

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Vliv hiporehabilitace na komunikaci
osob s postižením**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor:	Kristýna Novotná
Katedra:	Psychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Pavla Cimlerová
Studijní program:	B7508 Sociální práce
Studijní obor:	Pastorační a sociální práce
Rok odevzdání:	2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Vliv hiporehabilitace na komunikaci osob s postižením“ napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Praze dne 12. 6. 2010

Kristýna Novotná

Bibliografická citace

Vliv hiporehabilitace na komunikaci osob s postižením [rukopis] : bakalářská práce / Kristýna Novotná; vedoucí práce: PhDr. Pavla Cimlerová. -- Praha, 2010. – 88 s.

Anotace

Interakce mezi lidmi nejsou bez komunikace možné. Jejimi hlavními složkami a funkčními činiteli je vždy řeč, neverbální projevy, emoce a komunikační kontext. Kvalitní a zdravá komunikace se významně podílí na prožitku celkové kvality a smysluplnosti lidského života a má dokonce kvůli svému působení na vegetativní děje v lidském organismu vliv i na průběh většiny tělesných onemocnění. V případě osob se speciálními potřebami zasahuje každý typ postižení komunikaci jiným způsobem.

Komunikace však neprobíhá pouze mezi lidmi, ale i mezi člověkem a koněm. Díky specifčnosti tohoto kontaktu může mít dokonce terapeutické účinky, které jsou využívány jednou z psychoterapeutických či speciálně-pedagogických metod – hiporehabilitací. To jsem ověřovala použitím kvantitativní výzkumné metody dotazníku, který byl osobně předáván klientům Jezdeckého klubu Počin v Praze. Výsledky šetření ukázaly, že hiporehabilitace je pro komunikaci osob s postižením skutečně přínosem. Vztahem s koněm obohacuje emocionální život člověka, nabízí nové zážitky, témata k rozhovoru, umožňuje setkání s lidmi z podobné sociální skupiny, čímž přispívá ke zdravé socializaci, dává prostor k psychickému uvolnění, motivuje k vlastní aktivitě v komunikaci, poskytuje možnost bezpečného a příjemného fyzického kontaktu s jinou živou bytostí a příznivě ovlivňuje také fyzický stav dané osoby. Tím vším se může člověku stát zdrojem sebevědomí, úcty k sobě samému, nové radosti a naděje.

Klíčová slova

Animoterapie, hiporehabilitace, komunikace, postižení, psychoterapie.

Summary

The Effects of Equine-assisted Therapy on Communication of People with Disability

Human interaction is not possible without communication. The main elements of communication and its functional factors are tongue, nonverbal expressions, emotions and communicational context. Experience of quality and meaning in life is closely related to quality and healthy communication. Furthermore, it even influences progression of most physical diseases due to its affect on vegetative processes in human body. Among people with special needs, the communication is affected differently through each kind of disability.

Nevertheless, communication doesn't proceed only on human level but also between human being and a horse. Due the specificity of this relationship, it can even have therapeutic impacts. One of the methods of psychotherapy and special education – hiporehabilitation – takes advantage of them. To test this hypothesis, a quantitative research method of questioning was used - the technique of a questionnaire. The questionnaires were given to all clients of Jockey club Počín in Prague. The results proved that hiporehabilitation is trully beneficial to communication of people with disability. Having a horse as a friend enriches emotional life, provides for new experiences and topics to talk about. It helps to reach people from similar social group and therefore supports healthy socialization. It also provides mental relaxation and encourages active communication. Hiporehabilitation is there to give a pleasant feeling of close contact with another being and as such influences also the physical condition of the person. Because of all of these benefits it can also be a source of confidence, self-respect, new joy and hope.

Keywords

Animal-assisted therapy, communication, disability, hiporehabilitation, psychotherapy.

Poděkování

Touto cestou chci velice poděkovat PhDr. Pavle Cimlerové za její vstřícnost a ochotu, odborné vedení, rady, cenné připomínky a povzbuzení, které mi poskytla v průběhu zpracování mé bakalářské práce, a dále také všem pracovníkům i klientům Jezdeckého klubu Počin, kteří mi ochotně věnovali svůj čas a předali své vzácné zkušenosti.

