutí informací ohledně charakteristiky osob s těžkým, a souběžným postižením více vadami. Ve svých jednotlivých podkapitolách se zabývá definicí a vymezením, klasifikací kombinovaných postižení, charakteristickými vlastnostmi, edukací a specifickými výchovně vzdělávacími nástroji.

Podstatou těžkého vícečetného postižení je narušení komplexní celistvosti organismu. Specifika výchovy a vzdělávání souvisí s individuálními možnostmi vyplývajícími z kombinace konkrétního postižení. Vždy je na prvním místě nutné soustředit se na individuální potřeby jedince a jeho aktuální vývoj. Terapeutické metody, které úzce souvisí s rozvojem osob s těžkým postižením, můžeme rozdělit podle svého zaměření na metody podpůrné, facilitační a rehabilitačně masážní.

ODPOVĚDI NA KONTROLNÍ OTÁZKY



6. a; 7. c; 8. c; 9. a; 10. d;



DALŠÍ ZDROJE

- BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. Strategie vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v inkluzivním prostředí základní školy: texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2016. ISBN 978-80-7315-255-0.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava; VÍTKOVÁ Marie et al. Inkluze ve škole a ve společnosti jako interdisciplinární téma : Inclusion in schools and society as an interdisciplinary issue. Brno : MU, 2016. ISBN 978-80-210-8093-5.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava; VÍTKOVÁ, Marie. Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami : Texty k distančnímu vzdělávání. vyd. 2. přeprac. a rozšířené. Brno : Paido, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7315-158-4.
- BENDO VÁ, Petra, ed. Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-422-9.
- ČERNÁ, Marie. Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-802-4615-563.
- HREBEŇÁROVÁ, L. Edukácia osob s viacnásobným postihnutím. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej Univerzity, 2016. ISBN 978-80-555-1649-3.
- JANKŮ, K. Terapie ve speciální pedagogice. Základy a obecná vymezení. Ostrava: Pdf, 2013. ISBN 978-80-7464-280-7.
- JANKŮ, Kateřina. Podpora vzdělávání dětí a žáků s kombinovaným postižením v Moravskoslezském kraji. Ostrava: Pdf, 2019. ISBN 978-80-7599-156-0.
- JANKŮ, Kateřina. Snoezelen v teorii, v praxi a ve výzkumu. Opava: SLU FVP, 2018. ISBN 978-80-7510-335-2.
- KANTOR, Jiří, Marcela MICHALÍKOVÁ, Libuše LUDÍKOVÁ a Zuzana KANTOROVÁ. Žité zkušenosti rodin dětí s těžkým kombinovaným postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4912-8.
- LUDÍKOVÁ, Libuše. Kombinované vady. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar. Edukace osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami: Education of persons with severe disability and multiple disability. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6221-4.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar. Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami. Brno: MU, Pdf, 2005. ISBN 978-80-210-3819-5.
- OŠLEJŠKOVÁ, Hana; VÍTKOVÁ, Marie et al. Východiska, podmínky a strategie ve vzdělávání žáků s těžkým postižením na základní škole speciální. vyd. 1. Brno : Masarykova univerzita, 2014. 310 s. ISBN 978-80-210-6673-1.
- RVP ZŠS 2008. online. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/ramcove-vzdelavaci-programy-pro-vzdelavani-zaku-se>.
- Věstník MŠMT ČR č. 8/1997, čj. 52602/97-22
- VÍTKOVÁ, Marie, Petr KOPEČNÝ. Strategies in the education of students with severe disabilities extending into young adulthood. Brno: MU, 2015. ISBN 978-80-210-7194-0.

3 VYUŽÍVÁNÍ EXPRESIVNÍCH A ČINNOSTNÍCH TERAPIÍ V ZÁKLADNÍ ŠKOLE SPECIÁLNÍ

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Ve třetí kapitole studijního textu jsme se soustředili na terapie a terapeutické činnosti, které bychom mohli souhrnně nazvat expresivní terapie a činnostní terapie. Konkrétně jde o využití arteterapie, muzikoterapie a dramaterapie, a pak také ergoterapie, pracovní a činnostní terapie. Obsah textu inklinuje k rozšíření základních definic a vztahů výše uvedených terapií do oblasti vzdělávání žáků v základní škole speciální a nastiňuje zařazení určité terapie či jejich prvků do konkrétní vzdělávací oblasti s vytčenými učebními výstupy a cíli. Podstata této kapitoly směřuje k praxeologickému využití terapeutických postupů a jejich ukotvení v Rámcovém vzdělávacím programu základní školy speciální.

CÍLE KAPITOLY



Cílem této kapitoly je:

- Vymezit arteterapii v kontextu jejího možného využití v ZŠS;
- Vymezit muzikoterapii v kontextu jejího možného využití v ZŠS;
- Vymezit dramaterapii v kontextu jejího možného využití v ZŠS;
- Vymezit ergoterapii, pracovní a činnostní terapii v kontextu jejího možného využití v ZŠS.

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



6 hodin samostudia + příprava korespondenčních úkolů č. 4 a č. 5

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, ergoterapie, činnostní terapie, pracovní terapie, základní škola speciální, žáci s vícenásobným těžkým postižením, žáci s autismem, žáci s kombinovaným postižením, RVP ZŠS.

3.1 Arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie a žáci ZŠS

Začlenění arteterapie a muzikoterapie do edukace žáků základní školy speciální úzce souvisí s RVP ZŠS a zabezpečením učebních výstupů zejména sedmé vzdělávací oblasti Umění a kultura. Reálně se velmi často v rámci hodin výtvarné a hudební výchovy, které musí být zařazeny v obou oddílech Školního vzdělávacího plánu a žáci tedy musí tyto hodiny mít, využívají právě prvky arteterapeutické a muzikoterapeutické. Na ucelenou a dlouhou terapii ve vyučování většinou není dostatek prostoru, ale právě zařazování prvků těchto činností je naopak základem mnoha cílených aktivit.

Jak je uvedeno v RVP ZŠS (2008) přispívá tato vzdělávací oblast ke kultivaci osobností žáků, a zvláště pak dává prostor pro jejich tvořivost, zprostředkovává jim smyslové a jiné zážitky prostřednictvím vlastní aktivní tvorby i pasivní percepce. Činnosti hudební i výtvarné mají významný relaxační a rehabilitační účinek. Pomáhají ke zklidnění, ale i ke zvýšení pozornosti, ke snížení únavy a agrese, k uvolnění napětí a nesoustředěnosti, k cílenému vnímání reality. Žáci ZŠS mají mnohé předpoklady k osvojení hudebních i výtvarných dovedností a mohou dosáhnout značných výsledků a následně se ve své volnočasové mimoškolní činnosti těmto aktivitám dále věnovat.

Vzdělávací obsah této vzdělávací oblasti napomáhá k rozvíjení smyslového vnímání, vlastní tvořivosti a vnímavosti k sobě samému i okolnímu světu. Vytváří příležitosti pro vzájemnou spolupráci, toleranci a napomáhá utváření postojů a hodnot. (RVP ZŠS, 2008)



K ZAPAMATOVÁNÍ

Cíle vzdělávací oblasti Umění a kultura:

- využívání a rozvíjení tvořivých schopností a dovedností
- rozvíjení pozitivního vztahu k umění a jeho vnímání
- rozvíjení estetického cítění a vnímání prostředí
- ke kultivovanému vystupování a získávání sebedůvěry
- poznání, že kultura a umění obohacují život člověka
- poznávání národní kultury, její duchovní hodnoty a k vědomí, že je třeba ji chránit
- seznámení se s kulturou jiných národů a etnik.

3.1.1 ARTETERAPIE A VYUŽITÍ ARTETERAPEUTICKÝCH PRVKŮ V ZŠS

Arteterapie v edukaci žáků s mentálním a kombinovaným postižením plní terapeutickou, relaxační, rehabilitační a socializační funkci.

Mezi její hlavní cíle patří kompenzace snížených kognitivních schopností, poznávacích funkcí, smyslové percepce a vnímání reality, ale také rozvoj komunikačních schopností, vztahů a pochopení různých rolí a jevů, vytváření hodnot estetických i hodnot, které se týkají chování, jejich modelů, společenských postojů a priorit.

Jak uvádí Šicková (2002) je hlavním úkolem arteterapie reedukace psychické tenze, uvolnění kreativity, odblokování komunikačních schopností a kanálů, zklidnění a relaxace, odreagování se, socializace, nácvik sebereflexe, sebeovládání a vůle.

Pro jedince s mentálním postižením těžších stupňů není podstatné, zda je technika provedení dokonalá, ale je důležitý prožitek, proces samotný a tvorba.

Určitě je na místě ujasnit si, že výtvarné dovednosti těchto lidí nejsou prioritou, ale naopak musíme mít na paměti, že si takový člověk musí odnést pozitivní pocit, který obohatí jeho život a promítne se kladně do jeho emocionální oblasti. Velmi důležité je uvědomit si a zohlednit nejen speciální potřeby, ale i omezení, která těžší mentální postižení, a zvláště pak kombinovaná postižení, přináší ve formě různých dílčích poruch, například poruch pozornosti a soustředění, ale i agresivních projevů chování ad. Je vhodné zaměřit se na rozvoj smyslů a smyslového vnímání, na diferenciaci vizuálních podnětů, na rozlišování barev, tvarů, ale i zvuků, tónů, vůní, chutí čili na celé spektrum sensorických možností a schopností jedince.

K ZAPAMATOVÁNÍ



Rozhodně doporučuji zamyslet se nad učivem souvisejícím s výtvarnou výchovou na 1. i 2. stupni ZŠS, které techniky arteterapie zcela zjevně predikuje.

Učivo 1. stupně:

- rozvíjení grafomotoriky
- prostředky a postupy pro vyjádření emocí, pocitů, nálad a fantazijních představ (pohyb těla v prostoru, manipulace s objekty, malba a kresba, tradiční a netradiční prostředky a jejich kombinace)
- vnímání a hodnocení výsledků tvůrčích činností vlastních i ostatních i výsledků běžné a umělecké produkce (malba, kresba, ilustrace hračky, objekty, comics)
- prezentace výsledků vlastních tvůrčích činností ve třídě i ve škole (pracovní prezentace za pomoci učitele pro spolužáky, prezentace školy v rámci výstav či dalších akcí školy)
- netradiční výtvarné techniky.

Učivo 2.stupně:

- prostředky a postupy pro vyjádření vjemů, emocí, pocitů, nálad, prožitků, představ a zkušeností (umístění těla a objektů v prostoru, kresba, malba, grafika, tradiční a netradiční prostředky a jejich kombinace v ploše i prostoru)
- rozlišování, třídění a hodnocení výsledků tvůrčích činností vlastních i ostatních, běžné a umělecké produkce (malba, kresba, objekty, fotografie, animovaný film)
- výběr a třídění výsledků vlastních tvůrčích činností pro prezentaci (podle vlastní potřeby, před spolužáky, rodiči, pro prezentaci školy), vnímání, porovnávání vlastních výsledků s výsledky ostatních.

Umění prolíná naše životy, i přestože si jej nevšímáme, přestože jej záměrně nevyhledáváme, a zdánlivě jej nepotřebujeme. Arteterapie patří z hlediska svého vývoje i historie, své podstaty i cílů, svých specifických i charakteristik, mezi primární a dominantní terapie využívané ve speciální pedagogice. Léčba uměním, jak arteterapii v překladu vnímáme, je disciplína, která má své základy v psychoterapii a tudíž, jak jsme si připomenuli již v první kapitole, využívá zejména psychologických prostředků, uměleckého tvoření a uměleckého vnímání.

Podle Šickové (2002) je pro naši skupinu žáků směrodatné pojetí arteterapie jako „umění pro člověka“, které se zabývá léčebnými účinky. V podstatě je arteterapie činnostní terapií, která obsahuje celou řadu aktivních i pasivních činností, od umělecké a akční produkce, až po pasivní účast na besedách a kulturně společenských večírcích. (Janků, 2013) Do speciální pedagogiky se arteterapie promítá ve tvaru edukačních aktivit, ať už jako terapie nebo jako využívání prvků arteterapie, podpůrných činnostech a volnočasových aktivitách.

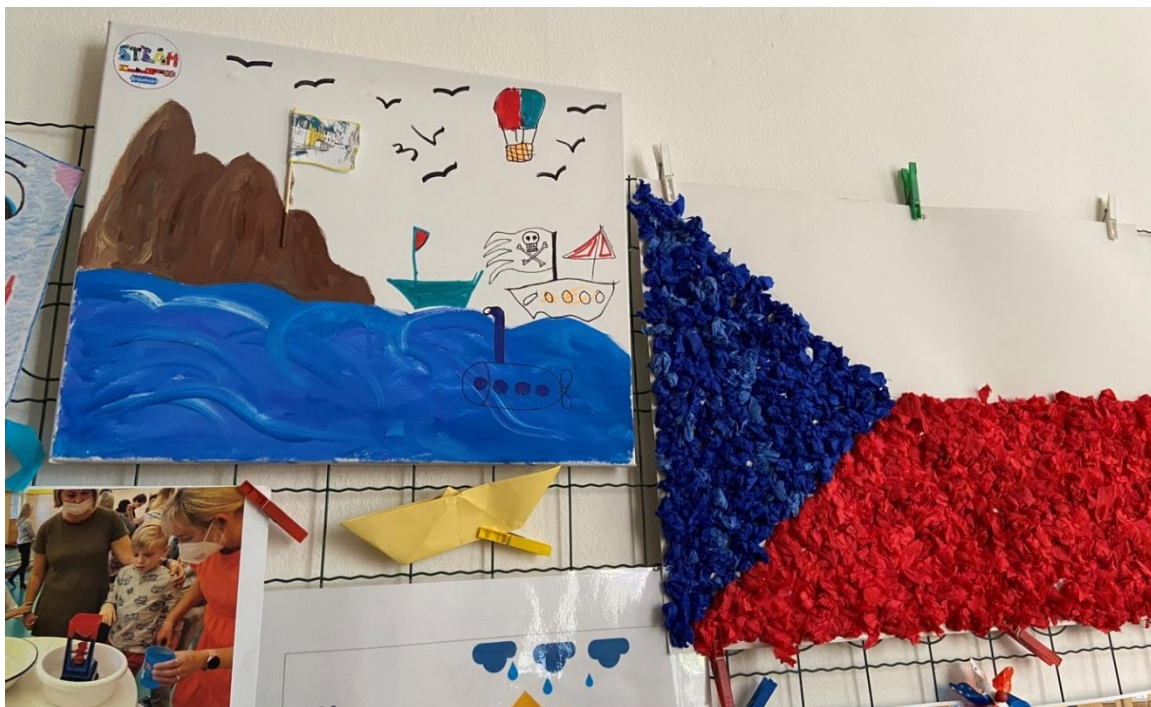
Originalita a spontánnost, aktivní zapojení člověka bez nutnosti verbálního projevu a naopak s neverbálními prostředky komunikace, je hlavním obsahem arteterapie.



