

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Markéta Šotolová

3. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika předškolního věku

VYUŽITÍ POETOTERAPIE V DOTYKOVÉ TERAPII

U DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Svoboda, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Využití poetoterapie v dotykové terapii u dětí s mentálním postižením* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce Mgr. Pavla Svobody, Ph.D., a za použití pramenů uvedených v závěru bakalářské práce.

V Olomouci dne 6. dubna 2011

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Pavlu Svobodovi, Ph.D., za cenné připomínky a odborné rady k této bakalářské práci. Dále děkuji zástupkyni ředitele Mateřské školy speciální v Brně, Ibsenova 1, Bc. Evě Kuklové, všem pracovnícím Rehabilitačního centra „MEDVÍDEK“, rodičům dětí a dětem samotným za umožnění výzkumu a laskavou spolupráci,

Markéta Šotolová

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Mentální postižení.....	6
1.1 Terminologie.....	6
1.2 Klasifikace mentální retardace.....	9
1.3 Prevence vzniku mentální retardace.....	10
1.4 Charakteristika osob s jednotlivými stupni mentální retardace.....	10
1.4.1 Hraniční pásmo.....	11
1.4.2 Lehká mentální retardace.....	11
1.4.3 Středně těžká mentální retardace.....	12
1.4.4 Těžká mentální retardace.....	12
1.4.5 Hluboká mentální retardace.....	12
1.5 Terapie v psychopedii.....	12
1.5.1 Terapie hrou.....	13
1.5.2 Činnostní a pracovní terapie.....	14
1.5.3 Psychomotorická terapie.....	14
1.5.4 Terapie s účastí zvířete (animoterapie, zooterapie).....	14
1.5.5 Expresivní terapie.....	15
1.5.5.1 Arteterapie.....	15
1.5.5.2 Muzikoterapie.....	16
1.5.5.3 Dramaterapie.....	16
1.5.5.4 Biblioterapie.....	16
2 Dotyková terapie.....	17
2.1 Dotek.....	18
2.2 Účinky doteků a masáží.....	18

2.3	Vývoj péče o děti v souvislosti s dotykovou terapií.....	19
2.4	Formy dotykové terapie.....	19
2.5	Zásady uplatňované při masážích dětí.....	20
3	Poetoterapie.....	21
3.1	Vymezení.....	21
3.2	Cíle a prostředky.....	21
3.3	Využití poetoterapie v práci s dětmi.....	22
3.4	Antroposofie a eurytmie.....	23
PRAKTICKÁ ČÁST		
4	Výzkum.....	25
4.1	Cíle.....	25
4.2	Popis provedené terapie.....	25
4.2.1	Masáž dolních končetin.....	25
4.2.2	Masáž horních končetin.....	28
4.2.3	Masáž obličeje	30
4.3	Podmínky výzkumu.....	31
4.4	Předvýzkum.....	31
4.5	Vlastní výzkum.....	32
4.5.1	Výzkumný vzorek.....	32
4.5.2	Metody šetření.....	32
4.5.3	Popis a průběh výzkumu.....	32
4.6	Závěr výzkumu.....	35
	ZÁVĚR.....	37
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	38
	SEZNAM PŘÍLOH.....	41
	ANOTACE	

ÚVOD

Současná pedagogika a speciální pedagogika se zaměřují na potřeby dítěte, ve všech směrech usilují o humanizaci školství a přiblížení dítěti a vycházejí z předpokladu, že každé dítě je vzdělavatelné a má právo na vzdělání. V případě dětí se speciálními vzdělávacími potřebami klade tento přístup vyšší nároky na pedagogy, vyžaduje znalost individuálních potřeb dítěte, jeho omezení a dalších specifik. Otázka vzdělavatelnosti je nejspornější v případě osob s mentálním postižením. Lidé s těžkým a hlubokým mentálním postižením byli dříve považováni za nevzdělavatelné či nevychovatelné. Současná speciální pedagogika tyto pojmy ze svého slovníku vypustila a přiklání se k myšlence, že každý člověk je vzdělavatelný, zvolíme-li vhodné metody a prostředky. Tento přístup je náročnější jak pro práci speciálního pedagoga, tak na úpravu podmínek a metod vzdělávání, ale bez pochyb přináší výsledky. Ve speciální pedagogice jsou široce uplatňovány terapie. V této práci se zabýváme využitím terapií v práci s dětmi s mentálním postižením. Nabízíme možnosti využití nově se formující terapie – poetoterapie, společně s dotykovou terapií. Reagujeme tak na trend využívání masáží v péči o děti intaktní i děti s postižením.

Cílem práce je podat popis terapií využívaných v současné psychopedické praxi, a to zvláště terapií nově se profilujících, jako je poetoterapie a dotyková terapie, nabídnout společné využití těchto terapií v péči o děti předškolního věku s lehkou mentální retardací a zjistit, jak tyto děti na terapii reagují a je-li jim příjemná.

Teoretická část práce přináší informace o mentálním postižení, jeho vymezení, klasifikaci a prevenci, zaměřuje se na charakteristiku mentální retardace a to zvláště lehkého stupně a dále na speciálněpedagogické terapie, které jsou v psychopedii využívány. Další kapitola se zabývá dotykovou terapií zvláště u dětí předškolního věku a významem doteku pro vývoj dítěte jak intaktního, tak postiženého. V poslední kapitole teoretické části definujeme poetoterapii, sledujeme její vývoj a uvádíme možnosti využití v práci s dětmi předškolního věku.

Součástí praktické části práce je výzkum zaměřený na využití poetoterapie a dotykové terapie u dětí předškolního věku s lehkou mentální retardací. V rámci šetření jsou v této části uvedeny masáže a poezie využitelné v terapii u dětí s mentálním postižením.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Mentální postižení

Úvod této kapitoly je zaměřen na vymezení pojmů týkajících se mentálního postižení. Psychopedická terminologie není zcela jednotná a neustále se aktualizuje zvláště z etických důvodů – pojmy zpočátku neutrální získávají pejorativní zabarvení. V literatuře se setkáváme s mnoha termíny označujícími osoby s mentálním postižením a je třeba je vnímat v historickém a společenském kontextu. Tato proměnlivost terminologie souvisí se současným trendem humanizace vědních oborů, který významně ovlivňuje i speciální pedagogiku (Valenta, Müller, 2009). Považujeme proto za důležité objasnit pojmy týkající se osob s mentálním postižením s ohledem na tento trend.

Mentální postižení je jedním z nejčtenějších zdravotních postižení v populaci, vyskytuje se asi u 3% občanů. Podle odhadů žije v České republice asi 300 tisíc osob s mentálním postižením. V současné době se výskyt tohoto postižení zvyšuje jak u nás, tak celosvětově. (Švarcová, 2000)

1.1 Terminologie

Náš vztah k druhým lidem se projevuje už v pouhém verbálním označení člověka a také v tom, jak toto označení vnímáme. V psychopedii se setkáme s celou řadou takových pojmů. Osoby s mentálním postižením byly pojmenovávány synonymy: duševně vadní, duševně úchylní, duševně abnormální, duševně opoždění, duševně defektní, rozumově vadní, děti s vadným rozumovým vývojem, děti se sníženými rozumovými schopnostmi, rozumově zaostalí, intelektově vadní, intelektově úchylní, intelektově abnormální, slabomyslní, oligofrenní, mentálně vadní, mentálně defektní, mentálně deficientní, mentálně nenormální, mentálně abnormální, mentálně subnormní, mentálně nevyvinutí, mentálně opoždění, mentální retardovaní (Valenta, Müller, 2009). V současné době je za nejvhodnější považován pojem člověk (dítě, žák) s mentálním postižením. Na prvním místě je zde člověk, mentální postižení chápeme jen jako jednu z osobnostních charakteristik jedince, na rozdíl od označení mentálně postižený, kterým vybíráme jen jednu z jeho vlastností a dáváme ji do popředí i před pojmem člověk (Švarcová, 2000).

V literatuře se setkáváme s nejednotností v případě pojmů mentální postižení a mentální retardace (mens – mysl; retardare – opožďovat, zaostávat). Někteří autoři považují tyto pojmy

za synonymní, jiní uvádějí mentální postižení jako zastřešující pro mentální retardaci. Termín mentální retardace se rozšířil po konferenci WHO v Miláně v roce 1959 a nahradil řadu používaných pojmů. Definice mentální retardace a mentálního postižení lze rozdělit také podle toho, z jakého hlediska toto postižení definují.

Někteří autoři ve svých definicích zdůrazňují inteligenční kvocient (IQ), pomocí něhož popisují mentální postižení kvantitativně. Mentální retardaci chápou jako inteligenci s nižším IQ než 70. Úskalím tohoto přístupu je, že nebere v úvahu ostatní osobnostní charakteristiky jedince, jako je např. paměť, schopnost přizpůsobit se, sociální chování. Je také otázkou, na kolik jsou výsledky inteligenčních testů objektivní. Současné pojetí mentálního postižení bere v úvahu možné změny v rozumových schopnostech v průběhu vývoje jedince. Výsledky testů proto nelze brát absolutně a je třeba přihlédnout k celkové osobnosti jedince (Švingalová, 2003).

Definice zdůrazňující biologické faktory zdůrazňují význam organického poškození mozku při vzniku mentálního postižení. Toto pojetí nacházíme zvláště v ruské literatuře, u nás z něj vychází M. Sovák. Mentální postižení je podle něj: „*Omezení vývoje všech psychických funkcí, nejvíce však funkcí rozumových. Je to souhrn četných a leckdy mnohotvárných příznaků, které mají různé příčiny a rozličný základ patologicoanatomický. Většinou jde o následky hrubšího poškození mozku, vzácněji o jiné příčiny (např. vrozené poruchy látkové výměny aj.)*“ (Sovák, 1986).

Mentální postižení je možné popsat i podle schopnosti jedince začlenit se do společnosti a podle jeho sociálního chování. Schopnost adaptovat se na běžné sociální prostředí je u osob s mentálním postižením obvykle snížena (Švingalová, 2003).