Obsah

Úvod.....	- 9 -
1 Komunikace	- 10 -
1.1 Vymezení lidské komunikace	- 10 -
1.1.1 Účel lidského komunikování a motivace k němu	- 10 -
1.1.2 Komunikační kontext.....	- 12 -
1.1.3 Zpráva – od záměru po přijetí	- 13 -
1.2 Verbální komunikace.....	- 15 -
1.2.1 Sociální prostředí a vývoj řeči	- 16 -
1.3 Neverbální komunikace.....	- 17 -
1.4 Emoce.....	- 18 -
1.5 Poruchy v interpersonální komunikaci.....	- 19 -
1.6 Zdravá komunikace.....	- 20 -
2 Hiporehabilitace	- 22 -
2.1 Animoterapie	- 22 -
2.1.1 Obecné působení zvířete na člověka.....	- 23 -
2.1.2 Animoterapie jako forma psychoterapie	- 24 -
2.1.3 Animoterapie jako jedna ze speciálně-pedagogických terapií-	- 25 -
2.1.4 Terapeutické přínosy kontaktu se zvířetem	- 26 -
2.2 Základní pojmy	- 28 -
2.3 Historie a současnost léčebného ježdění	- 30 -
2.4 Hipoterapie	- 31 -
2.4.1 Praktické provádění hipoterapie	- 33 -
2.4.2 Indikace hipoterapie	- 33 -
2.5 Léčebné pedagogicko-psychologické ježdění	- 34 -
2.5.1 Psychologické faktory.....	- 34 -
2.5.2 Sociální faktory.....	- 36 -
2.5.3 Léčebný přínos komunikace mezi člověkem a koněm	- 36 -
2.5.4 Použití a metodika	- 39 -
2.6 Sportovní ježdění handicapovaných	- 40 -
2.7 Kůň v hiporehabilitaci.....	- 41 -
3 Specifika komunikace u osob s postižením	- 43 -
3.1 Terminologie, život člověka s postižením ve společnosti	- 43 -

3.1.1	Obecné příčiny vzniku poruch, vad, postižení a handicapu ...	43 -
3.1.2	Psychologie lidí s postižením nebo nemocí	45 -
3.1.3	Rehabilitace, terapie.....	45 -
3.2	Specifika komunikace u osob s vybranými typy postižení	46 -
3.2.1	Tělesná postižení (poruchy a onemocnění nervové soustavy)-	46 -
3.2.1.1	Dětská mozková obrna.....	48 -
3.2.1.2	Roztroušená skleróza	49 -
3.2.2	Duševní poruchy a poruchy chování.....	49 -
3.2.2.1	Mentální retardace	49 -
3.2.2.2	Porucha pozornosti a hyperaktivita.....	52 -
3.2.2.3	Dětský autismus.....	53 -
3.2.3	Vrozené vady a chromozomální abnormality	56 -
3.2.3.1	Downův syndrom.....	56 -
3.2.4	Narušená komunikační schopnost	57 -
4	Praktická část	58 -
4.1	Cíl práce a hypotézy.....	58 -
4.2	Metodika výzkumu	59 -
4.3	Výsledky.....	60 -
4.4	Diskuze.....	71 -
5	Závěr.....	80 -
	Seznam literatury	81 -
	Přílohy	85 -

Seznam příloh:

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Plán práce pro koně připravovaného pro hipoterapii, režim dne

Příloha 3 - Fotografie z návštěvy 7. mezinárodního mistrovství ČR
v paradrezuře

Úvod

Když slyším veselé vískání chlapce s mentální retardací pohupujícího se na hřbetě krásného, ladně se pohybujícího koně, nebo když vidím jiskry v očích dívky s amputovanou nohou účastnící se závodů pararezury, často nemohu jinak než vzdát Bohu chválu za tento Jeho vzácný dar lidem – koně. Nejsou jen našimi pomocníky v práci nebo zdrojem zábavy, ale také našimi společníky na cestě životem a hlavně živým důkazem o Boží stvořitelské moci a štědrosti.

Čím déle se teoreticky i prakticky zabývám hiporehabilitací, „léčbou za přispění koní“, tím více žasnu nad schopnostmi, které do nich Stvořitel vložil, a nad netušenou vzájemnou propojeností mezi Bohem a Jeho stvořením. Lidé i zvířata jsou stvořeni s jediným záměrem – ke vztahu. Se svým Tvůrcem a mezi sebou navzájem. Koně mohou být pro člověka, jak se v poslední době stále více ukazuje, zdrojem určitého naplnění, citového obohacení, pomoci, podpory a dokonce i léčby.