PŘÍKLAD

Pro žáky ZŠS je vedle plošně orientovaných technik, jako je kresba a malba, velmi vhodné využít techniky tělesně a hmatově orientované, například modelování z hlíny, využívání různých haptických struktur, práce s konkrétními 3D materiály, přírodninami, apod. Procesy hapticky sensorické, taktilně založené, jsou velmi silně emotivní a výsledky takové výtvarné činnosti si žák může ohmatat v prostoru, může pozorovat změny v čase a může se ke konkrétnímu artefaktu vracet i později. Modelování jako takové je silně zážitkovou technikou, která působí na rozvoj vnímání, učení, uvědomění si vlastního tělesného schématu skrze jemnou i hrubou motoriku, rozvíjí pohyb, orientaci v prostoru, body image, sebevědomí a sebehodnocení výsledného díla... apod.

Velmi dobré je využívat společné práce žáků, při které se kreativita snoubí s navazováním a prohlubováním vztahů a jejich chápáním. Viz ukázka práce ze ZŠS Těšínská v Ostravě:



3.1.2 MUZIKOTERAPIE A VYUŽITÍ MUZIKOTERAPEUTICKÝCH PRVKŮ V ZŠS

Neméně důležitou roli zastává v edukaci žáků ZŠS muzikoterapie, zařazování muzikoterapeutických prvků a obecně vedení žáků k hudbě. Odráží se nejvíce ve vzdělávací oblasti Umění a kultura a konkrétně v předmětu hudební výchova jehož učební výstupy se týkají jak vokálních a instrumentálních činností, tak poslechu a hudebně pohybových aktivit.

Muzikoterapie se od ostatních terapeutických procesů liší zejména svým doloženým historickým vývojem a také používáním svébytných, často přirozených hudebních nástrojů a prostředků hudebního umění.

Hudba sama o sobě působí na člověka velmi bezprostředně a jedinečně. Z biologického hlediska je hudba akustickým signálem a informací, která stimuluje sluchová centra v CNS skrze sluchový analyzátor. Různá vysvětlení přístupů k funkci hudby směřují k domněnce, že hudba jako komplexní podnět jednak zaměstnává mozkovou kůru, takže jiné podněty z okolního prostředí budou jen stěží zpracovány, jednak působí tlumivě na subkortikální centra (sídlo emocí). (Wehle in Pipeková, Vítková, 2001) Muzikoterapie využívá všech komponentů hudby – melodie, harmonie, rytmu, zvukové barvy, dynamiky, tempa, taktu apod. – ke svým cílům a záměrům.

Vzhledem ke speciální pedagogice a specificky k naší skupině žáků si dovoluujeme upozornit na cíle muzikoterapie (Natanson, 1992 in Osvaldová, 2015):

- Vzbuzování žádoucích emocí, pocitů, afektivních stavů, nálad a jejich řízení;
- Podněcování připravenosti ke kontaktu, inspirování a vhodné směřování a rozvíjení mezilidské komunikace;
- Obohacování osobnosti člověka hlavně estetických poznáváním;
- Rozmnožování zkušeností;
- Ovlivňování psychomotorické stimulace a svalového napětí;
- Obohacování diagnostických metod a diagnostického procesu;
- Vzbuzování a obnovování vegetativních a biochemických pochodů v organismu, ad.

U žáků s těžšími stupni mentálního postižení vycházíme z předpokladu, že muzikoterapie nebo využívání prvků této terapie navazuje na poruchy kognitivní, poruchy koncentrace a převládající afektivní chování. Často je toto postižení kombinováno s postižením tělesným a s tělesnými anomáliemi a pohybovou neobratností. V tomto případě podněcujeme více sluchové vnímání a sluchovou diferenciaci a systematicky prohlubujeme kvalitu komunikace a sociálních vztahů.

K ZAPAMATOVÁNÍ



Doporučujeme prozkoumat také učivo související s výstupy hudební výchovy na 1. i 2. stupni ZŠS a opět se zamyslet nad muzikoterapeutickým začleněním.

Učivo 1. stupně:

vokální a instrumentální činnosti

- pochopení a interpretace rytmu podle koordinace motorické, zrakové a sluchové
- zpěv lidových a umělých písní přiměřeného rozsahu
- rytmus a pohyb, hra na tělo
- hra na jednoduché nástroje; nástroje Orffova instrumentáře

poslechové činnosti

- výška, síla, délka tónu
- rozpoznávání tempa a rytmu
- zpěvní hlasy
- zvuk hudebních nástrojů
- melodie a skladby určené dětem

hudebně pohybové činnosti

- pochod podle hudebního doprovodu
- pohybové hry s říkadly a dětskými popěvkami
- pohybový projev podle hudby – improvizace
- hudebně relaxační techniky

Učivo 2. stupně:

vokální činnosti a instrumentální činnosti

- upevňování správných pěveckých návyků; zřetelná výslovnost, správné dýchání
- lidové i umělé písně
- rytmická cvičení a rytmizace říkadel
- seznámení s hudebními pojmy, nota, notová osnova, hudební klíč
- hudební doprovody; hra na tělo, nástroje Orffova instrumentáře

poslechové činnosti

- rozpoznávání zvuků vybraných hudebních nástrojů
- poslech písní a skladeb různých hudebních žánrů a vybraných ukázek našich i zahraničních skladatelů a interpretů
- seznámení s významnými hudebními skladateli

hudebně pohybové činnosti

- improvizovaný pohyb podle hudby
- hudebně pohybové hry
- základní taneční kroky jednoduchých tanců
- relaxační techniky, muzikoterapie.



PŘÍKLAD

U žáků s mentálním postižením je velmi použitelná receptivní muzikoterapie, zvláště u těch, kteří mají diagnostikovaný eretický typ mentálního postižení. Takoví žáci jsou motoricky neklidní, někdy velmi impulzivní, až agresivní a citově labilní. Velmi těžko se podřizují morálce a disciplíně ve třídě. Je pro ně charakteristická slabá vůle, nestálost a neschopnost překonávat i malé překážky, zájmy mají krátkodobé a povrchní. Jsou příliš hluční, vykřikují, ať už cíleně nebo afektivně vstupují do hovorů jiných. Receptivní muzikoterapie např. rytmicky zaměřená působí právě na tyto žáky velmi dobře. Rytmus je zdrojem pořádku, stereotypního pohybu, je členěním a je systémem. Je to určitá síla, která přináší seberegulaci.

U žáků s vícenásobným postižením v kombinaci s tělesným postižením je na druhou stranu doporučena muzikoterapie se zaměřením na koordinaci končetin, stimulaci, smyslovou zejména a obnovování neurokinetických pohybů. Konkrétně jde o: neuromuskulární koordinaci, posilování svalů a kloubů, kineckou kontrolu svalstva a pohybů, stimulaci k pohybu, svalovou relaxaci, rovnováhu a koordinaci, uvolnění a respirační cvičení, rytmizace související s dýcháním a komunikací, ad. (srov. Osvaldová, 2015)

Jak uvádí Savková (2021), učitel může u žáků v rámci muzikoterapie pozorovat a dosáhnout:

- Delší pozornosti a soustředění na zadané úkoly;
- Větší respekt k pokynům učitele a dodržování pravidel;
- Ochotu komunikovat s učitelem a spolužáky, komunikaci klidnější bez křiku;
- Rozvoj verbálního projevu;
- Celkově klidnější klima ve třídě, vyšší motivaci k práci, ochotu pracovat ve skupině;
- Viditelné zklidnění u hyperaktivních jedinců a s poruchami chování, indukce vztahu žák x pedagog;
- Radost z vykonané práce, zájem dětí o pochvalu, ocenění, zpětnou vazbu.
(Viz přiložené obrázky z hodin muzikoterapie ZŠS Diakonie ČCE, 2021)



3.1.3 DRAMATERAPIE V ZŠS

Dramaterapii bychom mohli označit za léčebně – výchovnou disciplínu (terapeuticko-formativního rázu), v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení stavu symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti. (srov. Valenta in Müller, 2005, 2014)

Pokud uvažujeme o dramaterapii více, uvádí dále Valenta (2005) dvojí pojetí:

- Dramaterapie jako terapie versus Dramaterapie v terapii.

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

Cíle dramaterapie jsou veskrze velice pozitivní:

- vyřešit problém
- proniknout k sebepoznání
- porozumět osobnostním proměnám
- vysvětlit a modifikovat nesprávné a nežádoucí vzory chování
- zvýšit sociální interakci a interpersonální inteligence
- uvolnit se
- zvládnout a kontrolovat emoce
- rozšířit repertoár rolí pro život
- získat schopnost spontánního chování
- rozvíjet představivost a koncentraci
- posílit sebedůvěru a sebeúctu
- poznat a přijmout svoje omezení i možnosti. (srov. Valenta, 2003, Emunah, 1994 in Valenta, 2001)

Za velmi oblíbenou techniku právě pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami pokládáme **hru a hravé techniky**.

V průběhu hry se může značně zvýšit úroveň sociálního statutu dítěte s postižením soustavnou podporou, nenápadnou pomocí i napodobováním. Učení na základě modelu hry bývá využíváno i ke zvýšení sebeřízení a sebekontroly. Herní metoda je u dětí nejčastěji zaměřena na individuálního jedince s důrazem na terapeutický vztah nebo je založena na psychodynamice. Prakticky se týká využívání dramaterapeutických a dramatických technik na prvním stupni kupříkladu loutkové hry, na druhém stupni pak dramatizace textů. Hra s sebou přináší efekt projekce do palety sociálních rolí a situací, umožňuje dětem principem

„jako“ proniknout do vztahů ukrytých pod povrchem věcí a jevů, vcítovat se do charakteristik postav, a především zvládat a řešit nejrůznější životní situace. Přece, kdo z nás si nehraje rád? (Janků, 2013)

K ZAPAMATOVÁNÍ



V rámci učiva ZŠ je využití dramaterapie, hry a různých improvizčních úkolů vhodné zařadit do průřezových témat, z nichž minimálně 3 musí být zařazeny do školního vzdělávacího programu.

V etapě základního vzdělávání jsou vymezena tato průřezová témata:

- Osobnostní a sociální výchova
- Výchova demokratického občana
- Výchova k myšlení v evropských a globálních souvislostech
- tkulturní výchova
- Environmentální výchova
- Mediální výchova.

Dramaterapie se v rámci edukace používá spíše jako **výchovná dramatika**, v rámci které pracujeme s dramaprojekty, které mají podobu strukturovaných procesů. Na rozdíl od dramatického projektu se dramaterapeutický projekt vyznačuje:

- Rozdílnými účastníky (jedinci se specifickými potřebami, děti a žáci se SVP);
- Rozdílnými cíli, které mají terapeuticko – formativní povahu a souvisí s psychagogikou, v rámci které je jedinec veden k sebereflexi, schopnosti vytvořit si zpětnou vazbu, reálnou aspiraci a přehodnocování životních hodnot a postojů atd.

PŘÍKLAD



V rámci edukace žáků s mentálním postižením je dramaterapie využívána velmi často. I přestože musíme postupovat podle zásad práce s jedinci s mentálním postižením (systematické vedení, názorný příklad a výklad požadavků, častější opakování a vracení se k těm dramatickým aktivitám, které osoby s mentálním postižením zaujaly), je tato metoda velmi účinná.

Při náplni realizace a improvizací vycházíme z témat, která jsou obecně známá (pohádky, známé příběhy, situace denního programu a režimu, ad.). Velmi důležité je zapojení všech smyslů skrze smyslovou percepci, pohybových a rytmických cvičení s cílem rozvoje koordinace a hrubé i jemné motoriky. Velký význam mají neverbální techniky pohybového charakteru, zejména pak etudy, prostřednictvím kterých učíme člověka uvědomovat si, jak ho vnímá okolí. Volná dramatizace pak slouží k nácviku společenského chování a zvládání sociálních situací a rolí.

Dramatická výchova splňuje minimálně tři podmínky zlepšení kvality života svých participantů:

1. nabízí učení zkušeností, která je předávaná přijatelným způsobem, vytvořená nejčastěji v herní situaci a nabytá v realitě;
2. vytváří prostor pro zpracování zkušeností, jejich zobecnění – generalizaci, a zařazení do systému předchozích zkušeností, při jejich zpracování nabízí různé volby metod a technik;
3. umožňuje rozvinout komunikační prostor, verbální či neverbální sdělování informací a nabytých zkušeností a zážitků. (srov. in Janků, 2013)

3.2 Ergoterapie, pracovní a činnostní terapie a jejich využití v ZŠS

Dovolila bych si začít vysvětlením (či připomenutím) rozdílu mezi ergoterapií a pracovní a činnostní terapií.