Uvedené definice popisují mentální postižení z jednoho určitého úhlu pohledu. Současná speciální pedagogika usiluje o sjednocení a komplexnost, což se projevuje v mnoho multifaktoriálních definicích mentálního postižení. „*V multifaktoriálním pojetí MR je zdůrazňován multidimenzionální fenomén, který postihuje překrývajícím způsobem anatomické, fyziologické, psychologické, pedagogické a sociální kvality jedince. Jde v současnosti o nejčastěji se vyskytující pojetí MR, se kterým se lze plně ztotožnit*“ (Švingalová, 2003). S biopsychosociálním pojetím se setkáváme také v *Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví* (dále jen MKF), která je v České republice účinná od 1. července 2010. Tato klasifikace usiluje o propojení lékařského a

sociálního modelu. Sleduje jak tělesné funkce a struktury, tak také aktivitu a participaci jedince a faktory prostředí, které jej ovlivňují. Poruchy v daných oblastech se hodnotí pomocí stupňů: žádná porucha, lehká porucha, středně těžká porucha, těžká porucha, úplná porucha, případně se uvádí nemožnost určit či aplikovat toto hodnocení. Mentální schopnosti, jimiž se u osob s mentálním postižením zabýváme, jsou zde uvedeny jako jedna z oblastí tělesných funkcí a zahrnují celou řadu faktorů. Mentální retardace a demence je zařazena mezi poruchy intelektových funkcí, autismus je klasifikován jako porucha psychosociálních funkcí. Toto hodnocení ovšem není konečným závěrem – zajímáme se o charakteristiku jedince ve všech dalších oblastech, nejen v oblasti mentálních funkcí. Z uvedených faktorů v MKF je pro oblast psychopedie zvláště důležité hodnocení orientace v prostoru a čase, intelektuálních funkcí, temperamentu a osobnosti, funkcí energie a řízení, kam patří např. motivace a impulzivnost, pozornosti, paměti, psychomotorických funkcí, emocionálních funkcí, vnímání, myšlení, jazyka a řeči, schopnosti učení se, provádění úkolů, komunikace, péče o sebe a život v domácnosti. MKF bere v úvahu také uplatnění jedince ve společnosti, výchovu, zařazení do školského systému a pracovní uplatnění. Významnou roli pro tuto oblast hrají také faktory prostředí (MKF dostupná na <http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi-mkf>).

Z pedagogického hlediska se osobami s mentálním postižením zabývá psychopedie (z řeckého psyché – duše; paideia – výchova). Patří mezi obory speciální pedagogiky. Ve starší literatuře je popisována jako vědní disciplína, která se zabývá teorií a praxí výchovy a vzdělávání jedinců s mentálním postižením, a zkoumáním příčin, projevů a důsledků tohoto postižení (Kysučan, 1986). Dnešní pojetí psychopedie přidává k výchově a vzdělávání také terapii, diagnostiku a poradenství a zvýšený zájem o osoby s poruchami autistického spektra a dalšími psychickými postiženími. Psychopedie spolupracuje s mnoha dalšími obory, zvláště pak s pedagogikou, psychologií, sociologií a medicínou. Ze speciálněpedagogických disciplín má nejbližší k etopedii (dříve byla společně s psychopedií jedním vědním oborem), logopedií a somatopedií.

1.2 Klasifikace mentální retardace

Stejně tak, jako můžeme definovat mentální retardaci z mnoha úhlů pohledu, můžeme ji klasifikovat podle různých kritérií – podle hloubky postižení, etiologie, symptomů, socializace. Dělení podle míry vzdělavatelnosti a vychovatelnosti je v současné době

překonané. Psychopedie stejně jako celá speciální pedagogika usiluje o vzdělávání a výchovu všech osob s ohledem na jejich schopnosti a speciální potřeby (Švarcová, 2001).

Při dělení mentální retardace podle hloubky postižení můžeme vycházet z *Mezinárodní klasifikace nemocí* (MKN-10). Jednotlivé stupně jsou zde popsány v souvislosti s hodnotou IQ a značeny kódovými čísly:

F70 Lehká mentální retardace	IQ 50-69
F71 Středně těžká mentální retardace	IQ 35-49
F72 Těžká mentální retardace	IQ 20-34
F73 Hluboká mentální retardace	IQ 0-19
F78 Jiná mentální retardace	
F79 Nespecifikovaná mentální retardace	

IQ v pásmu 70 až 80 (případně 85) hodnotíme jako podprůměrné, jedná se o hraniční pásmo.

Klasifikace podle etiologie mentální retardace je problematická z důvodu různorodosti, prolínání a spolupůsobení faktorů. Je těžké oddělit primární (biologické) a sekundární (sociální) příčiny. Přibližně u třetiny osob s mentálním postižením se nám nedaří příčinu objasnit. Z časového hlediska dělíme příčiny na prenatální (od početí do narození), perinatální (těsně před, během a těsně po porodu) a postnatální (po narození). Mezi prenatální příčiny patří blastopatie, které vznikají v době vývoje zárodku (od početí do 15. dne těhotenství) a vyvolávají je např. infekční onemocnění matky, fyzikální působení (záření), nevyvážená výživa matky. V dalším období vývoje zárodku mohou vzniknout embryopatie (od 15. dne těhotenství do 3. měsíce), jež jsou způsobeny např. nedostatečným přísunem živin, působením toxických látek (léků, záření). Ve vývoji plodu ve fetálním období (po 3. měsíci těhotenství) může dojít působením nemoci, intoxikace nebo infekce matky k fetopatiím. Mezi perinatální příčiny patří např. předčasný porod, hypoxie plodu. Postnatálně mohou mentální retardaci způsobit virová onemocnění dítěte a mnoho dalších faktorů.

Faktory, které na vývoj jedince působí, mohou být vnitřní (endogenní) nebo vnější (exogenní). Zde je však nutné zdůraznit, že příčiny se doplňují a spolupodílí a jednotlivé působící faktory mohou mít u každého jedince jiný projev. Vliv na vznik postižení má jak dědičnost, tak prostředí. Mezi endogenní faktory patří dědičnost a genetické vlivy.

Exogenně působí fyzikální (záření, mechanické poškození), chemické (léky, jedy) a biologické (infekce, viry, bakterie). (Kozáková, 2005)

Dalšími kritérii, o která bychom se měli v souvislosti s klasifikací jedince s mentálním postižením zajímat, jsou samostatnost a míra sebeobsluhy, celková osobnost člověka, komunikační schopnosti, socializace.

1.3 Prevence vzniku mentální retardace

Prevence záměrně usiluje o zamezení vzniku vady a rozvoje následného postižení. Dělíme ji na primární, sekundární a terciární podle skupiny osob, na něž se zaměřuje. Primární prevence je zaměřena na celou populaci. Zahrnuje osvětovou činnost, přednášky, péči o ženy v těhotenství, lékařskou péči. Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené formulovala deset preventivních zásad pro eliminaci vzniku mentálního postižení. Patří mezi ně zajištění vyvážené stravy v těhotenství, vyloučení alkoholu a kouření, konzultace s lékařem o užívání léků, pravidelné návštěvy lékaře. Cílovou skupinou sekundární prevence je populace ohrožená vznikem mentálního postižení. Týká se zvláště dětí předčasně narozených a dětí s výskytem mentálního postižení v rodině. Terciární prevence se zaměřuje na osoby s mentálním postižením a usiluje o zmírnění následků postižení, socializaci a integraci. Zahrnuje terapii, reedukaci, pracovní rehabilitaci. Současná medicína nabízí v oblasti prevence genetické poradenství, prenatalní diagnostiku (amniocentéza – odběr plodové vody, choriocentéza – odběr pupečnickové krve, ultrazvukové vyšetření), neonatální diagnostiku.

1.4 Charakteristika osob s jednotlivými stupni mentální retardace

Jednotlivé stupně mentální retardace můžeme popsat z hlediska obecných projevů u osob s tímto postižením. Specifické je prožívání, vnímání, vývoj osobnosti, komunikace, rozumové schopnosti. Jedná se o souhrnný popis, který neplatí bez výjimky pro každého jedince. Mějme na paměti individualitu a jedinečnost každého člověka a zařazení do následujících kategorií neberme absolutně.

1.4.1 Hraniční pásmo

Do hraničního pásma mentální retardace patří osoby, které neřadíme mezi mentálně retardované, ale jejichž mentální úroveň je podprůměrná. Svými projevy nejsou nijak nápadné a snížené rozumové schopnosti jsou často diagnostikovány až ve školním věku. V tomto pásmu se nachází děti se sociálně podmíněnou mentální retardací (pseudooligofrenií), jež

může být úpravou prostředí a podmínek zmírněna či odstraněna. Působení nepodnětného prostředí může vést také k poruchám chování a emoční nestabilitě. Děti jsou schopné s určitou podporou zvládnout i běžnou základní školu a ze všech následujících skupin jsou do ní integrovány nejčastěji (Müller, 2001).

1.4.2 Lehká mentální retardace

Lehká mentální retardace bývá diagnostikována kolem třetího roku věku dítěte, ale často také až v předškolním či mladším školním věku. Dospělí s tímto stupněm mentální retardace dosahují obvykle mentálního věku 9 – 12 let. Vrcholné období vývoje inteligence nastává kolem 15 roku. Deficity v oblasti myšlení se projevují zvláště ve snížené schopnosti abstrakce a logického myšlení. Významný vliv zde mají emoce. Paměť je mechanická. Oblast řeči je opožděna a často ovlivněna narušením komunikační schopnosti – zvláště dyslalií, artikulační neobratností a deficity ve sluchové diferenciaci. V motorice se objevuje neobratnost a potíže se senzomotorickou koordinací. Krátkodobá pozornost a nízká motivace k učení mohou vést k neúspěchům ve škole. Sebehodnocení dětí se utváří na základě hodnocení okolí, a proto je pro dítě důležité zažívat úspěch, který zároveň motivuje k dalšímu učení. Postiženy jsou také city a vůle. Emoce jsou nestálé, dochází k výkyvům nálad a afektivnímu chování. Pro osoby s mentální retardací je typická zvýšená sugestibilita a výrazné emocionální ladění, což zvyšuje riziko zneužití. V běžných sociálních situacích se dokáží orientovat a zvládají je. Sebeobslužné návyky se u dětí vytvářejí pomaleji, ale v dospělosti jsou většinou osoby s lehkým mentálním postižením nezávislé na pomoci s osobní péčí a domácími pracemi. Děti s tímto postižením navštěvují obvykle základní školu praktickou a vyučí se v učebních oborech s praktickým zaměřením (Švingalová, 2003).