Pro mnoho lidí je snazší navázat kontakt se zvířetem než s člověkem. Během svého samostudia v této oblasti jsem v odborné literatuře narazila na mnoho zmínek o pozitivním působení hiporehabilitace na rozvoj různých aspektů komunikace jejích uživatelů. Nikde se mi však nepodařilo najít konkrétní podklady pro toto tvrzení. Proto jsem se rozhodla věnovat svou práci právě této problematice a pokusit se tuto tezi potvrdit.

Dalším důvodem také je můj zájem zjistit, zda je toto pozitivní působení koně univerzálně použitelné pro všechny klienty hiporehabilitace nebo zda je něčím ovlivněno.

1 Komunikace

1.1 Vymezení lidské komunikace

Existuje mnoho různých definic a pojetí komunikace. Všechny však vycházejí z latinského slova *communicatio* (vespolné účastnění) a *communicare* (činit něco společným, společně něco sdílet). Komunikace může být definována jako médium pozorovatelných manifestací lidských vztahů, sociální proces a sociální instituce, proces vytváření významu mezi dvěma či více lidmi nebo koordinované chování, jež se spouští navzájem mezi členy sociální jednotky (VYBÍRAL, 2005, s. 27).

„Lidská komunikace je proces tvoření významů mezi dvěma nebo více lidmi“ (NAKONEČNÝ, 1999, s. 162). Tímto tématem se dokonce zabývá celá psychologická disciplína – psychologie lidské komunikace. Jejím hlavním zájmem je to, „jak lidé vyjadřují své záměry, zajímají ji funkce komunikace a motivace k ní, dorozumění a nedorozumění v procesu komunikování a účinky na psychiku, projevy a vztahy účastníků“ (VYBÍRAL, 2005, s. 28).

Komunikace je základním druhem sociální interakce - vzájemné výměny hodnot mezi lidmi. Znamená buď jednostranné sdělování nebo vzájemnou výměnu informací. Je zajišťována vrozenými reakcemi na smyslovou stimulaci (například vrozená reakce dítěte na lidský obličej, čichová identifikace matky novorozencem a audiovokální komunikace mezi nimi...) a předprogramovanými signály sociálního chování (gesta, mimika). Každá kultura má vlastní systém komunikace, do něž spadá jak samotný jazyk, tak i způsoby chování a specifická gesta (NAKONEČNÝ, 1999).

1.1.1 Účel lidského komunikování a motivace k němu

Každá komunikace má jeden nebo více účelů (funkcí), jejichž dopadem na příjemce dostává svůj smysl. Podle VYBÍRALA (2005, s. 31-32) jsou hlavní funkce lidského komunikování tyto:

- Informativní funkce – předat zprávu
- Instruktažní funkce – navést, naučit
- Persuazivní funkce – ovlivnit, přesvědčit adresáta, aby změnil názor
- Vyjednávací funkce – řešit a dospět k dohodě
- Zábavní funkce – pobavit sebe/druhého

A dále také funkce více zaměřené na formu než obsah:

- Kontaktní funkce – zastavení se s někým, užít si blízkosti
- Sebe-prezentační funkce – vyvolat dojem, zalíbit se, zastrašit

Motivaci ke komunikaci má každý člověk různou a její intenzita může být rovněž u každého rozdílná (VYBÍRAL, 2005, s. 33-35):

- Kognitivní motivace – předávání smyslu, sdělení
- Zjišťovací a orientační – dotazy k lepší orientaci v tématu a jeho strukturování
- Sdružovací – touha navázat vztah, uspokojování potřeby bližšího kontaktu,
- Sebepotvrzovací – ochotou s námi mluvit potvrzuje druhý člověk, že pro něj máme cenu, kterou si tím zároveň potvrzujeme i sami ve vlastních očích
- Adaptační – přizpůsobení rolovým stereotypům, kterými se začleňujeme do okolí
- Přesilová – vychází z potřeby sebeuplatnění, zjednání obdivu, respektu
- Požitkářská – chuť se rozptýlit, odpočinout si
- Existenciální – komunikace s niterným opěrným konstruktem, uspokojování smyslu života, udržování psychického zdraví
- Skrytá – je-li funkce komunikace cíleně skrývaná, nemusí adresát pochopit její smysl. Přestože občasná nechů komunikovat je normálním důsledkem emoční rozladěnosti či kognitivního zahlcení, může se stát známkou duševní abnormality, pokud je tento sklon vyhýbat se lidským kontaktům dlouhodobějšího charakteru.