K ZAPAMATOVÁNÍ

Ergoterapie je samostatným oborem, který má vybudovaný systém metod a technik, ať už preventivních, hodnotících či pracovních rehabilitačních, a využívá se u široké klientely s různými potřebami a postižením. Ergoterapeut usiluje zejména o to, aby díky smysluplné činnosti a zaměstnání člověka zachoval co nejvíc jeho schopnosti, které je ještě možné využít a jsou potřebné pro běžné denní činnosti, ale také pro zájmové a volnočasové činnosti. Ergoterapeut pracuje s lidmi v různém věku a s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo se sociálním znevýhodněním). Cílem práce je podpora maximálně možné účasti člověka na životě a jeho zařazení nebo znovu zařazení do společnosti.

„...ergoterapie je zdravotnická disciplína, která nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, s fyzickým, psychickým či intelektovým postižením, omezujícím jejich funkční kapacitu a samostatnost.“ (srov. Dočkal in Müller, 2005, s. 253)

O vzájemně se překrývajících metodách mluvíme v případě **pracovní i činnostní terapie**. I přestože je můžeme charakterizovat tím, že u obou jde o záměrnou manipulaci s materiálem, tak zásadním rozdílem je cíl a podstata samotné terapie. U pracovní terapie víme, že cílem je konkrétní výsledek práce, tedy výrobek, kdežto u činnostní terapie je cílem samotná činnost, tedy určitý proces.

Velmi důležitou součástí těchto pracovně laděných terapií je **motivace**. Člověk sám, jeho aktivita, kreativní zapojení do jakékoliv činnosti, ke které je motivován, a dělá ji rád, je mnohdy hlavním nástrojem uzdravení ducha i těla a zlepšení zdraví v duchu holistického pojetí.

Abychom se vrátili k propojení pracovních terapií s žáky ZŠS je důležité, že podstatná část pracovních i činnostních aktivit a terapií či prvků terapeuticky zaměřených tímto směrem se odehrává v rámci poslední vzdělávací oblasti prvního i druhého dílu RVP ZŠS, a to Člověk a svět práce. Tato oblast vzdělávání je, jak je v RVP ZŠS uvedeno, jednou ze stěžejních oblastí, právě proto, že směřuje k uplatnění žáků s mentálním postižením a to těžších stupňů.

Tato vzdělávací oblast zahrnuje široké spektrum pracovních činností, které vedou žáky k získání souboru vědomostí, základních pracovních dovedností a návyků v různých oblastech lidské činnosti. Cíleně se oblast Člověk a svět práce zaměřuje a systematicky ovlivňuje rozvíjení motorických schopností, manuálních dovedností a návyků žáků a tím přispívá k jejich co nejsamostatnějšímu zapojení do každodenního života a umožňuje jim přípravu na vykonávání jednoduchých pracovních činností. Žáci se kromě jiného učí pracovat samostatně i v týmu, jak menším, tak větším, a vážit si práce své i druhých. Seznamují se s různými materiály, s funkcí a užíváním vhodných pomůcek a náradí. Vzdělávací oblast je realizována v průběhu celého základního vzdělávání od prvního do desátého ročníku. Obsah vzdělávací oblasti je rozdělen na tematické okruhy:

- Sebeobsluha
- Práce s drobným materiálem
- Práce montážní a demontážní
- Pěstitelské práce
- Práce v domácnosti
- Práce s technickými materiály (zařazeny pouze na druhém stupni).

K ZAPAMATOVÁNÍ

Člověk a svět práce je vzdělávací oblast, která svým učivem vede žáka k následujícímu výčtu kompetencí. Tato dílčí oblast jde ruku v ruce jak s ergoterapeutickým, tak činnostně terapeutickým zaměřením svých postupů. Dokonce se velmi často nejen nabízí, ale realizují aktivity, které jsou typicky ergoterapeutické nebo jinak terapeuticky zaměřené.

Vede žáka k:

- zvládnutí úkonů souvisejících se sebeobsluhou
- rozvoji motoriky, získání základních manuálních zručností a vytváření pracovních dovedností a návyků

- překonávání obtíží a dokončování pracovních úkolů
 - práci v kolektivu a odpovědnosti za své i společné výsledky práce
 - osvojení dovedností k praktickému užívání a zacházení s předměty denní potřeby, s vhodně zvolenými nástroji, pomůckami a drobným nářadím
 - porozumění zadaným jednoduchým pracovním postupům
 - poznání pracovních činností, které napomáhají k využití volného času
 - dodržování hygienických a bezpečnostních pravidel při práci. (srov. RVP ZŠS, 2008)
-

V rámci komplexní rehabilitační péče všech věkových kategorií osob s mentálním postižením jsou sledovány v pracovní a ergoterapeutické péči následující cíle a úkoly:

- nácvik soběstačnosti a samostatnosti (při jídle, hygieně, oblékání, úklidu)
- nácvik a zlepšení jemné motoriky (psaní s použitím pomůcek pro pravou nebo levou ruku či jiný způsob psaní; nácvik uchopování, zlepšení pohyblivosti prstů, ruky a celé horní končetiny)
- nácvik a zlepšení hrubé motoriky, koordinace a pohyblivosti (výcvik a rozvoj poškozených funkcí končetin, zlepšování obratnosti a zručnosti)
- udržování dobré psychické i fyzické kondice (tělesná i duševní zdatnost v praktických činnostech)
- rozvoj smyslové percepce a myšlení
- zlepšování soustředěnosti a pozornosti
- rozvoj kognitivní a paměťové složky osobnosti
- posílení sebehodnocení a sebepojetí nenásilnou formou
- zvyšování schopnosti učení a nabízení alternativních výchovně vzdělávacích metod a technik
- rozvoj estetického vnímání
- rozvoj kladného vztahu k práci
- rozvoj sociálních vazeb (ke spolupracovníkům, vychovatelům, primární rodině)
- upevňování zdravých, zachovalých složek osobnosti, schopností a dovedností jedince
- upevňování hodnot z pohledu mravní a morální zodpovědnosti a kultury člověka
- zlepšení komunikace verbální, neverbální, sociální, alternativní, ad.

*Nejčastějším způsobem, jak motivovat žáky, je **hra a přirozené pozitivní emocionální prostředí**, v rámci kterého jsou děti více stimulovány k aktivitě. Každodenní činnosti lépe imitují na základě pozitivních vztahů vytvořených ve skupině, tedy v našem případě ve třídě, či ve škole celkově, jak mezi vrstevníky, tak mezi učiteli a žáky.*

PRO ZÁJEMCE

Ve světě, a to zejména v Americe a Anglii, je odborným synonymem vědeckého oboru pracovní a ještě více činnostní terapie **Occupational therapy**. Jejím obsahem je podpora činnosti a zaměstnání, aktivit, schopností a možností každého člověka.

Doporučuji prostudovat běžné webové stránky Wikipedie v anglickém jazyce se zaměřením na occupational therapy: https://en.wikipedia.org/wiki/Occupational_therapy.

Úkol pro zájemce: Prostudujte informace na webové stránce – viz webová adresa výše a v krátké eseji popište podstatu této terapie. Pokuste se prozkoumat, zda odpovídá přesně naší pracovní terapii nebo jsou mezi nimi podstatnější rozdíly?

KORESPONDENČNÍ ÚKOL Č. 4



V literatuře, která se týká obecně terapií nebo psychoterapie najdete termín „expresivní terapie“ a popište jeho kontext a nalezené souvislosti s muzikoterapií a arteterapií. Sepište písemně a vložte do Odevzdávárny předmětu dle instrukcí vyučujícího.

KORESPONDENČNÍ ÚKOL Č. 5



Prostudujte v RVP ZŠS průřezová témata a pokuste se aplikovat dramaterapii například ve formě hraní rolí nebo improvizace nebo hry na některé konkrétní téma. Vytvořte didaktickou přípravu ve tvaru (formě) dramaterapie s konkrétním cílem a se zohledněním specifické skupiny žáků základní školy speciální. Písemně zpracujte dle pokynů vyučujícího a vložte do Odevzdávárny předmětu.



KONTROLNÍ OTÁZKY KE KAPITOLE 3

11. Arteterapie a muzikoterapie patří do vzdělávací oblasti:

- a. Umění a hudba
- b. Umění a kultura
- c. Umění a život
- d. Hudební a výtvarná výchova

12. Muzikoterapie se v ZŠS využívá:

- a. Jako samostatný předmět
- b. Ve spojení s arteterapií
- c. V rámci hudební výchovy
- d. V rámci pracovních výchov

13. Mezi dílčí učební oblasti hudební výchovy patří:

- a. Hudebně pohybové činnosti
- b. Zpěv
- c. Hra na hudební nástroj
- d. Dramatická výchova

14. Dramaterapie je nejčastěji součástí:

- a. Základních kognitivně zaměřených oblastí
- b. Oblasti Umění a kultura
- c. Průřezových vzdělávacích témat
- d. Oblasti Člověk a práce

15. Sebeobsluha je dílčím cílem:

- a. Dramaterapie
- b. Činnostní terapie
- c. Ergoterapie

- d. Průřezových témat RVP ZŠS
16. Člověk a svět práce je:
- a. První vzdělávací oblastí RVP ZŠS
 - b. Poslední vzdělávací oblastí RVP ZŠS
 - c. Vzdělávací oblastí zahrnující dramaterapii a arteterapii
 - d. Vzdělávací oblastí zahrnující arteterapii a činnostní terapii
17. Ergoterapie je:
- a. Zdravotnická disciplína
 - b. Pedagogická disciplína
 - c. Sociální disciplína
 - d. Rehabilitační disciplína
-

SHRNUTÍ KAPITOLY



Třetí kapitola pojednává o základních a zároveň velkých terapiích, které vycházejí z psychoterapie, a to o arteterapii, muzikoterapii a dramaterapii, tedy o tzv. expresivních terapiích velkých. Ve druhé části se pak věnujeme ergoterapii, pracovní a činnostní terapii. Záměrem je podat souvislost s využitím těchto terapií v základní škole speciální, tedy v rámci edukace žáků s těžším mentálním a s kombinovaným postižením.

Terapie tohoto směru se v RVP ZŠS dají najít jako součást konkrétních vzdělávacích oblastí, tedy oblasti Umění a kultura a oblasti Člověk a práce. Specificky pak prolíná využití prvků terapií ve všech dílčích vzdělávacích oblastech. Dramaterapie a její využití je nejčastěji v praxi využíváno v rámci průřezových témat, a to rozvoje sociální komunikace a žitých rolí. V základní škole speciální se často místo celých terapií využívá terapeutických prvků, které se do edukace volně zařazují jako podpora učení a kognitivního a emocionálně osobnostního rozvoje. Pedagogové nacházejí v terapiích možnosti, kterými kreativně obohacují celý vyučovací proces a oživují tak stereotypní učební techniky.



ODPOVĚDI NA KONTROLNÍ OTÁZKY

11. b; 12. c; 13. a; 14. c; 15. c; 16. b; 17. a.



DALŠÍ ZDROJE

- HREBEŇÁROVÁ, L. *Edukácia osob s viacnásobným postihnutím*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej Univerzity, 2016. ISBN 978-80-555-1649-3.
- JANKŮ, K. *Terapie ve speciální pedagogice. Základy a obecná vymezení*. Ostrava: Pdf, 2013. ISBN 978-80-7464-280-7.
- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009.
- KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J., a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2011.
- MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2005, 2014.
- OSVALDOVÁ, M. *Muzikoterapia jako intervenčný dynamizmus u osob s postihnutím*. Bratislava: Iris, 2015. ISBN 978-80-89726-49-3.
- PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
- SAVKOVÁ, I.J. Holistic music therapy as one of the preventive activities in pupils with problem behavior. *Social Pathology and Prevention*. 2021;7(1):77-87. doi: 10.25142/spp.2022.001.
- VALENTA, M. *Dramaterapie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-586-5.
- VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: UP Pdf, 2003. ISBN 80-244-0698-5.

4 VYUŽÍVÁNÍ REHABILITAČNÍCH A POHYBOVĚ ORIENTOVANÝCH KONCEPTŮ V ZŠS

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Ve čtvrté kapitole jsme se posunuli cíleně ke konceptům, které se vedle kognitivního rozvoje týkají zejména rozvoje motoriky a pohybové rehabilitace, včetně té primární. Pokud se zabýváme žáky s kombinovaným a těžším mentálním postižením, je zřejmé, že takové děti se již v raném věku setkávají v mnoha případech s ranou péčí, která často využívá právě konceptů souvisejících s motorickým a psychomotorickým rozvojem. Tento záměr edukace trvá u žáků až do pozdního školního věku, protože jejich motorický vývoj je nutně právě za pomoci některých rehabilitačních metod stimulovat déle než u ostatních žáků.

V této kapitole jsme se zaměřili na psychomotoriku, orofaciální regulační terapii, Vojtovu a Bobathovu metodu, metodu Veroniky Sherborne a Petöho metodu, ale samozřejmě existují i další koncepty a strategie, které mimo tyto vyjmenované určitě pomáhají rozvíjet osobnost žáka s těžkým kombinovaným postižením. Na začátku kapitoly zmiňujeme polohování a masáže, které hrají nezastupitelnou úlohu v průběhu celého edukačního procesu a pomáhají stimulovat žáka v určité poloze a tuto měnit v průběhu denního režimu tak, aby byl stále v žádoucí pozici.

CÍLE KAPITOLY



Cílem této kapitoly je:

- Vymezit polohování a masáže jako stimulující základ práce s žákem v určité poloze;
- Charakterizovat vybrané metody: psychomotoriku, orofaciální regulační terapii, Vojtovu metodu, Bobathovu metodu, metodu Veroniky Sherborne, metodu Petöho;
- Zamyslet se nad denním režimem práce v ZŠS z pohledu neustálého začleňování pohybových a rehabilitačně prospěšných konceptů;
- Diskutovat využití těchto metod speciálním pedagogem a dalšími odborníky.

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



8 hodin samostudia + příprava korespondenčních úkolů č. 6 a č. 7



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Polohování, masáže, psychomotorika, orofaciální regulační terapie, Vojtova metoda, Bobathův koncept, metoda Veroniky Sherborne, Petöho metoda.