1.4.3 Středně těžká mentální retardace

Středně těžkou mentální retardací lze diagnostikovat již v kojeneckém či batolecím věku, jelikož opoždění vývoje je v tomto období zřetelné. Dospělí s tímto stupněm mentální retardace dosahují mentálního věku přibližně 6 – 9 let. Jsou schopni se naučit základům čtení, psaní a počítání, ale další školní dovednosti a znalosti si obvykle neosvojí. Vývoj sebeobsluhy je také opožděn a v dospělosti vyžadují lidé se středně těžkou mentální retardací péči a podporu, úplné samostatnosti obvykle nedosahují. V oblasti řeči se objevuje narušení komunikační schopnosti jako např. dyslalie a přetrvává do pozdějšího věku. Často lze zjistit

organická příčina tohoto postižení. Může se vyskytnout také v kombinaci s neurologickými onemocněními, např. epilepsií, nebo somatickým postižením.

1.4.4 Těžká mentální retardace

Lidé s těžkou mentální retardací dosahují obvykle mentálního věku 3 – 6 let. Častý je zde výskyt somatického postižení, smyslových vad a motorické neobratnosti. Řeč bývá těžko srozumitelná a slovní zásoba omezená na několik používaných výrazů. Stálá péče o tyto osoby je nezbytná. Zaměřujeme se hlavně na rehabilitaci, rozvoj komunikačních schopností, motoriky a zlepšení celkové kvality života osob s tímto postižením.

1.4.5 Hluboká mentální retardace

Zjištění IQ u osob s hlubokou mentální retardací je obtížné, podle odhadů se uvádí jeho hodnota pod 20. Mentální věk u dospělých je nižší než 3 roky. Mentální retardaci je v tomto stupni obvykle provázena imobilitou, somatickým postižením, inkontinencí a neurologickými onemocněními. Postižení motoriky se projevuje stereotypními automatickými pohyby. Komunikace je omezena na neartikulované výkřiky a neverbální vyjadřování zvláště libosti a nelibosti. Nezbytná je trvalá péče a dohled.

1.5 Terapie v psychopedii

Terapeutické přístupy mají ve speciální pedagogice své místo již od počátku snah vychovávat, vzdělávat a začleňovat do společnosti osoby, které mají specifické potřeby a jakkoli se liší od přijímané normy. Do této skupiny patří lidé s postižením, mezi nimiž jsou významně zastoupeni i lidé s mentálním postižením. Müllerova definice uvádí hlavní oblasti působení a směřování speciálněpedagogických terapií: *„Speciálněpedagogické terapie buď navazují na léčbu (doplňují léčbu) nemocí v oblasti medicíny, nebo slouží jako svébytný druh pomoci při potížích vyplývajících z významných kulturních či sociálněadaptačních odlišností – přitom jsou zaměřeny na ty důsledky těchto problémů, jež se projevují ve snížených schopnostech (neschopnosti) normální životní seberealizace – ve vzdělávání, v práci, v bydlení, v zájmových aktivitách atd.“* (Müller, 2005, s. 20) Terapeutické postupy jsou využívány odborně, záměrně a cílevědomě. Svým působením ovlivňují, tedy formují chování, prožívání a myšlení, mluvíme proto o terapeuticko-formativním vlivu. Tradiční klasifikace terapií vychází z medicínského pojetí a rozlišuje chirurgickou terapii, farmakoterapii, fyzioterapii a psychoterapii. Speciálněpedagogické terapie vychází z psychoterapie.

V psychopedii se zaměřujeme na kompenzaci mentálního postižení v oblastech, jež mají velký potenciál rozvoje. Jsou to především činnosti, pohyb a tělesná výchova, proto má i terapie činnostní charakter. Valenta (2009) tyto terapie dělí na terapii hrou, činnostní a pracovní terapii, psychomotorickou terapii, terapii s účastí zvířete, expresivní terapii. Jednotlivými terapiemi se budeme dále zabývat.

1.5.1 Terapie hrou

Nejpřirozenější činností dítěte je hra a zvláště v předškolním věku dochází k jejímu intenzivnímu rozvoji. Děti při ní uplatňují svoji aktivitu, fantazii a myšlení, učí se novým dovednostem, zpracovávají nové informace, vyrovnávají se s novými a náročnými situacemi, odreagovávají se a rozvíjejí svoje sociální a komunikační schopnosti. Hra dětí stejně jako kresba velmi citlivě reflektuje jejich vývoj, a proto má široké využití v diagnostice i terapii.

Terapie hrou využívá tuto přirozenou dětskou činnost a přibližuje se tak světu dítěte. Müllerova definice uvádí: „*Terapie hrou znamená využití prostředků hry za účelem pomoci lidem (hlavně dětem) změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky a individuálně přijatelným směrem.*“ (Valenta, Müller, 2009, s. 126) Při terapii hrou má významnou roli prostředí, které dítě obklopuje, a to jak materiální, tak i sociální. Mělo by být přiměřeně podnětné, nerušivé, motivující, laskavé a bezpečné. V případě dětí s mentálním postižením je třeba počítat při hře s jistými specifiky. Zvláště motivace ke hře bývá u těchto dětí snížena a pozornost je krátkodobá, na terapeuta je tak kladen úkol dítě zaujmout a vhodně motivovat. Děti s poruchami autistického spektra si často vůbec nehrají, bereme-li hru jako tvořivou přirozenou činnost, a místo toho se zabývají stereotypními činnostmi. Hra může být omezena také deficitem v psychomotorice.

Terapii hrou využívá ve své práci herní specialista. „*Tato profese zaplnila pomyslnou mezeru v prosazované komplexně rehabilitační spolupráci zdravotnického týmu s rodinou a začala pečovat nejen o dobrý psychický stav hospitalizovaných (nebo ambulantně léčených) dětí (mladistvých), ale i o jejich rodiče.*“ (Valenta, Müller, 2009, s. 126) V současné době se práce herního specialisty stává významnou součástí péče o nemocné děti a jejich rodiče ve zdravotnických zařízeních.

1.5.2 Činnostní a pracovní terapie

Činnostní i pracovní terapie využívají k terapeutickým účelům určitou činnost a manipulaci s předměty, jež je pro daného klienta přínosná a vhodná. Pracovní terapie neboli ergoterapie směřuje k určitému výrobku, který je cílem práce. Naproti tomu činnostní terapie je zaměřena na činnost samotnou a její terapeutický efekt. U dětí využíváme jejich přirozené činnosti, jíž je hra. U starších dětí a dospělých klientů s mentálním postižením se zaměřujeme na rukodělnou činnost a nácvik praktických dovedností, které jim umožňují větší samostatnost, např. péče o domácnost, zvládání běžných situací.

1.5.3 Psychomotorická terapie

Psychomotorická terapie využívá techniky, které jsou zaměřeny na tělesnou aktivitu člověka ve spojení se smyslovým vnímáním. Pohybová aktivita je ve spojení s duševními funkcemi člověka a ovlivňuje je. Psychomotorická terapie využívá často také prostředky jiných terapií, např. muzikoterapie, dramaterapie. U osob s mentálním postižením je třeba brát v úvahu opoždění jejich vývoje, jež se projevuje deficitem ve vizuomotorice, jemné i hrubé motorice, prostorovém vnímání, koordinaci pohybů. Do psychomotorické terapie řadíme tanec, relaxaci, pohybové hry a další techniky (Valenta, Müller, 2009).

1.5.4 Terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie)

V animoterapii využíváme pro terapeutické účely pozitivního vlivu zvířete na člověka. Nejčastěji se používají psi (pak hovoříme o canisterapii), koně (hipoterapie) a kočky (felinoterapie). Také jiná zvířata, jež lze ochočit a pečovat o ně, můžeme využít pro animoterapii. Tato terapie je vhodná i pro osoby s těžkým mentálním postižením (Dudková in Müller, 2005). Velký význam má kontakt se zvířetem, péče o ně, vliv tepla zvířete a v neposlední řadě také dotek, o jehož významu pro člověka se zmiňujeme v dalších kapitolách.

1.5.5 Expresivní terapie (arteterapie v širším slova smyslu)

Expresivní terapie využívají k terapeutickým účelům expresi neboli výraz. Hlavním zdrojem většiny expresivních terapií je umění a jeho prostředky, metody a techniky. Podle technik, které terapie využívá, ji členíme na arteterapii, muzikoterapii, dramaterapii, biblioterapii a další.

1.5.5.1 Arteterapie

Podle Jebavé (2007) můžeme arteterapii v užším slova smyslu definovat jako: „*formu psychoterapie, kdy prostřednictvím grafické, malířské a sochařské činnosti působí jako prostředek výchovy, sociální integrace, komunikace pro handicapované jedince.*“ (Jebavá, 1997) Arteterapie je jednou z forem psychoterapie. Využívá výtvarného umění k diagnóze i léčbě psychických problémů i jejich případných fyzických projevů. Výsledné dílo je předmětem dalšího rozboru arteterapeuta nebo rozhovoru klienta s arteterapeutem. Primární funkci zde nemá výsledné dílo, jako je tomu ve výtvarném umění, ale samotný proces tvorby. Arteterapie usnadňuje komunikaci, umožňuje metaforické vyjádření, podporuje tvořivost a pracuje s fantazií.

Využívá se u osob s mentálním i tělesným postižením, při léčbě závislostí, u sociálních problémů (týrané a zneužívané osoby, diskriminované osoby), jako podpůrná terapie u příslušníků pomáhajících profesí (prevence syndromu vyhoření), pro diagnostiku vývoje dítěte (kresebné testy). Pokud mluvíme o arteterapii v souvislosti s výchovnou prací, můžeme se setkat s označením artefiletika (Šicková-Fabrici, 2002).

Podle toho, jaký má klient vztah k výtvarnému umění, rozlišujeme arteterapii aktivní a pasivní (podle Jebavé, 2007) nebo také produktivní a receptivní (podle Šickové-Fabrici, 2002). V aktivní (produktivní) arteterapii klient vytváří svou činností výtvarné dílo. Pasivní (receptivní) arteterapie znamená vnímání uměleckého díla – arteterapeut může vybrat záměrně určité dílo k vyvolání reakce u klienta a vést ho tak k vcítění.

Podle počtu klientů rozlišujeme individuální a skupinovou arteterapii. Individuální forma poskytuje pacientovi více pozornosti ze strany arteterapeuta. Vztah arteterapeuta s klientem je intimnější a jeho charakter má významnou roli v terapii. Skupinová arteterapie využívá vzájemného kontaktu klientů, nabízí možnost srovnání, vytváří pocit sounáležitosti a změny u jednotlivých klientů jsou podnětné pro všechny členy skupiny. Může se využívat i v malých uzavřených skupinách jako je rodina nebo partneři.