Pozornému studentovi je jistě po všech stránkách zřejmé, že edukace žáků s těžkým mentálním, tělesným a kombinovaným postižením, není v rámci povinného vzdělávání v základní škole speciální příliš podobná běžné či inkluzivní edukaci v základní škole. Zvláště s žáky s kombinovaným postižením tělesným je nutné pracovat ve správné poloze, která vyžaduje určitou znalost pedagogů a rovněž pozornost z hlediska častosti, změny, aktuálního stavu dítěte, střídání činnosti a uvolnění atp.

Zdá se zcela zásadní, aby pro jakoukoliv činnost byl žák ve škole ve správné poloze, přičemž její střídání umožní kvalitní práci a přímou podporu vnímání žáků. I proto tuto kapitolu, která se týká rehabilitačních a pohybových metod, terapeutických konceptů a činností uvozujeme právě tzv. „**polohováním**“, které, ačkoliv bývalo doménou rehabilitačních pracovníků, kteří s těmito dětmi pracovali v rámci ústavní péče nejvíce, se prolíná celým denním režimem žáků s těžkým a kombinovaným postižením čili samozřejmě patří do základní školy speciální.

Správné polohování je prevencí zdravotních komplikací, podporou vnímání a stimulace. Adekvátní poloha umožňuje sebeobsahu, usnadňuje běžné činnosti prováděné jak dítětem samotným, tak pedagogem nebo asistentem, stimuluje k výkonu a ke vzdělávání, aktivizuje motoriku a samozřejmě také umožňuje odpočívat, relaxovat a uklidnit se. Kromě těchto benefitů je zjevné, že díky správné poloze bráníme tvoření proleženin a dekubitů, prohlubování a návaznosti dalších vad apod. Polohování je podporou správného motorického vývoje jedince, což souvisí nejen s hybností, ale se všemi oblastmi osobnosti – kognitivní, emocionální, sociální, komunikační atd. Díky správnému nastavení v určité poloze pracujeme na odstraňování patologických vzorců motorických.

K polohování se využívají měkké i tvrdší pomůcky – podložky, válce, polštáře, pásy, vaky, křesla, židle, deky atd. Polohování souvisí s fixací končetin a trupu, které se právě v průběhu dne musí měnit a opakovat.

Různé druhy polohování se liší s důrazem na jejich cíl:

- Polohování **léčebně preventivní**, související s předcházením dalších negativních dopadů svalových a kosterních dysfunkcí;
- Polohování **diagnostické**, které využíváme pro diagnostické účely;

- Polohování **aktivní**, při kterém jde o dosažení maximální aktivity např. při kognitivních úlohách a přímém vzdělávacím procesu právě aktivním vnímáním v dané poloze;
- Polohování **pasivní**, které je protipólem aktivit a cílem se stává uvolnění a relaxace.

Polohování má své již standardní polohy, ovšem pravdou je, že díky heterogenitě různých postižení, poruch, abnormalit a anomálií je nutné aplikovat polohy velmi individuálně a empaticky.

Známé druhy polohování:

- tradičně vleže na zádech s fixací dolních končetin,
- vleže na boku například u typicky spastických poruch,
- polohování na břicho s nadzvednutím trupu, nebo s podložením a zaklíněním trupu,
- polohování vsedě v polohovacích židlích, vozících a s podpůrnými pomůckami (fixační popruhy a pásy),
- polohování vsedě za pomoci polohovacího vaku,
- polohování v kleku s fixací dolních končetin a trupu,
- polohování ve stoje (vertikalizační stojany) ad. (srov. Filatova, 2014; Opatřilová, 2005)

K ZAPAMATOVÁNÍ



Ve shrnutí uvádíme funkce a úkoly správného polohování:

- Umožnit vlastní aktivity, které v jiné poloze nejsou možné,
- stabilizovat člověka v určité poloze, tím programovat nové držení těla v CNS,
- umožnit co nejnižší míru fixace patologických motorických vzorců,
- snížit ataktické, atetoidní, hypertrofní pohyby těla,
- normalizovat (zvýšit či snížit) proprioceptivní reakce (např. snížit dráždivost, vzrušivost),
- předcházet dekubitům, proleženinám a poruchám kůže a nervstva,
- umožnit kvalitnější senzomotorickou stimulaci,
- usnadnit sebeobsluhu, přijímání potravy, hygienu,
- umožnit odlišné vnímání sebe sama a vlastního těla apod.

Polohování úzce souvisí i s dalšími činnostmi, mezi které patří také **masáže**. U žáků s kombinovaným mentálně – tělesným postižením má kromě léčebné funkce masáž také funkci aktivizační a stimulační a v protipólu také relaxační. Cílem profesionálně vedené

masáže je ale kromě stimulace i zlepšení krevního oběhu, dýchání, prokrvení pokožky, práce se svalstvem, reflexy, ad.

4.1 Psychomotorika

Psychomotorickou aktivitou máme na mysli takové činnosti, které ovlivňují psychické procesy člověka skrze cílenou motoriku a pohyb. Dalo by se říci, že psychomotorika je výchova pohybem. Rozvoj dítěte skrze pohyb je bazálním motorem v lidském rozvoji. Od ostatních metod, které jsou zaměřeny zvláště na pohyb se liší psychomotorika tím, že je zacílena na rozvoj osobnosti. Podle Valenty a Müllera (2003) ji lze definovat jako záměrnou aplikaci pohybových prostředků, kterými se mění chování, jednání, osobnost člověka, emoce a další složky pozitivním směrem.

Psychomotoriky můžeme využívat ve všech věkových obdobích, specifické uplatnění mají modelová cvičení psychomotoriky u dětí a žáků s tělesným a kombinovaným postižením, ale také například u těch, kteří jsou méně pohybově nadaní. Psychomotorika má své základy nejen v tělesném rozvoji a kultuře, ale také v pedagogice, psychologii, sociologii, fyziologii, etice, estetice, filozofii, ale také v hudbě (rytmus, vnímání rytmu, melodie a hudby celkově) apod.



K ZAPAMATOVÁNÍ

Trávníková, Sebera, Blahutková (2007) upozorňují na to, že psychomotorika zahrnuje:

- pohybové aktivity za účelem zlepšení obratnosti;
- posílení fyzické zdatnosti;
- bezděčné prožívání radosti z pohybu, ze hry a z tělesných cvičení;
- vytvoření tzv. bio – psycho – socio – spirituální pohody člověka;
- fungování prostřednictvím her;
- cílenou psychofyziologickou harmonii, aktivní odpočinek, regeneraci i aktivní kompenzaci práce duševní;
- psycho-fyzický i společenský rozvoj člověka, ad.

Psychomotorika využívá nejen specifických herních zásad – na prvním místě motivace prostřednictvím barevného nářadí a náčiní, originalitou a jednoduchostí aktivit, zapojení pedagoga do hry, prostorem pro tvořivost a samostatnost v nápadech a tvoření pohybu. Typicky využívá pedagog řadu různých pomůcek a náčiní, které nejsou samozřejmě pro například tělesnou výchovu - padák, molitanový míč, deky, noviny, balanční pomůcky, šlapák, chůďy, rolovací deska s válcem, káča, pивní tácky či víčka od PET lahví.

(srov. <https://is.muni.cz/elportal/estud/fsps/js07/psychom/pages/100.html>, 2021)

Ve smyslu užívání psychomotorických cvičení je psychomotorika konceptem podpory vývoje. Opatřilová (2005) ji pojímá jako systém tělesné výchovy, která využívá pohybu jako výchovného prostředku. Tato výchova podporuje iniciativu dítěte, tvořivost, respektuje individuální zvláštnosti, je hravá a zábavná. Důležitost spatřujeme v tom, že se touto metodou nesoustředujeme na rozvoj pohybu, ale na prožitek a navození příjemných pocitů a atmosféry. (srov. In Janků, 2013)

PRO ZÁJEMCE



V Německu je psychomotorika spjata s osobnou dr. E.J. Kipharda (1923 – 2010), který představil soubor psychomotorických cvičení – tehdy tzv. motopedagogiku. Ernst Jonny Kiphard je v Německu nazýván také „otcem psychomotoriky“, protože od 50. let minulého století spojil různé pedagogické a terapeutické přístupy do jednoho konceptu „psychomotoriky“. Postupy a zkušenosti předních vývojových diagnostiků a terapeutů, jako je dětská psychologka Jean Ayres, terapeutka Marianne Frostig, dětský psychiatr Helmut Hünneken, motolog Friedhelm Schilling a dětská lékařka Inge Flehmig - s ním byl v živém odborném rozhovoru. Jádrem jeho práce byl reflexivní přístup obohacený humorem. Vyvinul „léčbu psychomotorickým cvičením“ na Klinice dorostové psychiatrie v Güterslohu, byl vedoucím výzkumného úkolu DFG „Syndrom motorických deficitů v raném dětství s poškozením mozku“. Dále vymyslel test koordinace těla na trampolíně (TKT) a test tělesné koordinace pro děti (KTK) a publikoval Sensorimotor Development Grid jako diagnostickou screeningovou metodu pro děti ve věku 0 až 4 let.

Psychomotorika má dodnes mnoho zastánců a není se čemu divit – cílený a promyšlený pohyb dítěte je základní jednotkou jeho rozvoje. Podstatou psychomotoriky jsou pozitivní a motivující pocity dítěte, hravost, radost z pohybu a individuální motorický a vývojový postup.

4.2 Orofaciální regulační terapie

Další z terapeutických postupů, které se mohou využívat u žáků základní školy speciální, a jsou zaměřeny rehabilitačně a pohybově, je Castillova orofaciální regulační terapie.

Orofaciální regulační terapie byla původně přímo předurčena rozvoji dětí s Downovým syndromem. Až později byla aplikována i pro děti s jiným zdravotním postižením, např. dětem s mozkovou obrnou, ale i dospělým s obličejovou parézou (ochrnutím po úrazech, ale i v rámci různých regresivních onemocnění).

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

Cílem této terapie je správná funkce orofaciálního komplexu, tedy spojení různých anatomicko-fyziologických prvků, které slouží k tomu, aby se rozvíjely funkce přijímání potravy, mimika, dýchání a fonace. (Morales, 2006)



K ZAPAMATOVÁNÍ

Techniky, které napomáhají a podporují zlepšování svalového tonusu v obličeji, a v celé orofaciální oblasti, jsou velmi důležité při zlepšování dýchání, sání, polykání, předřečovém i řečovém vývoji.

Stimulace se provádí různými tlaky, tahy a vibracemi, které sice mají víceméně hravý charakter, počítá se totiž zde přednostně s libými pocity dětí, avšak přesto vyvolávají významné odezvy v celém těle, nejen v obličejové oblasti.

Orofaciální reflexní stimulaci rozdělujeme na ***pomáhající a pomocnou.***

Pomáhající se zaměřuje na zlepšování funkce přijímání potravy a pomocná na aktivaci svalstva obličeje při nácvičku a reedukaci artikulace. (Morales, 2006)

Poruchy v orofaciální oblasti se projevují nejen přímo při mluvení, ale i špatným držetím těla a poruchami přijímání potravy, což může v budoucnu způsobit mnohem horší poruchy trávicí a vylučovací soustavy, poruchy růstu, špatný spánkový režim, neklid apod. (Gangale, 2004) Navíc, mnoho žáků s kombinovaným postižením se potýká s tělesnou a svalovou dysharmonii, která se týká i orofaciálního svalstva.

4.3 Vojtova metoda

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

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

K ZAPAMATOVÁNÍ



Základem této metody je práce s prvními motorickými projevy dítěte, a to s **reflexy, které se opírají o vývoj jedince (v kojeneckém období zvláště) a mají průkaznou diagnostickou hodnotu.**

Vojta svými cviky podporoval motorický a reflexní vývoj dítěte. Tedy, pokud reflexní pohyby chybí, pak je probouzí, pokud existují patologické reflexní pohyby, pak se snaží je tlumit a odstranit. Vývoj dítěte jde postupně cestou primárních reflexů.

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

Programům, které následují tuto Vojtovu koncepci se říká programy podmíněných reflexů. Předpokladem úspěchu a zároveň i podmínkou práce je aktivní role terapeuta a překonávání nesnáží (odporu materie) i přes zásadu facilitovaného pohybu.

Václav Vojta vyvinul pojem **vývojová kineziologie**, jejíž podstatou jsou různé postupy, které bychom mohli zařadit do vývojové neurologie dítěte v kojeneckém věku. Hlavní úlohou vývojové kineziologie je ve všech postupech zachovat globální svalovou souhru celého těla ruku v ruce s periodickým vývojem. Pomocí postupů a procesů, které v rámci vývojové kineziologie Vojta nastavil, lze rozpoznávat, třídit a léčit motorické poruchy.

Terapeutický systém prof. Vojty zahrnuje tři globální modely, tedy postupy z určité motorické polohy, z pozice:

- model, který se aktivuje na břicho se nazývá reflexní plazení
- model aktivovaný z polohy na zádech se nazývá reflexní otáčení
- model, aktivovaný z polohy na obou kolenou se nazývá 1. pozice



PRO ZÁJEMCE

Charakteristikou vývojové kineziologie je pokračování vývoje motoriky dítěte od intrauterinního – prenatálního období dále. "Hnacím motorem" motorické ontogeneze je motivace dítěte (ideomotorika). Za předpokladu motivace dítěte se tedy automaticky objevují jisté svalové souhry, schopnosti dítěte se motoricky projevit a něco dosáhnout. Vytrávání CNS (ontogeneze motoriky) je charakterizováno vývojovými stupni. Každý vývojový stupeň je obsažen ve vyšším vývojovém stupni, což dokazuje kineziologická analýza těchto globálních motorických vzorů.

Vývojová kineziologie se zabývá motorickým vývojem dítěte a dává nám jasná pravidla k rozpoznání ideální hybnosti dítěte.

Seznamuje nás nejen s přesným architektonickým vyjádřením každého motorického vývojového stupně, ale zabývá se hlavně kineziologickým obsahem každého motorického vývojového vzoru, který je charakteristický pro určitý věk dítěte. Tak postupně zjišťujeme, jak vznikají svalové souhry a jak tyto svalové souhry spolu souvisí. Jsme pak schopni odpovědět na otázku, na jakém kvalitativně vývojovém stupni se dítě nachází.

Znalost vývojové kineziologie je přínosem nejen pro rehabilitaci pohybových poruch v pediatrii, ale má své nezastupitelné místo i v rehabilitaci dospělých. Při pohledu na držení osového orgánu (hlava, trup, pánev) dospělého pacienta a na způsob jeho pohybu jsme pak schopni určit, z jakého vývojového období si nese každý jedinec jisté nedostatky. Podle toho jsme schopni určit i výsledné držení těla včetně aker dolních i horních končetin. Špatná kvalita držení těla může přinést přinejmenším dříve nebo později vertebrogenní obtíže. Znalost vývojové kineziologie je tak nezbytným vybavením pro fyzioterapeuty zabývající se obecně rehabilitací pohybových poruch, a to nejen v oblasti diagnostiky, ale zvláště terapie.

(srov. <http://www.rl-corporus.cz/vojtuv-princip/vyvojova-kineziologie/>, 2022)

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



SAMOSTATNÝ ÚKOL PRO ZÁJEMCE

Prostudujte na webových stránkách: <http://www.rl-corporus.cz/vojtuv-princip/vyvojova-kineziologie/>, osnovu motorického vývoje dítěte a porovnejte ji se znalostmi ze somatopedie – motorický vývoj dítěte.

Následně, na příkladu konkrétního dítěte s poruchou vývoje motoriky zachyťte fotodokumentací patologický vzorec pohybu (stačí jeden) a dolořte fakty, jak by měl vývoj v tomto období a v rámci tohoto pohybu vypadat v normálu, co by mělo předcházet (v motorice) a co by mělo následovat.

4.4 Metoda Veroniky Sherborne

Teorie, na jejímž podkladě je zalořena metoda německé fyzioterapeutky Veroniky Sherborne (1922-1990), se zakládá na analýze lidského pohybu, kterou uskutečňoval mařarský umělec, tanečník a teoretik Rudolf von Laban (1879-1958). Labanovy úvahy týkající se potřeb dítěte (zejména potřeba pohybu, exprese, odreagování, kreativity) využila Sherborne, pokračovatelka jeho školy. Cílem tohoto přístupu je rozvoj osobnosti, rozvoj pohybového potenciálu člověka a podpora pohybových aktivit a jejich rozšíření a diferenciaci.

Sherborne vytvořila systém aktivit, které stimulují vývoj dítěte nejenom po stránce pohybové, ale také emocionální, smyslové a rozumové, a proto mají tyto postupy využití při disharmonickém a opožděném vývoji. Metoda vychází z přirozeného kontaktu rodičů s malými dětmi. Jeho autorka se domnívala, že pohybem lze vyjádřit své pocity, získat určitou volnost, vytvářet vlastní pohybové struktury a kompozice, s postupem času dát ale také vzniknout kategoriím pohybu více či méně vysublimovaných. (srov. Stankowski, 2005, www.sherbornemovementuk.org, 2013 in Janků, 2013)

Širším cílem této metody je jednak rozvinout vztahy a důvěru dětí v sebe sama, jednak uvědomení si vlastního těla díky pohybům a cvičení. Vůbec možnost poznat vlastní sílu, schopnosti a dovednosti, které dítě protká sdílením a spoluprací s ostatními je základem všech cviků, které Sherborne ve svém konceptu nabízí. Určitým spojovacím prvkem je pak dětská spontánnost a kreativita podpořená motivací k pohybům.

Autorka uvádí tyto benefity cvičení:

- rozvoj sebevědomí a vytváření pozitivních vztahů nejen k sobě samému, ale také k okolí;
- zlepšení emocionální a fyzické gramotnosti;
- rozvoj a zlepšení komunikace a výtvarného projevu;
- zlepšení schopnosti učit se, rozvoj všech kognitivních schopností;
- rozvoj analyticko-syntetických schopností, myšlení, řešení problémů;
- usnadnění začlenění dítěte se zdravotním postižením, lepší socializace; ad.

(Sherborne, 2006 in Janků, 2013)

I přestože popularita metody Veroniky Sherborne již není taková, jako například na konci 20.století (zejména z důvodu nedostatečné informovanosti a žádoucích seminářů a certifikací), nemůžeme tuto metodu vynechat již z důvodu jejich přínosů.

4.5 Bobathův koncept

Bobathův koncept pochází z padesátých let minulého století...z období, kdy se společnost velmi aktivně snažila najít takové metody a techniky práce, které by pomohly rodičům dětí s vývojovými poruchami, dětí s motorickými odchylkami v jejich správné motorické ontogenezi. A byli to právě manželé Bobathovi, Karel a Bertha, kteří vzbudili v mnoha lidech a rodičích dětí s těžkým zdravotním postižením, naději na návrat, či zlepšení, pohybových struktur organismu, podobně jako prof. Vojta s reflexní lokomocí.

Bobathova metoda je zaměřena na vyvolání automatických pohybových reakcí dítěte (vzpřimovací, rovnovážné, obranné reakce), které jsou nevědomou motorickou činností. Prvotní nácvik pohybových vzorců je následně nutné zafixovat a spontánně zapojit do pohybu dítěte.

Podobně, jako u reflexní lokomoce je Bobathův koncept využíván k útlumu patologických tonických reflexů mozkového kmene a hlubokých šíjových reflexů (tedy reflexů, které jsou považovány za příčiny pohybových poruch s příčinou v centrální nervové soustavě – mozku a míše).

Pohyb je při cvičení s dítětem umožněn pouze té části těla, která je aktivována kupříkladu tahem, tlakem a poklepáváním. Techniky držení dítěte v různých polohách a zacházení s jeho tělem nazýváme *handling* (z *angl.překl.*). Různé přerušované dotýkání a tlaky na kůži a svalstvo nazýváme *tapping* (také z *angl.překl.*). (Valenta, Müller, 2003)

Bobathova metoda je realizována zejména za pomoci handlingu. Terapeut fyzicky - tedy manuálními doteky - vyvolává automatické pohyby (vzpřimovací, rovnovážné a obranné). Vyvolaný pohyb dále sleduje a koriguje například použitím minimální opory na správných místech a v určitý čas pohybu. Touto korekcí získává dítě správný sensorický vjem normálně provedeného pohybu. Opakováním pak vzniká schopnost dítěte samostatně korigovat a kontrolovat vlastní tělo, a jeho držení. Znalost normálních ontogenetických vzorců motoriky a držení těla dovoluje terapeutovi čelit dalšímu vývoji abnormálního pohybového vzorce dříve, než se u dítěte zautomatizuje. Patologická schémata jsou potlačována, aby se umožnilo vytváření schémat normálních – např. chybně řízené postavení kloubů je změněno na normální funkční postavení, takže je pro dítě jednodušší se vzpřimit a udržet rovnováhu. (Bernard, 2006 in Janků, 2013)

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

hlazení, potřásání končetinami, kolébání, vodní masáž, relaxační techniky. (Stankowski, 2005)

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

- cvičení, která regulují umístění hlavy v prostoru a správnou polohu hlavy vůči tělu;
- cvičení, která pomáhají usnadnit pohyby těla a uchopování;
- cvičení, která zlepšují rovnováhu a otáčení okolo tělesné osy;
- cvičení, která ovlivňují vztah jednotlivých částí těla k sobě navzájem;
- cvičení, která zlepšují obranné reakce.

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

Pokud se zaměříme na patologie motoriky, pak je možné Bobathovu metodu využít, když u dítěte vidíme:

- abnormální svalový tonus, spasticitu nebo hypotonii nebo kolísající svalový tonus;
- poruchu automatické adaptace svalů při pohybu, což znemožňuje jeho plynulost;
- omezené množství posturálních a pohybových vzorů;
- nežádoucí synchronní pohyby při vykonávání konkrétní nebo nějaké specifické činnosti.

PRO ZÁJEMCE



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

4.6 Petöho metoda

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

Petö tvrdí, že základem pro pohybovou aktivizaci je aktivita a hodnoty skupiny, nejčastěji pak vrstevníků. Idea vzájemné motivace, společenství a kooperace se objevuje jakožto primární v mnoha oblastech speciální pedagogiky. Silná podpora samostatnosti a zodpovědnosti se v tomto konceptu objevuje mnohem více než v předchozích např. Bobathových myšlenkách, které jsou spíše založené na individuálním přístupu a dialogu. Petö, podle kterého byly ošetřovány především malé děti, směřuje k vytvoření určitého rituálu pohybů uvnitř skupiny. Velmi důležitými prostředky této metody je hudba a tanec, které pomáhají organizovat pohyb. Pomocnou roli v jeho činnostech hraje vybavení nábytkem, v podobě žebřin, speciálních chodítek, specializovaného náradí využívaného standardně při rehabilitaci motoriky a pohybových cvičeních. (srov. Bernard, 2006, Stankowski, 2005, Valenta, Müller, 2003 in Janků, 2013)



KORESPONDENČNÍ ÚKOL Č. 6

Prostudujte webové stránky, popřípadě jakoukoliv další literaturu a pokuste se najít informace k metodě „míčkování“. Tuto metodu popište jako krátkou seminární práci a pokud najdete i konkrétní zařízení v blízkosti vašeho bydliště, které tuto metodu využívá, pokuste se získat i nějaké konkrétnější informace.

Úkol zpracujte písemně a odevzdejte jako korespondenční úkol do Odezdvárny tohoto předmětu po dohodě s vyučujícím.



KORESPONDENČNÍ ÚKOL Č. 7

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

odové, terapie objetím Marthy Welchové, program kartáčování Wilbarger Brushing, neurofunkční pohybová reorganizace – Padovan, kineziologie Paula Dennisona, něžné učení nebo další)

Úkol zpracujte písemně a odevzdejte jako korespondenční úkol do Odezdvárny tohoto předmětu po dohodě s vyučujícím.

KONTROLNÍ OTÁZKY KE KAPITOLE 4



18. Proces či metoda, která souvisí s nastavení správné polohy dítěte při práci se nazývá:
- Pokládání
 - Polohování
 - Podkládání
 - Polevování
19. Psychomotorika je u nás spojena se jménem:
- Prof. Kiphard
 - Dr. Chmelová
 - Dr. Blahutková
 - Prof. Bernades
20. Orofaciální terapie byla původně určena pro:
- Děti s Downovým syndromem
 - Děti s mozkovou obrnou
 - Jedince se spastickou obrnou obličeje
 - Jedince mentálně postižené
21. Reflexní plazení je součástí:
- Bobathova konceptu
 - Vojtovy metody

- c. Psychomotoriky
 - d. Orofaciální regulační terapie
22. Vojtova metoda se také jinak nazývá:
- a. Metoda orofaciální lokomoce
 - b. Metoda reflexního plazení
 - c. Metoda reflexní lokomoce
 - d. Metoda vývojové motoriky
23. Veronika Sherborne:
- a. Byla italská fyzioterapeutka a tanečnice
 - b. Spolupracovala úzce s prof. Labanem
 - c. Spolupracovala s prof. Kiphardem
 - d. Byla německá fyzioterapeutka
24. Techniky držení dítěte v určité poloze se nazývají:
- a. Handling
 - b. Tapping
 - c. Touching
 - d. Standing
25. Stejně jako Vojtova metoda se Bobath koncept nejčastěji využívá v práci s dětmi s:
- a. Patologickými vzorci chování
 - b. Narušeným vývojem
 - c. Mozkovou obrnou
 - d. Mentálním postižením
-

SHRNUTÍ KAPITOLY



Čtvrtá kapitola odpovídá dalšímu tematickému oddílu předmětu, pro který je tato studijní opora zpracována. Týká se rehabilitačně zaměřených konceptů a metod na rozvoj motorických struktur žáků s těžkým kombinovaným a tělesným postižením.

Využití těchto vybraných metod, které v této kapitole charakterizujeme alespoň stručným popisem, je patrné v mnoha základních školách speciálních. Důvod pro zařazení této kapitoly je tudíž zřejmý, je jím využití a efektivita těchto metod v rámci edukace žáků s kombinovaným postižením a komplexní rehabilitační péče o tyto jedince, která zůstává patrná i v pozdějším školním věku.

ODPOVĚDI NA KONTROLNÍ OTÁZKY



18. b; 19. c; 20. a; 21. b; 22. c; 23. d; 24. a; 25. c;

DALŠÍ ZDROJE



- JANKŮ, K. *Terapie ve speciální pedagogice. Základy a obecná vymezení*. Ostrava: Pdf, 2013. ISBN 978-80-7464-280-7.
- MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2005, 2014.
- BLAHUTKOVÁ, M. *Psychomotorika*. 1. dotisk 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-3067-1.
- GANGALE, D., C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-0534-6.
- MORALES, R., C. (překlad MATĚJČKOVÁ, E.) *Orofaciální regulační terapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 978-80-7367-105-0.
- OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: MU, Pdf, 2005. ISBN 978-80-210-3819-5.
- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. 2.přepr.vyd. Brno: MU, Pdf, 2010. ISBN 978-80-210-5266-6.
- SHERBORNE, V. *Developmental Movement for Children*. 2. vyd. London: Worth Publishing, 2006. ISBN 1-903269-04-0.
- TROJAN, S. a kol. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-257-3.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Olomouc: Parta, 2003. ISBN 978-80-7320-063-5.

- VOJTA, V. PETERS, A. Vojtův princip. 3.přepr.vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-2472-710-2.