1.5.5.2 Muzikoterapie

Muzikoterapie využívá k terapeutickým účelům zvuk, hudbu a hudební elementy, např. melodii, rytmus. Obě její formy, receptivní i aktivní, se doplňují a bývají často propojeny. U dětí s těžkým mentálním postižením můžeme využívat receptivní muzikoterapii, pro děti s lehkou a středně těžkou mentální retardací je vhodná skupinová aktivní terapie. Zájem o

hudbu se u těchto dětí výrazně neliší od zájmu intaktních dětí. Při práci s dětmi se využívají Orffovy nástroje, nebo také nástroje, které si děti samy vyrobí.

1.5.5.3 Dramaterapie

Dramaterapie využívá stejně jako teatroterapie a psychodrama prostředků dramatického umění, např. improvizaci, symbolická gesta, nonverbální komunikaci, pracuje s inscenačním prostor. Psychodrama pracuje s konkrétní životní realitou a směřuje k hlubšímu pochopení problému, který klient v psychodramatu ztvárňuje. Teatroterapie využívá pro terapeutické účely celý proces přípravy a veřejné realizace nacvičené divadelní hry stejně jako vztahy a sociální interakce, k nimž při tomto procesu dochází. Dramaterapie se nezaměřuje na konkrétní problém jedince, jako je tomu u psychodramatu, ani na veřejnou realizaci divadelního tvaru jako teatroterapie. Dramaterapie probíhá převážně ve skupinách a zaměřuje se převážně na symptomy postižení a poruch. Rozvíjí komunikační schopnosti, sociální vztahy, schopnost spolupracovat, má relaxační účinek (Müller in Renotiérová, Ludíková, 2006).

1.5.5.4 Biblioterapie

Z pojmu biblioterapie (z řec. *biblion* = kniha a *therapeia* = léčba, výchova) vyplývá, že se jedná o terapii využívající pro své účely knihu a její literární obsah. V tomto případě bychom hovořili o receptivní biblioterapii založené na čtení textu a následné práci s ním. Neméně významná je však i forma aktivní, jež nabízí prostor pro vlastní tvorbu a práci s knihou při ní nemusíme aplikovat. Biblioterapie je některými autory chápána jako součást psychoterapie s hlavním využitím při léčbě psychických nemocí, jiná pojetí ji řadí do oblasti speciálněpedagogických terapií. V této oblasti často spolupracuje s dalšími expresivními terapiemi, např. muzikoterapií, arteterapií, dramaterapií. Využití biblioterapie se však neomezuje jen na psychiatrické či speciálněpedagogické klienty. Může být využita i u intaktní populace jako relaxační tvořivá činnost (Svoboda, 2007).

Biblioterapie je úzce spojena s poetoterapií, již je dále věnována celá kapitola.

2. Dotyková terapie

Dotek má nejen pro člověka, ale i pro všechny živé tvory velký význam. Od početí je dítě již jako zárodek v intenzivním tělesném kontaktu s matkou. V prenatálním období začíná vývoj smyslů a dítě je ve formě zárodku a plodu schopno vnímat podněty z okolí a reagovat

na ně. Kolem třetího měsíce prenatalního vývoje se na kůži dítěte vytvářejí nervová zakončení, která mu umožňují vnímat doteky. Mezi čtvrtým a pátým měsícem se rozvíjí sluch dítěte tak, že je schopno slyšet tlukot matčina srdce a zvuky z blízkého okolí matky. V posledních měsících těhotenství a po porodu se u dítěte jako poslední ze smyslů rozvíjí zrak. Tento stálý kontakt s matkou, jež dítěti přináší pocit bezpečí a jistoty, je přerušen porodem. Ačkoli porod ani těhotenství není nemoc, ale přirozený děj, jak uvádí Matějček, v mnoha případech si z tohoto období odnáší matka i dítě traumata, která mohou přetrvat po dlouhou dobu. Komplikované nebo předčasné porody stejně jako nemožnost kontaktu matky a novorozence bezprostředně po porodu a v prvních měsících života mají vliv na psychiku matky i dítěte. Tento zásah do bezpečného světa, v němž se dítě před porodem nacházelo, je velmi intenzivní zvláště v případě, že se dítě narodí s postižením. Matka často prožívá stresové situace již před porodem, kdy se dozvídá o možném postižení svého nenarozeného dítěte. Jak bylo uvedeno výše, dítě je v tomto období schopno vnímat své okolí, zvláště svou matku a její pocity. Vnímá narušení matčina vztahu k němu i ve chvílích, kdy se rozhoduje o jeho přežití. Mnohé psychologické a filosofické směry považují tato předporodní, porodní a raně poporodní traumata za příčiny psychických problémů, jež se objevují v dospělosti.

Dotyková terapie a masáže jsou přínosné pro děti, které prošli stresujícím obdobím před porodem, při porodu a po narození, jež v nich vyvolalo pocit ohrožení a nejistoty. Narušený kontakt a vztah nejen mezi matkou a dítětem, ale také mezi otcem a dítětem a rodiči navzájem můžeme obnovit a zlepšit pomocí laskavých doteků. Pro děti, jejichž prenatalní vývoj i porod proběhl bez větších problémů, je dotyková terapie stejně tak přínosná, protože jejich potřeba bezpečí a životní jistoty oddělením od matky nepřestala existovat. Dotýkáním je možné na prenatalní vztah matky a dítěte navázat a rozvíjet ho. Po narození získává vzájemný kontakt novou podobu. Rozvíjí se zrakový kontakt, dítě a matka na sebe mohou více reagovat a prostor jejich vzájemné komunikace je větší. Dítě se zpočátku setkává s novými lidmi nejintenzivněji právě dotykem. Buduje svůj vztah s otcem a lidmi, kteří jej v nejmladším věku obklopují.

2.1 Dotek

Jak bylo uvedeno v úvodu této kapitoly, doteky nám zprostředkovávají jeden z prvních kontaktů s prostředím, v němž se nacházíme – ať už je to mateřské lůno, nebo svět, do něhož se narodíme. Vnímání doteků pokožkou nám umožňuje hmat, avšak některé podněty

nevnímáme skrze pokožku, např. změnu rovnováhy, hlubokou bolest. Psycholožka zabývající se terapií pevným objetím J. Prekopová uvádí, že někteří vývojoví psychologové tuto schopnost vnímat celým tělem nazývají taktilně-kineticky-vestibulární funkce, zkráceně tělesné vnímání (Prekopová, 2009).

Přírodní národy a některé kultury využívají od pradávna doteků jako nástroje k léčení a uzdravování. Doteky jsou zde součástí rituálů, je jim přikládám magický a uzdravující význam a slouží k práci s energiemi. Ovšem i lidé západní civilizace se intuitivně dotýkají míst, jež jsou bolestivá, a hladí je. Objímáme a hladíme nemocné nebo unavené dítě.

Pokusy s primáty potvrdily, že kontakt s matkou je pro mládě velmi důležitý. Ačkoli byla mláďatům poskytnuta veškerá péče, bez fyzického kontaktu a péče matky byl jejich vývoj narušen (Hašplová, 2006).

2.2 Účinky doteků a masáží

Doteky působí nejen na fyzické tělo, ale také na psychiku – ovlivňují emoce, prožívání. Mezi fyziologické účinky masáží patří stimulace krevního oběhu, s čímž souvisí lepší okysličení krve a podpora metabolismu živin v těle, a stimulace proudění lymfy, čímž se posiluje imunitní systém. Masáže podporují trávení a zvláště velmi malým dětem odlehčují při bolestech břicha. Dále podporují činnost somatotropních hormonů hypofýzy, které mají vliv na růst dítěte. Zlepšuje se také svalová koordinace a svaly se protahují. Masáže stimulují centrální nervový systém a podporují tak vývoj dítěte. Doteky a masážní tahy působí pozitivně i na kůži (Kavanagh, 2008).

Masáže mají vliv také na emoce a psychiku. Doteky stimulují smysly a přináší dítěti pocit sebejistoty, bezpečí a důvěry. Naplňují tak jeho potřebu dostatečného množství podnětů, potřebu životní jistoty a pozitivní identity. Masáže mají vliv i na hormony, vyvolávají stres nebo naopak radost a uvolnění. Zvyšuje se produkce endorfinů, které přináší pocit štěstí a odstraňují bolest, a snižuje se vylučování stresových hormonů, k němuž dochází během porodu, zvláště je-li komplikovaný. V těle dítěte se při porodu zvyšuje hladina adrenokortikotropního hormonu ACTH, jehož produkce může být zastavena, pokud dítě pocítí bezpečí. Masáže pozitivně působí na děti se specifickými poruchami učení a pomáhají při astmatu, alergiích, ekzémech. Mohou být přínosné také pro děti s mentálním postižením,

např. Downovým syndromem nebo poruchami autistického spektra. V těchto případech je zvláště důležitý trpělivý a citlivý přístup (Hašplová, 2006).

2.3 Vývoj péče o děti v souvislosti s dotykovou terapií

Pozice a role dítěte ve společnosti se v průběhu vývoje lidstva výrazně měnila. Od období infanticidy, kdy byly ve starověku zabíjeny nechtěné, slabé nebo postižené děti, přes středověk, v němž bylo dítě považováno za malého dospělého a jeho přirozené projevy jako např. plazení a lezení byly považovány za nevhodné a animální, až k novověku, jež přinesl rozvoj věd, psychologie, medicíny a větší zájem o dítě. Názory na péči o dítě se i v tomto období výrazně lišily. V 19. století vycházely knihy týkající se péče o dítě, které matkám doporučovaly pravidelný režim, příliš se dítěte nedotýkat, nechovat je a učit je, aby zvládalo samo sebe. Obrat nastal ve čtyřicátých letech 20. století, kdy psychologové a lékaři potvrdili význam mateřské lásky pro správný vývoj dítěte. Ve 20. století se intenzivně rozvíjí hnutí nové výchovy, jež kritizuje klasické výchovné metody nerespektující potřeby, individualitu a přirozenou aktivitu dětí, proto se toto století nazývá stoletím dítěte. Vznikají nové pedagogické směry jako waldorfská pedagogika, daltonský plán, Montessori pedagogika a mnoho dalších. Globalizace přináší kontakt s jinými kulturami a zájem např. o alternativní léčení, východní filosofie, jógu, masáže dětí, přirozený porod (Hašplová, 2006).

2.4 Formy dotykové terapie

Dotyková terapie a masáže úzce souvisí s fyzioterapií, která patří vedle psychoterapie, chirurgické terapie a farmakoterapie k hlavním oblastem terapie. Ve fyzioterapii mají doteky významnou roli, terapie je prováděna skrze ně. U dětí s tělesným postižením je v rámci rehabilitace uplatňována Vojtova metoda reflexní lokomoce, Bobathova metoda a další. V péči o osoby s těžkým mentálním postižením a kombinovanými vadami má své místo také bazální stimulace, jejíž koncepce se vyvinula v druhé polovině 20. století na základě neuropsychologických poznatků (Vítková in Müller, 2005). Existuje mnoho různých druhů masáží. Pro zmírnění a odstranění nemocí a bolesti u dětí i dospělých se využívá reflexní masáž. Reflexní terapie vychází z poznání, že jednotlivé části těla a orgány lze ovlivnit masáží odpovídajících bodů na těle, např. na chodidle. Další používanou formou masáže je lymfodrenáž, která podporuje proudění lymfy v těle. V současné době získávají na popularitě východní masáže a využívá se jejich pozitivních účinků. Mezi ně patří např. ajurvédská masáž a thajská masáž.

2.5 Zásady uplatňované při masáží dětí

Při masáží dětí bychom se měli řídit určitými zásadami. Zaměříme se na výběr prostředí, v němž budeme masáž provádět, a jeho úpravu. Je vhodné, aby masáž probíhala vždy na stejném místě a pokud možno pravidelně ve stejnou denní dobu. Před tím, než tento režim zavedeme, zjistíme, kdy je dítěti masáž nejpříjemnější a kdy budeme my sami nejlépe schopni masáž provádět. Místo pro masáž by mělo být klidné, teplé a bez ostrého světla. Vybereme takovou podložku, které je pro dítě příjemná a není příliš měkká. Můžeme použít relaxační hudbu, nebo masáž provázet svým hlasem, případně zpěvem. Vhodné je také využití aromaterapie. U dětí s mentálním postižením můžeme spojit masáž s pobytem v místnosti snoezelen.

Než začneme s masáží, sami se uvolníme a naladíme na to, co budeme provádět. Nachystáme si masážní olej, rozejdeme jej mezi dlaněmi a můžeme nechat dítě, aby si k nim přivonělo. Ukážeme mu své dlaně a zeptáme se, chce-li být masírováno. Nějaký čas může trvat, než si dítě na masáže zvykne, proto postupujeme pomalu a je-li dítě nespokojené, masáž ukončíme. Při nemoci mu může být masáž nepříjemná. Délku masáže postupně prodlužujeme, přibližná doba je 5-20 minut.

3. Poetoterapie

3.1 Vymezení

Poetoterapie se jako speciálněpedagogická terapie oddělila od biblioterapie. Poetoterapii i biblioterapie využívají k terapeutickým účelům knihu a její literární obsah, liší se však v tom, na jaké literární útvary se zaměřují. Biblioterapie se zaměřuje na prózu, epické vyprávění, práci s dějovými liniemi a postavami. Poetoterapie naproti tomu směřuje k intuitivnímu vyjádření pomocí poezie, a to zvláště lyrické, využívá básnických prostředků, např. zvukomalbu, rým, metaforická vyjádření, a kromě obsahové stránky se zaměřuje na formu ve větší míře, než je tomu v případě biblioterapie (Svoboda, 2007).

Poetoterapie se začala formovat jako svébytný terapeutický přístup v druhé polovině 20. století v USA. Od roku 1973 existuje v kalifornském Encinu Institut pro léčbu poezií (Nešpor, 1997). V následujících letech vznikala další centra pro poetoterapii v USA, jejichž zastřešující organizací se stala National Association for Poetry Therapy (NATP). V roce 1980 definovala

tato organizace přesná pravidla pro poetoterapii a práci poetoterapeutů (Svoboda, 2007). V našich podmínkách si poetoterapie buduje své místo mezi ostatními expresivně-formativními terapiemi a nachází využití ve speciální pedagogice, terapii v rámci psychiatrické praxe, ale díky své hravosti a abreaktivnímu charakteru má uplatnění také u intaktní společnosti, např. ve vzdělávacích a volnočasových institucích.

3.2 Cíle a prostředky

Cílem poetoterapie je stejně jako v případě ostatních speciálněpedagogických terapií změna chování, myšlení a dalších složek osobnosti tak, aby tato změna byla přínosná pro jedince samotného i společnost. Poetoterapii můžeme uplatňovat ve všech věkových kategoriích a to v terapii závislostí, v případě fyzických a emočních problémů, specifických poruch učení u dětí a psychických traumat.

Poetoterapie využívá k dosažení terapeutických cílů poezii. K významu poezie a poetoterapie pro člověka Nešpor uvádí: „*Poezie má léčivou sílu. Díky básním si lidé lépe uvědomují to, co cítí, a dokáží si hlouběji porozumět. Při léčbě poezií nejde o výsledek tvorby nebo o to, aby se někomu líbila. Poezie tu není cílem, ale průvodcem na cestě k sobě samému, k druhým lidem, ke světu i k tomu, co ho přesahuje.*“ (Nešpor, 1997, s. 6) Poetoterapie využívá kromě výše zmíněných básnických prostředků také faktory, které hrají roli při přednesu poezie. Na přednesu se podílí faktory verbální i neverbální. Na celkové vyznění recitované básně má vliv barva hlasu, tempo řeči, hlasitost a dynamika přednesu, ale také prostředí, v němž poetoterapie probíhá, mimika, gesta a postoj přednášejícího. Obě tyto složky se mohou doplňovat a ladit s obsahem básně, nebo působit interferenčně.

Při poetoterapii využíváme tvořivost, intuici, fantazii a obrazotvornost. V tomto případě jde o tvořivost uměleckou, na níž se podle výzkumů kognitivní psychologie podílí pravá hemisféra. Činnost této hemisféry je zaměřena na neverbální myšlení, obrazotvornost a vnímání celku. Tvořivost souvisí se schopností využívat fantazii, intuici a imaginaci (obrazotvornost). (Fišer, 2001)

3.3 Využití poetoterapie v práci s dětmi

Poezie již tradičně provází dítě od nejtělejšího věku. Ještě než začne mluvit (v tzv. preverbálním období vývoje řeči), poslouchá a učí se od svých rodičů krátké básničky a slovní hříčky doplněné pohybem. Tyto básničky obvykle dodržují přesná rýmová schémata, jsou

zvukomalebné a vyznačují se rytmičností, jež přitahuje pozornost dítěte a reaguje na jeho potřebu řádu ve svém okolí. Opakování říkadél doplněných pohybem podporuje samotný rozvoj řeči dítěte, stejně jako jeho hrubou a jemnou motoriku. V předškolních zařízeních mají své místo básničky a písničky s jasným obsahem a dějem, které pracují s dětem blízkými tématy, přinášejí nové vědomosti a v neposlední řadě slouží k odreagování a uvolnění (Svoboda, 2007).

V předškolním a školním věku mají básničky nezastupitelné místo také v logopedické praxi. Slouží k nácviku správného dýchání, fixaci vyvozené hlásky a v terapii u dětí s balbuties (kocktavostí) podporují plynulost řeči. Básničky mohou být využity také při grafomotorických cvičeních, pro rozvoj jazykového citu např. ve výuce českého jazyka a pro svou rytmičnost také v tělesné výchově jako součást cvičení a her.

Poezie má své uplatnění také v psychopedii. Rytmus a zvukomalba má pozitivní vliv jak na intaktní děti, tak na děti s mentálním postižením. Básničky spojené s pohybem můžeme využít pro rozvoj koordinace, hrubé a jemné motoriky. Sladění pohybu a řeči působí dětem problémy, jež mohou být eliminovány pravidelným opakováním pohybových cvičení doprovázených poezií.

Poetoterapie může být zařazena do činnosti vzdělávacích i volnočasových zařízení, ať už ve výuce českého jazyka, jako součást her, v rámci terapie nebo jako relaxační technika. Některé techniky vhodné pro děti předškolního a mladšího školního věku, jež popisuje Svoboda (2007), zde uvedeme:

- *Osobní jména:* Úkolem dětí je vymyslet ke svému křestnímu jménu co nejvíce obměn a přezdivek, jež následně uplatní při vytváření básničky. Technika je vhodná k odreagování.
- *Báseň jedné hlásky:* Dítě si vybere hlásku, kterou použije na začátku všech slov své básničky.
- *Vymýšlení poetických slov:* Děti mohou vymýšlet slova na určité téma (zvířata, strašidla), nebo zcela volně. Vymyšlená slova následně použijí v básni. Tuto techniku můžeme využít jako úvodní „rozcvičku“.

- *Škatulata, hýbejte se*: Ve skupině vymyslíme verš, jeho jednotlivá slova napíšeme na kartičky a rozdáme dětem. Na pokyn *Škatulata, hejbejte se* se děti promíchají a postaví do řady. Přečteme slova v novém pořadí a vytvoříme tak nový verš.

3.4 Antroposofie a eurytmie

S využitím pozitivního vlivu poezie na člověka se setkáváme v antroposofické filosofii. Jejím zakladatelem je Rudolf Steiner, tvůrce waldorfské pedagogiky, jejíž teoretické základy vychází právě z antroposofie. Antroposofie vznikla na počátku 20. století jako protipól k materialistickému, vědeckému chápání člověka a světa, které pro mnoho lidí neposkytovalo dostatečné odpovědi na otázky týkající se života.

Se specifickým využitím řeči, poezie, hudby a pohybu se setkáváme v eurytmii. Je to „*pohybová výchova vytvořená Rudolfem Steinerem jako metoda, jejíž snahou je harmonizovat vztah člověka ke světu i k sobě samému. Eurytmie rozvíjí radost z volného a přirozeného pohybu a přitom co nejušlechtileji podněcuje fantazii dětí. Má být jakousi viditelnou řečí, vycházející z celého člověka, z jeho duševní nálady například při tvoření samohlásek, děti mají možnost jejím prostřednictvím zažít také různé kvality (rychlý – pomalý, malý – velký ...).*“ (Smolková, 2007, s. 43) Eurytmii můžeme nazvat také pohybovou výchovou nebo viditelnou řečí či zpěvem. Vychází z předpokladu, že každá hláska na člověka specificky působí a vyvolává určité vnitřní gesto, jež můžeme přenést do pohybu. Samohlásky se obrací na naše vnitřní city a nálady, naproti tomu souhlásky vypovídají o dění ve vnějším světě. Jednotlivé hlásky působí na určité oblasti v těle a opakováním daných hlásek můžeme tyto oblasti stimulovat.