Elektronické zdroje:

- <http://www.rl-corpus.cz/vojtuv-princip/vyvojova-kineziologie/>
- <https://is.muni.cz/elportal/estud/fsps/js07/psychom/pages/100.html>
- http://www.cadbt.cz/#utm_source=firmy.cz&utm_medium=ppd&utm_campaign=firmy.cz-2323570
- <https://www.sherbornmovementuk.org/about/veronica-sherborne/>
- <https://isst-unna.de/en/castillo-morales-therapy/>

5 TERAPIE ZAMĚŘENÉ NA ROZVOJ SMYSLŮ A SMYSLOVÉ PERCEPCE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Pátá poslední kapitola tohoto studijního textu je cílena na shrnutí souvislostí ohledně rozvoje smyslového vnímání žáků s těžkým postižením. Úkolem vzdělávání žáků s kombinovaným či jinak vícenásobným postižením je naučit dítě vnímat a shromažďovat informace z okolí, které mu pomohou orientovat se v životě, využít svých možností a učit se a uchovávat zkušenosti, ze kterých se skládají vědomosti, schopnosti s dovednosti. Systematické vedení žáka k učení skrze smysly, zlepšování diferenciačních a analyticko-syntetických schopností smyslů je v procesu učení naprosto esenciální.

V této kapitole si přiblížíme ty koncepty a metody, jejichž cílem je rozvoj smyslů a smyslové percepce v konkrétním duchu a v obecné rovině jsou to metody, které mohou podporovat edukaci a obohatit kurikulum vzdělávání o zkušenostní a zážitkovou rovinu, která podporuje motivaci, stimuluje výkon a aktivační procesy centrálního mozkuvého systému.

CÍLE KAPITOLY



Cílem této kapitoly je:

- Vymezit smyslovou percepci a rozvoj smyslového učení;
- Charakterizovat aromaterapii a její smysl v edukačním prostoru ZŠS;
- Definovat koncept prenatalních místností jako možnost cíleného zklidnění a práce na psychoterapeutické úrovni;
- Objasnit podstatu konceptu Snoezelen a jeho podpůrný záměr v edukaci ZŠS u žáků s těžkým a kombinovaným postižením.

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



8 hodin samostudia + příprava korespondenčního úkolu č. 8

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Smyslová percepce neboli vnímání člověka je velmi důležitá schopnost a dovednost. Adekvátnost vnímání smysly podporuje spokojenost v životě člověka a také určitou kvalitu bytí. Od narození se smysly člověka vyvíjí (máme na mysli jak smyslové orgány, tak smyslové dráhy a příslušná analytická mozková centra). Smyslový orgán je takový přijímač, neboli receptor, který vnímá to, co se v okolí člověka nebo v člověku samotném děje. Informace tento receptor (oko, ucho, chuťové pohárky) přijímá z vnějšího nebo vnitřního prostředí a je pokaždé citlivý na jiný jev nebo charakteristiku (vlnová délka, teplo, chemická látka apod.).

Aktuálně se bavíme o smyslu zrakovém, sluchovém, čichovém, dotykovém, smyslu pro teplo, chlad, bolest, tlak, statické a polohovém smyslu, kinestetickém (svalovém, kloubním, šlachovém) smyslu, vibračním smyslu.

Jevy, které vznikají vnímáním, se často opírají hned o několik smyslu, tedy jde o multi-smyslové vnímání, ze kterého vznikají složitější struktury. Smysly se vzájemně doprovázejí, někdy vzniká z jednoho vjemu další jev, který pak souvisí s jiným smyslem atd. (ku příkladu barevné slyšení hudebníků je jev zvaný smyslová *synestezie*).

Výsledkem vnímání jsou tedy **vjemy, složitě a komplexní obrazy, které kromě čisté informace ovlivňuje naše zaměřenost, znalost, postoj, zkušenost, sociální vztahy a motivace**. Dnes již pracujeme s informací, že naše oči nevnímají stejně, jako při focení, ale skutečnost zkresluje aktivity mozku, které při zachycování a analýze vjemu fungují (subjektivní vnímání světa).

Naopak, když mozek nemá dostatek podnětů k tomu, aby si vytvářel vjemy, dochází k **senzorické deprivaci**, k nespojenému stavu člověka, který často provází únava, deprese a pesimismus.

Specifického kompromisu pak dosahujeme při vnímání situace nebo objektu více smysly, přičemž nejde o běžnou a stejnou skladbu, ale individuální vnímání, které je složeno z očekávání a faktických informací, ale také zkušeností a osobnostním vlivem.

(Kohoutek, 2021 in <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/smyslove-vnimani-a-vedomi-cloveka>)

Jak deklarují Bruno a Pavani (2018) smysly nejsou oddělené. Dokonce i poskytnutí vědecky uspokojivé definice toho, co by smysl mohl být, se ukazuje mnohem těžší, než naše naivní psychologie naznačuje. Navíc, vnímání není soubor pasivních kanálů pro zadávání dat. Percepční mechanismy fungují jako aktivní hledači podnětových informací. Vnímání není jen sekvenční řetězec událostí, ale cyklický proces, protože jsme pohyblivé organismy

a svými pohyby neustále získáváme nové smyslové signály z okolí. Z tohoto důvodu současné teorie modelují vnímání nikoli jako psychofyzický řetězec, ale jako cyklus vnímání-akce – ve skutečnosti je to multismyslový cyklus vnímání-akce.

A abychom propojili informace našeho studijního textu, je zřejmé, že multismyslový přístup je vhodný právě pro ty žáky, u nichž je díky poruše CNS či jinému např. smyslovému nebo tělesnému postižení narušená cesta vnímání a získávání informací, kterou je tedy nutné podpořit tím, že navýšíme zdroje v okolí dítěte, a cíleně pracujeme na analýze těchto smyslových vjemů, které řešíme nejprve monosenzoricky a následně se pokoušíme o multismyslové aktivity a jejich porozumění.

5.1 Koncept prenatálních místností

Mezi koncepty, jejichž úkolem je působit na sensoriku člověka, vnímání skrze smysly a začleňování zkušeností, vztahů a vazeb, patří bezesporu koncept Prenatálních místností jejichž autorem je Bernd Vogel.

Prenatální terapie pracuje se zvukem, hmatem, sociálními vztahy a zkušenostmi z prenatálního života, které si klient v rámci aktivit konceptu uvědomuje, prožívá je a pracuje s nimi s cílem zklidnění, ustálení vazeb a uvědomění si vlastní osobnosti a těla. Koncept umožňuje, podle Vogela, uvést člověka do prenatálního stavu prostřednictvím muzikoterapie na vodním lůžku, ve kterém je zabudována soustava reproduktorů, jejichž zvuk se přenáší na hmatový vjem. Autor se zabýval postupy, které by mohly poskytovat tzv. sociální uterus. (srov. Vogel, 1991 in Opatřilová, 2005). Prakticky jde o to, že dítě v lůně matky vnímá nejen zvuky, ale také vibrace zvuků přenášené skrze plodovou vodu. Cílem tohoto konceptu je vytvořit prostředí a atmosféru, ve které se člověk cítí dobře a příjemně na základě regresivních zážitků, sensorické stimulace, navázání vztahů, ustálení primárních vazeb a nových zkušeností.

K ZAPAMATOVÁNÍ



Vogelův terapeutický postup v prenatální místnosti má tři fáze:

1. fáze – získání (pra)zkušeností: navození situace dítěte v děloze před porodem, vytvoření příjemné atmosféry beze strachu, regresivní fáze jako dynamický a opakující se proces.

V první fázi této terapie se snažíme o regresi člověka zpět do nitroděložního prenatálního života. Není kladen důraz na rozumové a kognitivní schopnosti dítěte, ale naopak nejvíce se zaměřujeme na pudy a emoce. Prostřednictvím ochranného prostředí prenatální místnosti můžeme najít chybějící důvěru (pradůvěru) k sobě samému, ke druhým a k okolí. Vytvořením příjemné atmosféry lze dosáhnout zejména v těchto prvních okamžicích psychofyzického uvolnění, primárních (pra)prožitků radosti a bezpečí.

2. fáze – vnímání prenatálních podnětů: nabídka podnětů multismyslového charakteru, stimulace vestibulárního systému pohyby vody (vodo-zvukový systém), stimulace auditivně-vibračního smyslového vnímání hudbou a vibracemi.

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

3. fáze – zapojení okolí a prostředí: vnitřní okolí a jeho stimulace, vnější okolí a získávání podnětů, nové obohacující zkušenosti na základě dynamického procesu a regrese.

Poslední třetí fáze je charakteristická tzv. uvědoměním. Dítě si uvědomuje vlastní tělo, osobnost, pocity, a to skrze vestibulárně vibrační percepci. K tomu pomáhá vnímání a poslouchání srdečního tepu, dýchání, pulsování krve, různých tělesných šelestů apod. Dítě i jeho terapeut se tak učí vzájemně naslouchat, poznávat své projevy emocionálního rozpoložení, naučí se novým modelům chování, přijmou nové zkušenosti a zážitky skrze regresivní zážitky. (srov. Vogel in Opatřilová, 2005)

Prenatální místnost by měla i svým vzhledem navenek působit jako vnitřní prostředí v děloze matky, měla by být spíše tmavší, s barevnými odstíny červené, růžové a bílé. V rámci této terapie a její realizace se ztotožňujeme s názorem, že návrat do „bezstarostného“ prenatálního stádia na určitou dobu nabízí jakýsi pozitivní počátek pro další rozvoj (pozitivní původní prožitek matčina lůna a bezstarostného začátku života). (Valenta, Müller, 2003) Prenatální místnosti byly a jsou využívány zejména v institucích a domovech pro jedince s těžkým a vícečetným postižením, a v péči o děti s emocionální a sensorickou deprivací.

Dětské prožívání skutečnosti a myšlení se vyvíjí pomalu a v určitých stupních. Nejdříve dítě vnímá pomocí smyslů jen jednotlivé aspekty skutečnosti – vnímá rytmus v houpajícím se břiše matky, poslouchá úder srdce matky, vnímá hlas otce a později i zvláště příjemnou vůni matky, je prostě velkým vnímajícím orgánem. Dívá se, poslouchá a pozoruje tehdy, když se cítí jistě a v bezpečí. (srov. <https://soudna.cz/?url=snoezelen>, 2022)

5.2 Aromaterapie

Velmi zajímavou podporou edukačního procesu se nám zdá být aromaterapie, která v doslovném duchu znamená terapii vůní nebo také léčbu vůní.

Aromaterapie využívá rostlinných látek, označovaných jako „éterické oleje“ a dalších vonných esencí a složek k tomu, aby změnily náladu, zklidnily mysl, zlepšily poznávací procesy a ovlivnily tak duševní i fyzické zdraví a aktuální pocity člověka.

Pro žáky s těžkým mentálním a kombinovaným postižením je rozvoj této smyslové percepční složky velmi záhodný a stojí za to se nad ním a jeho cíli zamyslet.

K ZAPAMATOVÁNÍ



Co je dobré vědět o čichu a vůních

- Vůně je strážcem dýchání a příjmu potravy.
- Z 90% je náš chuťový vjem řízen čichem.
- Čichová paměť není zaměřena na rozeznávání pachů a různě rozdílných vůní. Jejím cílem je správné rozeznání neznámé a neočekávané vůně, která se dané situace týká.
- Zápach může být silnější než obvykle, nebo zcela nový, nebo známý, ale v určité situaci nečekaný. Zápach/vůně může být extrémně voňavý (lahodný) nebo odporný. Pokud ale odpovídá zápach nebo vůně situaci, dává nám pocit bezpečí.
- Nevědomý efekt vůně: po krátké chvilce přestává člověk cítit zápach nebo vůni v určité situaci. Říká se tomu adaptace a týká se všech známých (poznanych) vůní a zápchů. Vlastně se této vůni přizpůsobíme, zvykneme si na ni. Bez tohoto adaptačního mechanismu bychom se velmi rychle zahltili vůněmi a zápachy. Avšak, vůně i velmi známé se vždy po určité době zviditelní znovu, protože např. důležitý srovnatelný zápach (např. zápach, kdy něco hoří) bychom nemuseli bez této komparace zachytit.
- Vůně ovlivňují naše chování: Např. při experimentu bylo testovaným nabídnuto jíst sušenky, které se velmi drolily. V jedné ze situací byl do místnosti přidán kyblík s čisticím prostředkem (vůně jaru), kteří ale respondenti neviděli. A do druhé místnosti tento kyblík nepřidali. Respondenti pokusu v prvním případě se po jídle začali ptát na to, jak by mohli po sobě uklidit, kdežto druhé to vůbec nenapadlo.
- Vztah mezi vůní a pamětí: Mnoho vzpomínek, které máme jsou silně propojeny s vůněmi a pachy, které se v té situaci vyskytly. Například vůně čerstvě pokosené trávy, skořice, dezinfekce, ad. Okamžitě si tyto situace vybavíme, pokud jsme je zažili, vzpomene si na lidi, konkrétní slova, aktivity, na to jak jsme se cítili, jaké jsme měli pocity. Náš čichový orgán je přímo spojený s limbickým systémem, tedy tou částí mozku, která zajišťuje nejen vzpomínky, ale také emoce.
- Vztah mezi vůní a emocemi: Vůně zapříčiňují pozitivní i negativní emoce. Vůně emoce přímo vyvolávají.
(srov. Waanders – Westman, M., 2018)

Aromaterapie využíváme u žáků ZŠS k:

- Podpoře čichového a chuťového vnímání a zejména diferenciaci a analýzy
- Podpoře paměťových stop, uchování a vybavování vzpomínek, zážitků a zkušeností
- Ovlivňování emocí, pocitů a nálad
- Komunikaci na úrovni situací, signálů a symbolů (alternativní a augmentativní komunikaci)
- Zabezpečení zkušeností a zážitků
- Rozvoje dalších kognitivních procesů – myšlení, pozornosti, soustředění,
- Motivaci a ovlivňování řízení činností, zapojení vůle a trpělivosti, ať už vědomě nebo nevědomě.

Aromaterapie využívá rostlinných olejů (slunečnicový, olivový, sezamový, mandlový aj.), do kterých se přidávají aromatické olejové esence. Mezi nejrozšířenější éterické oleje patří: citronová tráva, levandule, cedrové dřevo, zázvor, santalové dřevo, borovice, jasmín, růže, či granátové jablko.