Eurytmie je vyučována na waldorfských školách jako jeden z povinných předmětů. Zvláště v předškolním věku se její zařazení přímo nabízí – uspokojuje jejich potřebu pohybu, rytmu, hry, expresivního vyjádření a na rozdíl od pozdějšího věku, kdy se objevuje ostych a vytrácí se spontánnost, jsou děti přirozeně tvořivé a bezprostřední (Carlgren, 1991).

Mezi terapiemi u osob s mentálním postižením má své místo léčebná (klinická) eurytmie, jež je uplatňována spolu s mnoha dalšími terapiemi např. v camphillských léčebných komunitách. Léčebná eurytmie úzce souvisí s antroposofickým lékařstvím a filosofií (Valenta, Müller, 2009).

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Výzkum

4.1 Cíle

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, jak děti s mentálním postižením reagují na dotykovou terapii užitou společně s poetoterapií – hodnotí-li lépe dotykovou terapii s využitím poetoterapie, nebo bez poetoterapie. Zaměřili jsme se na děti předškolního věku převážně s lehkou mentální retardací.

4.2 Popis provedené terapie

V následujícím textu je uveden popis masáží, které jsme vybrali pro výzkum z knihy Jany Hašplové *Masáže dětí a kojenců* (Hašplová, 2006), současně s odpovídajícím vlastním básnickým textem, jež při provádění recitujeme. Každý z uvedených tahů masáže provádíme 2 – 3krát. Postupujeme od nohou přes ruce až na závěr k obličeji. U končetin masírujeme nejprve jednu všemi tahy, poté ji položíme a totéž provedeme s druhou končetinou. Básničku opakujeme pomalým měkkým hlasem v souladu s pohybem a pro zvýraznění zvukomalby a větší uvolnění dítěte jemně prodlužujeme dlouhé slabiky.

Popis masáží je doslovně převzat a je zkrácen.

4.2.1 Masáž dolních končetin

- | | |
|---|--|
| 1. Indické dojení: Táhlými, pevnými, ale ne silovými pohyby suneme střídavě ruce od kyčle ke kotníku. V oblasti kolínka (i všech ostatních kloubů) provádíme masáž velmi jemným hlazením, sevření povolíme. Rukama přehmatáváme tak, abychom se vždy dotýkali alespoň jednou rukou masírovaného těla. | Sametová víla
celý den by snila
o slunci a květinách,
o koupání ve vlnách |
| 2. Ždímání a kroucení: Ruce položíme pod sebe na nožičky v oblasti kyčle a suneme dlaně protichůdnými krouživými pohyby ke kotníku (jako | Vlna za vlnou
tíše se houpou,
jedna za druhou |

<p>když ždímáme prádlo). Oba tahy vedeme směrem od kyčle ke kotníku, k periférii. Uvolňujeme tak svalové napětí a odstraňujeme stres z dolních končetin.</p>	<p>modrou oblohou tajemnou tmou, beránčí vlnou prameny plynou</p>
<p>3. Chodidlo: Oběma palci – u větší nohy můžeme použít i více prstů – promasírujeme chodidlo od paty k prstům. Na chodidle provádíme masáž nejintenzivněji z celého těla.</p> <p>4. Procházka: Palci projdeme přes spodek chodidla od paty k prstům. U větší nohy se můžeme „procházet“ i více prsty.</p>	<p>Bublinky z mydlinek, mydlinky z bublinek, líbivých kudrlinek levandulí voní, vodou se vlní, plují a pění</p>
<p>5. Každý prst: Palcem, ukazováčkem a prostředníkem sevřeme úžlabí dětského prstu a krouživým pohybem ho masírujeme až ke špičce. Na konci prstu se zastavíme, prst lehce povytáhneme a uvolníme.</p>	<p>Trpaslíček paleček (prsteníček, prostředníček, ukazováček, malíček) má na zádech raneček a v něm buchtu makovou (povidlovou, tvarohovou, ořechovou, jablkovou)</p>
<p>6. Jemně přes chodidlo: Palcem nebo celou dlaní pohladíme chodidlo od paty k prstům.</p>	<p>Každý z pěti trpaslíčků nosí červenou čepičku, na výlet se vydali a když vílu potkali, ruku si s ní podali</p>
<p>7. Přes nárt ke kotníkům: Od prstíčků ke kotníkům promasírujeme nárt.</p>	<p>Našli klouzka v lese, dlouho radili se. Klouzačku z něj udělali,</p>

	<p>ani chvíli neváhali. Klouzali se všichni spolu z kloubu až na zem dolů, klouzy, klouzy z klouzka, skluzavka je kluzká</p>
<p>8. Kroužky kolem kotníků: Tato masáž působí blahodárně na daný kloub, ale i na kyčel a křížovou oblast.</p>	<p>Kutálí se krůpěj rosy, na klouzkovi sedí kdosi. Jsou to malí trpaslíci, kutálí se po zadnici</p>
<p>9. Švédské dojení: Postupujeme opět pevnými, táhlými pohyby a jemně přes koleno jako u „indického dojení“. Nyní však masírujeme od kotníku ke kyčli.</p>	<p>Opodál ve smrčí víla ladně tančí, šaty rosou smáčí, ze snu do snu kráčí</p>
<p>10. Kroucení, ždímání, vařečkování: Suneme dlaně krouživými pohyby od kotníku ke kyčli.</p>	<p>Obláčkovi beránci, malí zachumlánci nesou vílu snem, měkkým krajem</p>
<p>11. Lehké pohoupání, uvolnění nohy: Po promasírování celé nožičky ji uchopíme jednou rukou za kotník a druhou nad kolínkem a lehce pohoupáme.</p>	<p>A houpací koníček s vůní zlatých jablíček donese tě do snu houpy houpy hou</p>

4.2.2 Masáž horních končetin

<p>1. Indické dojení: Táhlými a pevnými pohyby suneme střídavě ruce obemykající dětskou paži směrem od ramene k zápěstí. V oblasti ramene stisky zcela povolíme.</p>	<p>Sametová víla celý den by snila o slunci a květinách, o koupání ve vlnách</p>
<p>2. Ždímání a kroucení: Rukama obemkneme paži dítěte a kloužeme po ní proti sobě směřujícími pohyby. Krouživě oběma rukama nad sebou masírujeme paži ve směru k periférii, od ramene k zápěstí.</p>	<p>Vlna za vlnou tiše se houpou, jedna za druhou modrou oblohou tajemnou tmou, beránčí vlnou prameny plynou</p>
<p>3. Krouživá masáž dlaně: Provádíme ji palcem nebo všemi prsty. Kroužíme směrem ven k palci. Ve vzdálenosti šíře jednoho prstu od okraje dlaně je „ciferník“ bodů na stimulaci orgánů a soustav. Proto pohladíme pečlivě i tuto linii.</p>	<p>Bublinky z mydlinek, mydlinky z bublinek, líbivých kudrlinek levandulí voní, vodou se vlní, plují a pění</p>
<p>4. Každý prst: Krouživě promasírujeme každý prst zvlášť od dlaně k bříškům. Na konci prst lehce povytáhneme a uvolníme.</p>	<p>Trpaslíček paleček (prsteníček, prostředníček, ukazováček, malíček) má na zádech raneček a v něm buchtu makovou (povidlovou, tvarohovou, ořechovou, jablkovou)</p>
<p>5. Pohlazení dlaně: Pohládíme vnitřní stranu ručičky od zápěstí ke koncům prstů. U větší ruky zajedeme</p>	<p>Každý z pěti trpaslíčků nosí červenou čepičku,</p>

<p>svými prsty mezi prsty dítěte a „pročísname je“.</p>	<p>na výlet se vydali a když vílu potkali, ruku si s ní podali</p>
<p>6. Hřbet ruky: Palci nebo i dlaní hladíme hřbet ruky od prstů k zápěstí.</p>	<p>Našli klouzka v lese, dlouho radili se. Klouzačku z něj udělali, ani chvíli neváhali. Klouzali se všichni spolu z kloubu až na zem dolů, klouzy, klouzy z klouzka, skluzavka je kluzká</p>
<p>7. Kroužky kolem zápěstí: Palci nebo několika prsty prokroužíme kolem zápěstí.</p>	<p>Kutálí se krůpěj rosy, na klouzkovi sedí kdosi. Jsou to malí trpaslíci, kutálí se po zadnici</p>
<p>8. Švédské dojení: Oběma rukama postupujeme obemykavými, pevnými střídavými pohyby od zápěstí k rameni.</p>	<p>Opodál ve smrčí víla ladně tančí, šaty rosou smáčí, ze snu do snu kráčí</p>
<p>9. Kroucení, ždímání, vařečkování: Sevřenýma nebo nataženýma rukama postupujeme krouživě proti sobě směřujícími pohyby od zápěstí k ramennímu kloubu.</p>	<p>Obláčkovi beránci, malí zachumlánci nesou vílu snem, měkkým krajem</p>
<p>10. Pohoupání, uvolnění paží: Opatrně uchopíme promasírovanou ruku za zápěstí a pod loktem a lehce s ní zahoupáme. Pak ji pomalu položíme.</p>	<p>A houpací koníček s vůní zlatých jablíček donese tě do snu houpy houpy hou</p>

4.2.3 Masáž obličeje

1. Otevřená kniha na čele: Pomocí prstů převedeme od středu čela až ke spánkům.	Malý ptáček,
2. Palci přes obočí: Od kořene nosu pohladíme oběma palci současně obočí a pod jeho konci uděláme malé kroužky.	má bílý fráček,
3. Palci přes oči: Víček dítěte se dotkneme jen „motýlím pohlazením“ od vnitřních k vnějším koutkům.	nebem letí,
4. Přes líce dolů: Od kořene nosu přes lící kosti projedeme symetricky oběma palci najednou až ke spánkům. U větších dětí uděláme tento pohyb ještě jednou, ale sjedeme hlouběji do dolní části tváře.	zdraví děti,
5. Horní úsměv: „Orámujeme“ palci horní ret od nosu ke koutkům, které lehce pozvedneme do úsměvu.	křídly mává,
6. Dolní úsměv: „Orámujeme“ palci i dolní ret od středu brady ke koutkům, které opět pozvedneme do úsměvu.	zrníčka dává,
7. Kroužky kolem čelisti: palci nebo ukazováčky a prostředníky kroužíme od středu brady po obvodě obličeje až za uši. Rovně převedeme za ušima až na šíji a vyjedeme znovu na bradu.	letí, letí, letí, obláčkovým nebem

(Hašplová, 2006, str. 52-59, 69-85)

4.3 Podmínky výzkumu

Dotykovou terapii s poetoterapií jsme provedli v Dětském rehabilitačním centru „MEDVÍDEK“ v Brně na ulici Kyjevská 5. Toto centrum je pobytovým zařízením pro děti s tělesným postižením od 1 roku do 7 let. Dotyková terapie se uskutečnila dvakrát v průběhu jednoho týdne – poprvé bez využití poetoterapie dne 14. února 2011, podruhé s poetoterapií dne 18. února 2011. Terapie probíhala v místnosti snoezelen za přítomnosti jedné z pracovnic centra. Využili jsme tedy i terapeutického působení této místnosti na podporu zklidnění a uvolnění dětí – aromaterapii, mírné osvětlení lávovými lampami a bodovými světly, relaxační hudbu – melodie z pohádek, vodní postel. Masáž byla provedena s použitím olivového masážního oleje s aloe vera.

4.4 Předvýzkum

Před vlastním výzkumem jsme provedli šetření, jež nám umožnilo blíže se seznámit s prostředím a podmínkami zařízení. U šesti dětí, z nichž dvě měly lehkou mentální retardaci, dvě středně těžkou a dvě těžkou, jsme provedli ve dvou dnech dotykovou terapii a dotykovou terapii s využitím poetoterapie. Reakce dětí na obě formy terapie byly stejné – u všech pozitivní. Také kontakt s novou osobou, která provádí masáže, byl bezproblémový. Děti hodnotily provedenou terapii pomocí třístupňové škály, která byla znázorněna veselým, neutrálním a smutným obličejem. Všechny děti zvolily veselý obličej.

Na základě předvýzkumu předpokládáme, že hodnocení pomocí třístupňové škály není vhodné zvláště u dětí s těžšími stupni mentálního postižení, protože je pro ně těžké pochopit význam obrázků a přiřadit k nim vlastní prožitek. Děti s lehkou mentální retardací vyjadřují své pocity snáze i verbálně a rozumí pojmům líbí – nelíbí. Škála se třemi stupni není dostačující pro hodnocení, v pozitivní i negativní oblasti by měly být alespoň dva stupně hodnocení pro větší přesnost.

Ve vlastním výzkumu se tedy zaměříme na určitý stupeň mentální retardace a podle něj upravíme škálu pro hodnocení terapie. V případě lehké mentální retardace rozšíříme tuto škálu na pět stupňů.

4.5 Vlastní výzkum

Pro výzkum jsme stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H₀: V hodnocení dotykové terapie s využitím poetoterapie a samostatné dotykové terapie není u dětí s lehkou mentální retardací výraznější rozdíl.

H_A: Děti s lehkou mentální retardací hodnotí dotykovou terapii s využitím poetoterapie výrazně lépe než bez ní a lépe na ni reagují.

4.5.1 Výzkumný vzorek

Pro výzkum bylo v rehabilitačním centru k dispozici deset dětí ve věku od tří do sedmi let s lehkou mentální retardací, jejichž rodiče vyjádřili souhlas podpisem. Ve výzkumném vzorku byly tři dívky a sedm chlapců. Tři děti měly dětskou mozkovou obrnu (dále DMO). Komunikační schopnosti dětí byly na různé úrovni. V rehabilitačním centru byly s dětmi pravidelně prováděny masáže, míčkování a další terapie, proto jsou na ně děti zvyklé a pozitivně je přijímají, stejně jako pobyt v místnosti snoezelen.

4.5.2 Metody šetření

Provedli jsme speciálněpedagogický experiment. Využili jsme participované pozorování. Osoba, která s dítětem dotykovou terapii a poetoterapii prováděla, byla zároveň i pozorovatelem, pozorováno bylo dané dítě. Terapii jsme aplikovali dvakrát se stejnými dětmi. Pro vyhodnocení jsme použili upravený znaménkový test. Děti hodnotily terapii pomocí pětistupňové škály, která byla znázorněna obličejí s různými výrazy (viz. příloha): velmi smutný, smutný, neutrální, veselý, velmi veselý, a to vždy po skončení lekce. Předpokládali jsme, že před naší intervencí měly děti neutrální náladu.

4.5.3 Popis a průběh výzkumu

Dotyková terapie a poetoterapie se uskutečňovala v dopoledních hodinách. Masáž každého dítěte trvala přibližně patnáct minut. Při dotykové terapii měly děti obnažené ruce a nohy, nemasírovaná část těla byla přikryta dekou. Terapie probíhala na vodní posteli. Byly použity masáže uvedené v publikaci Jany Hašplové *Masáže dětí a kojenců* (viz. kapitola 2). Masáž jsme prováděli od dolních končetin, poté přes ruce a na závěr byla zařazena masáž obličeje. K dotykové terapii jsme přidali poetoterapii při druhém provedení u každého dítěte. Provedenou terapii děti hodnotily pomocí pěti obrázků tak, že ukázaly na daný obličej podle

toho, jak se jim masáž líbila a jak se cítily. Jejich volbu jsme zaznamenávaly a následně vyhodnocovali.

V tabulce č. 1 uvádíme vedle jmen dětí, která byla pro potřeby výzkumu změněna, jejich hodnocení dotykové terapie bez využití poetoterapie a s jejím využitím. Posun v hodnocení je vyjádřen znaménkem (+ značí posun do kladných hodnot, - značí posun do záporných hodnot) a číslicí, která vyjadřuje, o kolik stupňů se hodnocení změnilo. Použili jsme škálu: velmi smutný, smutný, neutrální, veselý, velmi veselý, jež byla pro děti znázorněna obličejí s odpovídajícími výrazy.

Tabulka č. 1: Vyhodnocení terapeutické intervence – znaménkový test

	Jméno dítěte	Hodnocení dotykové terapie	Změna v hodnocení	Hodnocení dotykové terapie s poetoterapií
1.	Adam*	Veselý	0	veselý
2.	Jakub	neutrální	+1	veselý
3.	Tomáš	velmi veselý	0	velmi veselý
4.	Štěpán*	veselý	+1	velmi veselý
5.	Lucie	neutrální	+2	velmi veselý
6.	Matěj	velmi veselý	0	velmi veselý
7.	Jana	veselý	+1	velmi veselý
8.	Lukáš*	neutrální	+1	veselý
9.	Vojtěch	neutrální	+2	velmi veselý
10.	Markéta	veselý	+1	velmi veselý

* označuje děti s DMO

Ve znaménkovém testu jsme zaznamenali pouze změnu znamenající zlepšení nálady, kterou v tabulce č. 1 značí znaménko +, a to v sedmi z deseti případů. Ve zbylých třech případech nedošlo k žádnému posunu. V testu jsme počítali s deseti dvojicemi hodnot, což

znamená, že se na hladině významnosti 0,05 může lišit maximálně jedno znaménko pro potvrzení alternativní hypotézy. Žádné záporné znaménko se nevyskytlo, vyloučila se tedy nulová hypotéza (H_0).

Při terapii jsme provedli také pozorování. Působením terapie jsme zasahovali do chování a prožívání dětí a tak je ovlivnili.

Reakce všech dětí na terapii byly pozitivní. Děti byly uvolněné a spolupracovaly. Byly na masáži zvyklé a kontakt s novou osobou jim nečinil problémy. Tabulka č. 2 uvádí jejich reakce při samostatně provedené dotykové terapii a při dotykové terapii s využitím poetoterapii. Reakce se významně nelišily.

Tabulka č. 2: Kvalitativní vyhodnocení terapeutické intervence

	Jméno dítěte, věk	Reakce na dotykovou terapii	Reakce na dotykovou terapii s poetoterapií
1.	Adam*, 5 let	odmítá masáž obličeje, má napětí v rukou a pohybuje jimi, při masáži je uvolní, na konci masáže je neklidný	odmítá masáž obličeje, napětí v rukou, masáž vydrží v klidu až do konce
2.	Jakub, 5 let	působí nejistě, pozoruje okolí, postupně se uvolní	zpočátku je napjatý, brzy se uvolní
3.	Tomáš, 6 let	klidný, usmívá se	na masáž se těší, je uvolněný, na závěr je uvolněný a usmívá se, na závěr poděkuje
4.	Štěpán*, 4 roky	je uvolněný, rozhlíží se po místnosti	v klidu vydrží až do konce, pozoruje maséra
5.	Lucie, 7 let	zpočátku je napjatá, pozoruje okolí, uvolní se při masáži, ke konci je neklidná	počáteční napětí se při masáži uvolní, vydrží v klidu až do konce

6.	Matěj, 5 let	je napjatý, masírovanou část těla uvolní, ostatními pohybuje, otáčí hlavou a dívá se po místnosti	nemasírované části těla jsou v mírném napětí, pozoruje maséra
7.	Jana, 3 roky	je uvolněná, ke konci neklidná	masáž vydrží v klidu, pozoruje maséra
8.	Lukáš*, 4 roky	je uvolněný, při masáži obličeje je nejistý a mračí se	je uvolněný, masáž obličeje mu nedělá problémy
9.	Vojtěch, 5 let	při kontaktu s novou osobou působí nejistě, při masáži se uvolní	je uvolněný, klidný
10.	Markéta, 4 roky	je uvolněná, klidná, směje se i nahlas	je uvolněná, klidná, směje se nahlas

* označuje děti s DMO

4.6 Závěr výzkumu

Po šetření v rámci předvýzkumu jsme blíže specifikovali cílovou skupinu, na niž jsme se následně ve vlastním výzkumu zaměřili, a rozšířili škálu hodnocení. Domníváme se, že dětem se středně těžkou a zvláště těžkou mentální retardací činí problémy spojení vlastního prožitku s obrázkem, který volily pro hodnocení. Proto jsme se ve vlastním výzkumu zaměřili na děti s lehkou mentální retardací, u nichž se v předvýzkumu potvrdila schopnost hodnotit své pocity – u některých i verbálně. Dále jsme rozšířili škálu pro hodnocení ze tří stupňů na pět, abychom získali přesnější výsledky.