Rostlinné silice, které jsou podstatou olejových esencí jsou obsaženy v různých částech rostlin ve zvláštních pletivech. Jsou především v květech, plodech, ale i listech, kůře a kořenech, přičemž jejich význam pro rostlinu je objasněn jen částečně. Zatím se vykládají jako lákadla pro opylující hmyz, jako usměrňovače transpirace. Také plní v rostlině funkci fytoncidů, tedy látek s protipatogenními účinky. Obsah silic v rostlině kolísá nejen v průběhu jejího vývinu (ontogeneze), ale též v průběhu jednoho dne, což velmi ovlivňuje sběr částí rostlin a získávání olejů. (srov. www.aromaterapie.cz, 2021)

Aromaterapeutické postupy zahrnují:

- Aroma-masáž
- Aroma-inhalaci
- Aroma-koupel.

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

Využívání aromaterapie vyžaduje určité povědomí, znalost rostlin, zkušenost s vůněmi, avšak také individuální použití u konkrétních jedinců, kteří mohou být zvláště citliví na některé z vůní, které mohou mít jednak spojeny s nějakou situací, člověkem nebo aktivitou a také (jak se říká) „každému voní jiný parfém“, musíme jednat dle preferencí zcela související s osobností člověka. Při správném použití pak může vůně být více než jen pomocným smyslovým efektem, může být branou ke zklidnění a dobré náladě, může být paměťovým háčkem a může být mostem k lepším vztahům.

PŘÍKLAD**Cíle pro záměrné použití vůní**

1. Zažít základní pocit bezpečí
2. Ovlivňování bdělosti
3. Navození atmosféry
4. Rozpoznání osoby, prostoru, činnosti, přechodu/změny
5. Vybavení vzpomínek
6. Terapie
7. Činnost nebo hra: rozvoj vnímání různých vůní
8. Smysl pro čas
9. vlastní nápady???

KORESPONDENČNÍ ÚKOL Č.8

Pokuste se, dle Příkladu Cíle pro využití vůní s každý bod konkretizovat a připravit činnost, která by jej charakterizovala. V posledním případě vymyslete další možný cíl využití vůní (a možná i nelibých vůní – zápachů) v podpoře edukace žáků ZŠS. Úkol zpracujte do písemné podoby a dle instrukcí vyučujícího odevzdejte ve formě seminární práce.

A z následujících příkladů, popř. z dalších vůní, vyberte vhodné konkrétní vůně a práci s nimi v daném cíli.

<p>Anýz</p> <p><i>Povzbuzující,</i></p> <p><i>Relaxace i stimulace, silné aroma</i></p> <p><i>Pozor u epilepsie!</i></p>	<p>Grep</p> <p><i>Revitalizační, občerstvující</i></p>
<p>Bazalka</p> <p><i>Čistící, zklidňující,</i></p>	<p>Jasmín</p> <p><i>Relaxační</i></p>
<p>Bergamot</p> <p><i>Relaxační, osvěžující</i></p>	<p>Jalovec</p> <p><i>Zklidňující, posilující, jemný</i></p>
<p>Heřmánek</p> <p><i>Relaxační, uklidňující</i></p>	<p>Levandule</p> <p><i>Životabudič, pozvedávající, relaxační</i></p>
<p>Kafr</p>	<p>Citrón</p>

<i>Relaxační, uklidňující</i> <i>Pozor u epilepsie!</i>	<i>Občerstvující, povzbuzující</i>
Cedr <i>Relaxační, jemné aroma</i>	Citrónová tráva <i>Zklidňující, povzbuzující</i>
Skořice <i>zklidňující</i>	Mandarinka <i>Relaxační, zklidňující</i>
Šalvěj muškátová <i>Zklidňující, pozvedávající, relaxační</i> <i>Pozor u epilepsie!</i>	Meduňka <i>Zklidňující, až uspávající</i>
Koriandr <i>Revitalizační, energizační, relaxační</i>	Oregano <i>Čerstvá vůně, zklidňující, vhodné pro epileptiky</i>
Eukalyptus <i>Pozvedávající, léčí nespavost</i> <i>Pozor u epilepsie a vysokého krevního tlaku</i>	Pačuli <i>Relaxační, ale těžká vůně</i>
Fenykl <i>relaxační</i>	Borovice <i>občerstvující</i>
Zázvor <i>Stimulační, povzbuzující</i>	Tea tree <i>Povzbuzující, posilující, pozor u epilepsie</i>

5.3 Bazální stimulace

Bazální stimulace je koncept dr. prof. Andrese Fröhliche, původně speciálního pedagoga, který měl nabídnout lidem s těžkým a kombinovaným mentálním postižením rozvoj percepce na takovou úroveň, aby lépe a snáze vnímali okolní svět a mohli s ním začít komunikovat. Bazální stimulace se tak stává bazálním dialogem, tedy základním rozhovorem mezi lidmi.

Původně speciálněpedagogický koncept se díky německé zdravotní sestře Biensteinové stal konceptem také pro ošetrovatelský personál v nemocnicích. Jeho podstata tkví v mnoha vědních oborech, v pedagogice, fyziologii, anatomii, vývojové psychologii a celkově v medicíně. U nás se o propagaci této metody zasloužila dr. Karolína Friedlová, která založila Institut bazální stimulace.

Ke konceptu patří neodmyslitelně holistická teorie o nemožnosti oddělovat psychiku, fyzikální a duševní stránku osobnosti člověka.

Model, který uvedla U. Hauptová z Německa vychází ze zkušeností ve všech oblastech, které ovlivňují život člověka a posouvá jej dále. Tyto oblasti jsou za normálních okolností vzájemně propojeny komunikací, patří mezi ně: myšlení, pocity, pohyb, tělesná zkušenost, vnímání sociální zkušenost. (srov. Vítková, 2006)

Obr.1: Model celistvosti Ursuly Hauptové (srov. Vítková, 2001, 2006 in Janků, 2013)



Těžké kombinované postižení ovlivňuje funkce dílčích složek osobnosti, které tudíž nejsou stejně využívány, a nepracují komplexně v souhře, což znamená, že takový jedinec není schopen vyhodnocovat stejným způsobem životní realitu a situace, které běžně prožívá. Koncept bazální stimulace v holistickém pojetí umožňuje rozvíjet jednotlivé oblasti více a podnítit souhru složek osobnosti.

Prostřednictvím pohybu a vnímání se vytvářejí tělesné zkušenosti, které hrají markantní roli v identifikačním vývoji jedince (vývoj tzv. body image, atd.). Velmi výjimečné postavení v tomto konceptu tvoří tedy **aktivizace** redukovaných pohybových schopností jedince,

kteřá **pomocí bazálních podnětů** otevírá zřejmou individuální izolaci dítěte. (in Janků, 2013)

Koncept Bazální stimulace vychází z modelů vývojových, a to z:

- Pechsteinova neuropsychologického modelu vývoje,
- Piagetova modelu senzomotorického vývoje inteligence,
- Bobathova fyzioterapeutického modelu. (srov. Fröhlich in Vítková, 2001)

První model, Pechsteinův, nám říká, že díky nedostatku podnětů, tedy díky senzoričné deprivaci, přestává náš mozek fungovat a díky nevytváření synapsí se dále nevyvíjí. Druhý model, Piagetův, je založen na tom, že bez pohybů a motoriky se dítě nenaučí chápat realitu a nemůže se přizpůsobit okolí. Třetí model, Bobathův, dokazuje tvorbu kinesteticko-proprioceptivního vnímání a výstavbu drah a struktur v mozku díky rehabilitaci a cvičením.

Aktivní zapojování dítěte s těžkým postižením do běžných činností a zapojování jeho vnímání podněcuje vznik nových dendritických spojení v mozku, a může znamenat tvorbu nových drah a struktur, tedy podporuje plasticitu mozku.

Člověk, který je omezen v pohybu a ve vnímání, jehož aktivity jsou zredukovány, je učen vnímat jen tady a teď, a jeho činnosti jsou vázány jen na to nejnnutnější, má přímou vazbu na deprivaci nejen senzoričnou, ale i další. Podstatou jeho edukačního záměru by tedy měla být aktivizace, rozvoj vnímání, komunikace, podněcování k činnostem ať už společným nebo individuálním. Bazální stimulace se cíleně týká a rozvíjí:

- **somatické podněty,**
- **vibrační podněty,**
- **vestibulární podněty,**
- **čichové a chuťové podněty (orální),**
- **sluchové (akustické) podněty,**
- **zrakové (vizuální) podněty,**
- **taktilně – haptické podněty,**
- **komunikativní a sociálně-emocionální podněty.**

Somatické podněty

Cíleno na: svalstvo a kůži

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

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

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

Vibrační podněty

Cíleno na: kostru a kosti.

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

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

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

Vestibulární podněty

Cíleno na: svalstvo, kosti, kůži, vestibulární aparát.

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

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

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

Čichové a chuťové podněty

Cíleno na: ústa, obličej, orální oblast.

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

Jak a proč: děti s těžkým postižením zvláště v prvních měsících upřednostňují stejně jako ostatní děti chuť a vůni matky, kterou tak vždy poznají. Vnímání vůní a chutí patří mezi radostné okamžiky. Následné krmení sondou nebo kašovitou stravou omezuje nejen

tyto okamžiky, ale také citlivost orální oblasti. Také koordinaci ruky, která vede lžici k ústům je nutné cvičit (koordinace ruka-ústa). Stimulace orální dutiny rozvíjí také komunikaci a připravuje dítě na verbální řeč.

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

Sluchové a zrakové podněty

Cíleno : sluch, zrak, oči a uši.

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

Jak a proč: Dítě s těžkým postižením je často schopné vnímat pouze kontrastní hluk a obraz – výraznou hlasitost, rytmus, světlo, tmu. Tento fakt souvisí s tím, že zrak a sluch jsou distanční smysly, které musíme zpracovávat mnohem více v CNS než smysly blízké – např. hmat nebo vibraci. Dítě se snaže učí identifikovat a diferencovat vjemy sluchové a zrakové za pomoci jiného „jednoduššího“ vjemu – např. doteku. (Jak uvádí Vítková (2006) je trvalá zvuková kulisa nevhodná, systematická kombinace zvuku a tance – pohybu, doteku – nabízí lepší orientaci na slyšené.) U dlouhodobého mnohotvárného pobývání v hluku a mezi barvami a tvary dochází k přesycení stimuly.

Příklad: využívání světla, barevných lamp v kontrastu s tmou nebo světlem, hudební cd, hudební nástroje, bubny, pomůcky zvukové a světelné, svítidla, svíčky, různé zdroje světla, zvukové podlahy, hračky, zpěv, tanec, rytmické pozdravy.

Taktilně – haptické podněty

Cíleno na: svalstvo, kůži.

Cíl taktilního vnímání: vnímání doteku, rozvoj a diferenciacie hmatu, emocionální a komunikativní rozvoj.

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

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

Komunikativní a sociálně-emocionální podněty:

Cíleno na: mozek, myšlení.

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

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

Mezi hlavní myšlenky konceptu Bazální stimulace (srov. Friedlová, 2020)

- B.S. (zkr. B.S. = bazální stimulace) znamená ubírat se společně po určitý čas stejnou cestou
- B.S. se formuje ze vztahu mezi terapeutem a klientem
- B.S. pomáhá terapeutovi učit se vnímat tak, aby umožnil vnímat klientovi, a to pomocí informací, které postrádá a naopak redukcí těch informací, které jej zatěžují
- B.S. nabízí klientovi takové vjemy, u kterých může sám rozhodnout, zda je přijme, či ne.
- B.S. umožňuje klientovi, aby cítil hranice svého těla, měl zážitek ze sebe sama, cítil okolní svět, cítil přítomnost jiného člověka.
- B.S. umožňuje klientovi i terapeutovi rozvinout vlastní kreativitu a realizovat své schopnosti.

5.4 Snoezelen – MSE

Slovo, které označuje tento multismyslový koncept „Snoezelen“ vzniklo, stejně jako celá metoda v Holandsku a výraz je složen ze dvou sloves „*snuffelen*“ a „*doezelen*“, které můžeme do českého jazyka přeložit jako: *cítit* (ve smyslu číchat) a *dřít* nebo také *pospávat*, *pobývat* a *relaxovat* (srov. in Hulssege, Verheul, 1989). V českém jazyce pro tento výraz nemáme odpovídající ekvivalent, a tak se používá původní označení „*Snoezelen*“ (čti [snu:zelen]). Zkratka MSE pochází z mnohem pozdějšího období a k názvu Snoezelen je přiřazena až po adaptaci definice Snoezelenu Mezinárodní asociací Snoezelen (ISNA) v roce 2012. Zkratka znamená z angl. *multisensory environment*, tedy česky *multismyslové prostředí* a predikuje tak podstatu tohoto konceptu.

Samotný koncept Snoezelen v Holandském Centru de Hartenberg vytvořili Verheul a Hulssege, kteří hledali činnosti pro dospělé s těžkým mentálním a kombinovaným postižením. Nejprve shromáždili pomůcky pro rozvoj aktivního vnímání smysly do stanu, tedy do mobilní podoby, se kterou bylo možné jakž-takž manipulovat, přemísťovat pomůcky a měnit je a posléze, když se forma aktivit osvědčila a lidem se líbila začali budovat speciální

místnosti, které byly využívány většinou klientů v centru po dlouhou dobu, až do roku 2016 bez větších obměn.

Podstatou konceptu Snoezelen – MSE je speciálně vytvořené prostředí s pomůckami a technikou na rozvoj smyslového vnímání (světelné, zvukové pomůcky, haptické stěny, vodní postel, optická vlákna, světlené kotouče a reflektory, aromalampy, hmatové chodníky, vodní bublinkové válce, interaktivní tabule, houpačky a vestibulární sítě, ad.). Speciální je i design těchto místností, který by měl být adekvátní konkrétním klientům, jejich potřebám a cíli práce. Prostředím nemusí být celá zavřená místnost, může to být hala, chodba, celé zařízení, zahrada, ale i koutek ve třídě nebo něco podobného.