Vlastní šetření potvrdilo alternativní hypotézu (H_A), která uvádí, že děti s lehkou mentální retardací hodnotí dotykovou terapii s využitím poetoterapie lépe, než samostatnou dotykovou terapii. Nulovou hypotézu jsme vyloučili na základě znaménkového testu.

Z výsledků testu i z pozorování se zdá, že děti s lehkou mentální retardací předškolního věku přijímaly dotykovou terapii i poetoterapii dobře a jejich spojení na ně působilo pozitivně. Tato skutečnost byla dána i faktem, že děti v rehabilitačním centru byly na masáži

zvyklé. Autorka si je vědoma jistého zkreslení výsledků, neboť se předpoklad neutrálního naladění dětí před terapií nemusel zakládat na pravdě.

S nejednotným postojem rodičů jsme se v rámci předvýzkumu setkali v označení dítěte pojmem „dítě s mentálním postižením“, zvláště jedná-li se o dítě s lehkou mentální retardací. Tento pojem se vyskytl v textu žádosti o souhlas rodičů s provedením terapie u jejich dětí (viz. příloha). Někteří rodiče dětí s lehkou mentální retardací své děti nepovažují za mentálně postižené a vyhýbají se tomuto označení.

ZÁVĚR

Rozvoj speciálněpedagogických terapií a jejich širší využívání přispívá k hledání a formování nových terapeutických přístupů a metod. Speciální pedagogika využívá poznatků z medicíny, psychologie, psychiatrie, umění a dalších oblastí v péči o děti i dospělé s postižením. Nabízí jim tak možnost rozvoje schopností a dovedností, kompenzaci postižení, odreagování a podporuje jejich schopnost socializace. Většina terapeutických směrů má široké spektrum využití – v mnoha obměnách mohou být využity v práci s dětmi i dospělými s různými druhy a stupni postižení, zdravotními a psychickými problémy, při léčbě závislostí a stejně tak nacházejí své uplatnění v intaktní populaci zejména pro svůj preventivní a abreaktivní charakter. Tato bakalářská práce se zaměřuje na poetoterapii a dotykovou terapii – tedy na dva formující se terapeutické přístupy, které si získávají své místo ve speciální pedagogice.

Naším cílem bylo blíže popsat jejich východiska a možnosti využití se zaměřením na osoby s mentálním postižením a na základě výzkumu potvrdit pozitivní vliv propojení těchto dvou terapií na děti předškolního věku s diagnózou lehké mentální retardace. Pro potřeby výzkumu vytvořila autorka soubor básní jako doplněk k masážím převzatým z knihy Jany Hašplová *Masáže dětí a kojenců* (2006). Na základě pozorování a vlastního kvantitativního výzkumu jsme potvrdili tezi, že spojení dotykové terapie s poetoterapií je pro děti s lehkou mentální retardací příjemné a má na ně pozitivní vliv. Děti hodnotily provedenou terapii výběrem z pěti připravených obrázků (viz. příloha) a tyto získané výsledky jsme následně vyhodnotili pomocí znaménkového testu. Reakce dětí byly velmi pozitivní i z toho důvodu, že masáže a jiné terapie se staly pravidelnou součástí programu rehabilitačního centra a děti jsou na ně zvyklé.

Možnosti využití poetoterapie i dotykové terapie jsou však mnohem širší, než uvádíme v této práci. Neklademe si za cíl popsat všechny možné techniky a varianty využití těchto terapií, ale nabídnout nové možnosti propojení terapií a tvořivý přístup k nim ve speciálněpedagogické práci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CARLGREN, F.: *Výchova ke svobodě : pedagogika Rudolfa Steinera*. 1. vyd. Praha : Baltazar, 1991. 263 s. ISBN 80-900307-2-6.

ČERNÁ, M. a kol.: *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2008. 222 s. ISBN: 978-80-246-1565-3.

FINANDO, D.: *Léčba dětí masáží spoušťových bodů : léčivý dotyk rodičů*. 1. vyd. Olomouc : FONTÁNA, 2008. 232 s. ISBN 978-80-7336-526-4.

FIŠER, Z.: *Tvůrčí psaní : malá učebnice technik tvůrčího psaní*. 1. vyd. Brno : Paido, 2001. 164 s. ISBN 80-85931-99-0.

HAŠPLOVÁ, J.: *Masáže dětí a kojenců*. 3. rozš. vyd. Praha : Portál, 2006. 120 s. ISBN 80-7367-125-5.

CHRÁSKA, M.: *Metody pedagogického výzkumu : základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

JEBAVÁ, J.: *Úvod do arteterapie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. 95 s. ISBN: 80-7184-394-6.

KAVANAGH, W.: *Něžné doteky : masáž a reflexologie kojenců a dětí*. 1. vyd. Olomouc : ANAG, 2008. 112 s. ISBN 978-80-7263-453-8.

KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 74 s. ISBN 80-244-0991-7.

KYSUČAN, J.: *Psychopedie : teorie výchovy mentálně retardovaných*. 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1990. 82 s. Bez ISBN.

KYSUČAN, J.: *Úvod do psychopedie*. Olomouc : Univerzita Palackého Olomouc, 1986. 135 s. Bez ISBN.

MATĚJČEK, Z.: *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 184 s. ISBN 80-247-0870-1.

MATĚJČEK, Z.: *Rodičům mentálně postižených dětí*. 1. vyd. Praha : H&H, 1992. 15 s. ISBN 80-85467-52-6.

MATOUŠEK, O.: *Potřebujete psychoterapii?* 1. vyd. Praha : Portál, 1995. 103 s. ISBN: 80-7178-036-7.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Praha : Grada Publishing, 2010. 278 s. ISBN 978-80-247-1587-2. (dostupné na <http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi-mkf>)

MÜLLER, O.: *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 87 s. ISBN 80-244-0207-6.

MÜLLER, O. a kol.: *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

NEŠPOR, K.: *Jóga, poezie, psychoterapie*. 1. vyd. Praha : AVATAR, 1997. 84 s. ISBN 80-85862-18-2.

PREKOPOVÁ, J.: *Pevné objetí : cesta k vnitřní svobodě*. 1. vyd. Praha : Portál, 2009. 200 s. ISBN 978-80-7367-614-8.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol.: *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.

SMOLKOVÁ, T.: *Dítě v úctě přijmout : vzdělávací program waldorfské mateřské školy*. 1. vyd. Praha : MAITREA, 2007. 112 s. ISBN 80-903761-2-6.

SOVÁK, M.: *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1986. 230 s. Bez ISBN.

STEINER, R.: *Anthroposofie*. 1. vyd. Olomouc : Michael, 1999. 51 s. ISBN 80-86340-02-3.

SVOBODA, P.: *Poetoterapie*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 187 s. ISBN 978-80-244-1682-3.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J.: *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 167 s. ISBN: 80-7178-616-0.

ŠVARCOVÁ, I.: *Aktuální otázky psychopedie*. 1. vyd. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 1998. 81 s. ISBN 80-7083-272-X.

ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

ŠVINGALOVÁ, D.: *Úvod do psychopedie*. 1. vyd. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2003. 107 s. ISBN 80-7083-696-2.

VALENTA, M., MÜLLER, O. a kol.: *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 4. dopl. a uprav. vyd. Praha : Parta, 2009. 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.

SEZNAM PŘÍLOH

- I. Obrázky použité pro hodnocení terapie
- II. Text žádosti o souhlas rodičů s provedením terapie u jejich dětí

Příloha č. 1: Obrázky použité pro hodnocení terapie

1. velmi smutný:



4. veselý:



2. smutný:



5. velmi veselý:



3. neutrální:



Příloha č. 2: Text žádosti o souhlas rodičů s provedením terapie u jejich dětí

Vážení rodiče,

jsem studentkou třetího ročníku speciální pedagogiky předškolního věku na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Téma mé bakalářské práce je *Využití poetoterapie v dotykové terapii u dětí s mentálním postižením*. Pro účely práce provádím dotykovou terapii společně s poetoterapií u dětí převážně předškolního věku a zjišťuji, jak na děti spojení těchto terapií působí. Dotyková terapie zahrnuje masáž rukou, nohou a obličeje a je doplněna básničkami. Masáže jsou pro děti příjemné, probíhají v klidném prostředí.

Chtěla bych vás požádat o spolupráci a souhlas s užitím dotykové terapie a poetoterapie u vašeho dítěte. Terapie proběhne jednou až dvakrát během pobytu dítěte v zařízení. Budete-li mít zájem o více informací, výsledek práce, či budete chtít sami dotykovou terapii s poetoterapií provádět se svými dětmi, můžete mě kontaktovat.

Děkuji a těším se na spolupráci,

Markéta Šotolová

Souhlasím s užitím dotykové terapie a poetoterapie u mého dítěte
..... (jméno dítěte).

..... (vaše jméno)

..... (podpis)

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Využití poetoterapie v dotykové terapii u dětí s mentálním postižením

Bakalářská práce se zabývá využitím poetoterapie, poměrně „mladé“ expresivní terapie, ve spojení s dotykovou terapií v oblasti speciální pedagogiky. Zaměřuje se na psychopedii, konkrétně na děti předškolního věku s mentálním postižením. Praktická část práce obsahuje ukázkou vlastní poetické tvorby autorky, kterou lze v rámci poetoterapie využít při masáží dětí, a dále výzkum zaměřený převážně na účinky terapie u dětí s lehkou mentální retardací. Teoretická část přináší informace o mentálním postižení, dotykové terapii a poetoterapii. Práce se zaměřuje na využití terapií ve speciální pedagogice.

ANNOTATION OF BACHELOR'S THESIS

The usage of the Poetry therapy in Touch therapy for children with mental disability

This bachelor thesis is focussed on Poetry therapy, quite „young“ expressive therapy in connection with "touch therapy" and it's application in special education. It's especially focused on psychopedics, concretely pre-school children with mental disability. Practical part of the work contains example of own poetry of the author which can be used in terms of Poetry therapy during massages of children and further research focused on main effects of the therapy on children with light mental retardation. Theoretical part bears information regarding mental disability, touch therapy and Poetry therapy. The thesis is mainly specialized in usage of those therapies in special education.