Definice, která je uvedena na webových stránkách mezinárodní asociace sdružující odborníky i přátele a zájemce o tuto metodu (International Snoezelen Association – ISNA) charakterizuje Snoezelen takto: „...*prostředí, které vytváří pocit pohody, uvolnění, zklidnění, ale také aktivizuje, stimuluje a probouzí zájem, řídí a klasifikuje podněty, vyvolává vzpomínky, organizuje komplexní rozvoj, snižuje pocity strachu a úzkosti, vyvolává pocity jistoty a bezpečí, podporuje socializaci a rozvoj vztahů, přináší radost.*“ (srov. www.isna.org, 2021)

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

Snoezelen a multismyslové koncepty jsou dále samostatným předmětem, ve které studenti získají dostatečné teoretické i praktické vědomosti, znalosti a dovednosti při práci s touto metodou.



PRO ZÁJEMCE

Gentle teaching – Jemné učení

V poslední části tohoto studijního textu si dovoluujeme poukázat na velmi přínosný systém edukační péče, který sice nelze řadit mezi terapie, ale v mnoha svých částech obsahuje prvky terapeutického přístupu pedagoga k žákovi s těžkým postižením.

Přístup se nazývá Gentle teaching, což v překladu znamená „jemné nebo něžné učení“, avšak jeho ustálený výraz zatím nebyl zcela formálně přijat. Název i celý koncept pochází z Amerického prostředí a jeho výchozí podstatou je učení C. Rogerse, který tvrdí, že správné učení není možné bez vlastní angažovanosti. Gentle teaching koncept povyšuje toto učení směrem k vytváření skupiny (kultury) lidí, kteří se v péči o lidi s postižením (zejména v sociálních službách a institucionální péči) zacílí na primární zabezpečení toho, aby se člověk cítil v bezpečí, milován, miloval a sám se angažoval (systém motivace a

vůle). Koncept je reprezentován Anthonyem M. McCrovitzem, doktorem filozofie a psychologem, který celý dosavadní život zasvětil práci s lidmi s těžkým a kombinovaným postižením.

I přesto informujeme o tomto konceptu pouze krátce, doporučujeme alespoň stručný text, který dr. McCrovitz poslal i do našeho Fakulního časopisu Social pathology and Prevention: <https://spp.slu.cz/pdfs/spp/2020/02/06.pdf>

V jeho nové knize Returning to Gentleness (2021, s. 19 – 20) pro ilustraci píše: „**Pro mě inkluze souvisí se třemi mezníky, a to s tím, aby každý člověk: byl pochopen, byl doceněn a byl akceptován.**“

V závěru tedy vyjadřuji naději v to, aby i lidé s těžkým postižením měli šanci na kvalitnější přístup v duchu jemného učení.

KONTROLNÍ OTÁZKY KE KAPITOLE 5



26. Prenatální terapie je spojována s:

- a. A. Verheulem
- b. H. Fröhlichem
- c. B. Vogelem
- d. U. Hauptnovou

27. Vyjmenujte tři byliny, které mají zklidňující a relaxační účinky:

28. Synonymem pro Bazální stimulaci je:

- a. Bazální podpora
- b. Bazální cvičení
- c. Bazální komunikace
- d. Bazální dialog

29. Rostlinné silice, jsou obsaženy v:

- a. Květech rostlin

- b. Listech rostlin
 - c. Květech i listech rostli
 - d. Různých částech rostlin
30. Koncept Bazální stimulace vychází z:
- a. Pechsteinova modelu
 - b. Vojtova principu
 - c. Ericksonova principu
 - d. Modelu Friedlové
31. Model celistvosti U. Hauptové má spojovacím prvkem:
- a. Vnímání
 - b. Komunikaci
 - c. Vztahy
 - d. Myšlení
32. Mezi oblasti vnímání, na které je zaměřena Bazální stimulace nepatří:
- a. Komunikativně – emocionální vnímání
 - b. Motorické vnímání
 - c. Vibrační vnímání
 - d. Vestibulární vnímání
33. Výraz Snoezelen je složen:
- a. Ze dvou německých slov
 - b. Ze dvou anglických slov
 - c. Ze dvou francouzských slov
 - d. Ze dvou holandských slov

34. Mezi blízké smysly patří:

- a. Hmat
- b. Sluch
- c. Zrak
- d. Chut'

35. Zkratka MSE znamená:

- a. Multismyslové vzdělávání
- b. Multismyslové prostředí
- c. Motorickou stimulaci
- d. Motorickou edukaci

SHRNUTÍ KAPITOLY



V poslední páté kapitole jsme představili takové koncepty a metody, které souvisí více s rozvojem smyslového vnímání a smyslových aktivit než s jinými oblastmi rozvoje, ovšem nevyjímaje. Konkrétně šlo o koncept Prenatálních místností, Aromaterapii, koncept Bazální stimulace a koncept Snoezelen – MSE.

I přestože jsou tyto metody velmi náročné, a to nejen na přípravu (pomůcky, technika, vybavení, množství materiálů apod.), ale i na profesní znalosti, kompetence a vlastní zainteresovanost, patří mezi metody inspirativní a jsou zejména u žáků a klientů s těžkým mentálním postižením a kombinovaným postižením využívány často.

ODPOVĚDI NA KONTROLNÍ OTÁZKY



26. c; 27. meduňka, borovice, máta, oregano, heřmánek, cedr, skořice 28. d; 29. d; 30. a; 31. b; 32. b; 33.d; 34. a; 35. b.



DALŠÍ ZDROJE

- BRUNO, Nicola, Francesco PAVANI. 2018. Perception. A multisensory perspective. UK: Oxford University Press, 2018. 1th edition. ISBN 978-0-19-872502-2.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace. 2020.
- HULSEGG, J., VERHEUL, A. *Snoezelen Eine andere Welt*. Marburg/Lahn: Band 21. Grosse Schriftenreihe, 1986. ISBN 3-88617-091-8.
- JANKŮ, K. *Terapie ve speciální pedagogice. Základy a obecná vymezení*. 2013.
- JANKŮ, K. *Terapie ve speciální pedagogice. Zaměření na osoby s těžkým postižením*. 2013.
- KOHOUTEK, 2021 in <https://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/smyslovevnimani-a-vedomi-cloveka>
- McCROVITZ, Anthony. 2021. Gentle teaching. Online. Dostupné z: <https://spp.slu.cz/pdfs/spp/2020/02/06.pdf>
- OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: MU, PdF, 2005. ISBN 978- 80-210-3819-5.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 978-80-7315-134-0.
- WAANDERS-WESTMAN, Marian. 2018. Guided by scent. A fresh look at the use of odour in healthcare and education. NL: Bartiméus and Clarent, 2018. ISBN 978-94-91838-63-7.
- www.aromaterapie.cz
- www.isna.org

SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY

Psycholog Berne ve své knize *Jak si lidé hrají* (2011) uvádí: „...je pravděpodobné, že citové a smyslové strádání může způsobit nebo podporovat změny organismu. Jestliže retikulární aktivační systém mozku kmene nedostává dostatečné podněty, může to mít za následek – aspoň nepřímo – degenerativní změny nervových buněk...v tomto smyslu má hlad po podnětech k zachování lidského organismu stejný vztah jako hlad po potravě.“

Edukace dětí a žáků s těžkým a kombinovaným postižením byla v průběhu naší historie mnohdy zcela ignorována, tyto jedince jsme nejen nazývali „nevzdělatelnými“, ale také jsme se k nim takto chovali. Tato doba je ale již za námi a systém vzdělávání právě pro žáky s těžkým a kombinovaným postižením je zcela pevně ukotven v systému české vzdělávací politiky. Odlišností, které se jich právě v edukaci týkají je velké množství, a všechny vyžadují speciální a individuální přístup, empatii a trpělivost. Právě z toho důvodu si pomáháme metodami a terapiemi, které nejenže vycházejí vstříc speciálním potřebám těchto žáků, ale rovněž umožňují pedagogům posílit kreativně, alternativně, inspirativně a motivačně každodenní strukturovanou, ale mnohdy rutinní práci, která může více podpořit osobnosti žáků a podpořit jejich rozvoj. Terapie se tímto staly neodmyslitelně součástí vzdělávání v základní škole speciální.























Kateřina Janků

LITERATURA

- BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. Strategie vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v inkluzivním prostředí základní školy: texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2016. ISBN 978-80-7315-255-0.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava; VÍTKOVÁ Marie et al. Inkluze ve škole a ve společnosti jako interdisciplinární téma : Inclusion in schools and society as an interdisciplinary issue. Brno : MU, 2016. ISBN 978-80-210-8093-5.
- BENDO VÁ, Petra, ed. Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-422-9.
- BLAHUTKOVÁ, M. *Psychomotorika*. 1. dotisk 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-3067-1.
- BRUNO, Nicola, Francesco PAVANI. 2018. Perception. A multisensory perspective. UK: Oxford University Press, 2018. 1th edition. ISBN 978-0-19-872502-2.
- ČERNÁ, Marie. Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-802-4615-563.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace. 2020.
- GANGALE, D., C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-0534-6.
- HREBEŇÁROVÁ, L. *Edukácia osob s viacnásobným postihnutím*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej Univerzity, 2016. ISBN 978-80-555-1649-3.
- HULSEGG, J., VERHEUL, A. *Snoezelen Eine andere Welt*. Marburg/Lahn: Band 21. Grosse Schriftenreihe, 1986. ISBN 3-88617-091-8.
- JANKŮ, K. *Terapie ve speciální pedagogice. Základy a obecná vymezení*. 2013.
- JANKŮ, K. *Terapie ve speciální pedagogice. Zaměření na osoby s těžkým postižením*. 2013.
- JANKŮ, Kateřina. Podpora vzdělávání dětí a žáků s kombinovaným postižením v Moravskoslezském kraji. Ostrava: Pdf, 2019. ISBN 978-80-7599-156-0.
- JANKŮ, Kateřina. Snoezelen v teorii, v praxi a ve výzkumu. Opava: SLU FVP, 2018. ISBN 978-80-7510-335-2.
- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009.
- KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J., a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2011.
- KANTOR, Jiří, Marcela MICHALÍKOVÁ, Libuše LUDÍKOVÁ a Zuzana KANTOROVÁ. *Žité zkušenosti rodin dětí s těžkým kombinovaným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4912-8.
- KOHOUTEK, 2021 in <https://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/smyslove-vnimani-a-vedomi-cloveka>

- LUDÍKOVÁ, Libuše. Kombinované vady. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- McCROVITZ, Anthony. 2021. Gentle teaching. Online. Dostupné z: <https://spp.slu.cz/pdfs/spp/2020/02/06.pdf>
- MORALES, R., C. (překlad MATĚJČKOVÁ, E.) *Orofaciální regulační terapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 978-80-7367-105-0.
- MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2005, 2014.
- OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: MU, PdF, 2005. ISBN 978- 80-210-3819-5.
- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. 2.přepr.vyd. Brno: MU, PdF, 2010. ISBN 978-80-210-5266-6.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Edukace osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami: Education of persons with severe disability and multiple disability*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6221-4.
- OSVALDOVÁ, M. *Muzikoterapia jako intervenční dynamismus u osob s postihnutím*. Bratislava: Iris, 2015. ISBN 978-80-89726-49-3.
- OŠLEJŠKOVÁ, Hana; VÍTKOVÁ, Marie et al. *Východiska, podmínky a strategie ve vzdělávání žáků s těžkým postižením na základní škole speciální*. vyd. 1. Brno : Masarykova univerzita, 2014. 310 s. ISBN 978-80-210-6673-1.
- RVP ZŠS 2008. online. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/ramcove-vzdelavaci-programy-pro-vzdelavani-zaku-se>.
- SAVKOVÁ, I.J. Holistic music therapy as one of the preventive activities in pupils with problem behavior. *Social Pathology and Prevention*. 2021;7(1):77-87.
- SHERBORNE, V. *Developmental Movement for Children*. 2. vyd. London: Worth Publishing, 2006. ISBN 1-903269-04-0.
- TROJAN, S. a kol. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-257-3.
- VALENTA, M. *Dramaterapie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-586-5.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Olomouc: Parta, 2003. ISBN 978-80-7320-063-5.
- Věštník MŠMT ČR č. 8/1997, čj. 52602/97-22
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 978-80-7315-134-0.
- VÍTKOVÁ, Marie, Petr KOPEČNÝ. *Strategies in the education of students with severe disabilities extending into young adulthood*. Brno: MU, 2015. ISBN 978-80-210-7194-0.
- WAANDERS-WESTMAN, Marian. 2018. Guided by scent. A fresh look at the use of odour in healthcare and education. NL: Bartiméus and Clarent, 2018. ISBN 978-94-91838-63-7.
- www.aromaterapie.cz
- www.isna.org.

PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON

	Čas potřebný ke studiu		Cíle kapitoly
	Klíčová slova		Nezapomeňte na odpočinek
	Průvodce studiem		Průvodce textem
	Rychlý náhled		Shrnutí
	Tutoriály		Definice
	K zapamatování		Případová studie
	Řešená úloha		Věta
	Kontrolní otázka		Korespondenční úkol
	Odpovědi		Otázky
	Samostatný úkol		Další zdroje
	Pro zájemce		Úkol k zamyšlení

Pozn. Tuto část dokumentu nedoporučujeme upravovat, aby byla zachována správná funkčnost vložených maker. Tento poslední oddíl může být zamknut v MS Word 2010 prostřednictvím menu Revize/Omezit úpravy.

Takto je rovněž omezena možnost měnit například styly v dokumentu. Pro jejich úpravu nebo přidávání či odebrání je opět nutné omezení úprav zrušit. Zámek není chráněn heslem.

Název: **Terapie ve speciální pedagogice**

Autor: **Mgr. Kateřina Janků, Ph.D.**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 90

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.