Ať už má komunikační událost jakoukoli funkci či motivaci, každá z nich je složena ze šesti složek: sdělujeme při ní obsah, vyjadřujeme svůj postoj ke komunikovanému obsahu, vyjadřujeme postoj k partnerovi, signalizujeme své emoce, vyjadřujeme další atributy sebe samého (např. to, že jsme pohotoví nebo rozvážní, ohleduplní, vtipní, nudní) a nakonec sdělujeme svou představu o pokračování komunikace (VYBÍRAL, 2005, s. 44).

Komunikace je umožněna systémem vzájemně sdílených znaků, které tvoří základní **formy komunikace**:

- *verbální* (mluvená a psaná řeč – národní jazyk)
- *neverbální* (výraz a chování)
- *meta- nebo paralingvistické znaky* (hlasová intonace, emocionální barva hlasu)
- *komunikace prostřednictvím obrazů a symbolů*

Z hlediska vztahu (NAKONEČNÝ, 1999, s. 158) lze komunikaci rozlišit na:

- *intrapersonální* (získávání informací jinak než z přímého kontaktu s druhým člověkem, například z počítače, archivu...)
- *interpersonální* (komunikace mezi dvěma nebo více osobami)
- *masovou* - zprostředkovanou masmédií

Obecným prostředkem komunikace je **řeč**, v užším významu znamená jazyk (verbální chování). Jazykem, gesty a výrazem však nekomunikujeme jen úmyslně vědomé sdělení, ale také své pocity a snahy aniž bychom si to uvědomovali. Chování je rovněž určitým druhem poselství, veškeré jeho projevy něco sdělují.

1.1.2 Komunikační kontext

Komunikace vždy probíhá v určitém komunikačním kontextu, který utváří nebo doplňuje obsah sdělení (NAKONEČNÝ, 1999).

Vnitřní kontext je tvořen „všemi podněty, přicházejícími z minulosti i z přítomnosti, které nás informují o světě“ (VYBÍRAL, 2005, s.36), tedy našimi zkušenostmi, očekáváními, postoji, pamětí, schémata myšlení a řešení problémů, emočním nastavením a fantazií, které se neustále doplňují a obměňují a jsou výrazně ovlivněny vztahem ke komunikačnímu partnerovi.

Vnější kontext je rovněž proměnlivý a týká se například sociálněpsychologických jevů, kulturních vzorců, jazyka nebo společensko-politické situace.

Žádná komunikační situace není stejná a může se výrazně lišit podle prostředí, ve kterém se člověk nachází. Záleží na tom, jakou roli (naplňování očekávání, jež má většina příslušníků daného lidského společenství spojená s chováním v určité pozici, profesi, situaci) daná situace od komunikujícího vyžaduje. Pokud je obsah komunikace potlačován, může dojít k jeho převedení do jiného chování nebo činnosti. To nazývá odborná literatura „agováním“ (VYBÍRAL, 2005, s.40). Je nahrazením přímé reakce na ohrožující nebo nepříjemný podnět vyhýbáním se konfrontaci s tímto tématem. Projevuje se vyhýbavou komunikací – například narážkami, zesměšňováním, postranními poznámkami (verbálně) nebo mimikou, mnohoznačnými gesty, popřípadě nějakým činem (neverbálně).

Na kontext komunikace mají také nezanedbatelný vliv další modalita, které jsou právě v dané situaci přítomné: prostor a jeho uspořádání, doba a délka komunikační výměny, význam/závažnost, kterou mluvčí a adresát přikládají situaci,

přítomnost emocí, vztah mezi partnery (během každé komunikační výměny vzniká mezi komunikujícími vztah, který má vliv jak na podobu a průběh komunikace, tak na tvorbu jejího obsahu), existence kontinuity a systémový/situační rámec (např. jak se komunikace dotýká nepřítomného člena systému; zavedené způsoby komunikování v již existujícím systému...neboli momentální souvislosti a vazby navozené komunikovaným tématem ovlivněné historií komunikačních výměn i přítomností konkrétních osob, asociacemi apod.). Každou tuto kontextovou modalitu je možné pozměnit i malou aktivitou a tím podstatně změnit i kontext celé komunikační výměny (například vlídnost mluvčího, vhodná doba a místo rozhovoru, mohou podstatně snížit netrpělivost partnera).

Významný vliv na komunikační výměnu mezi lidmi má rovněž to, jaký dojem na nás náš komunikující partner dělá. Ten vzniká z tzv. „haló efektu“ (první dojem při prvním setkání) a ustálených soudů, které máme již předem (očekávání, stereotypy...). Rozhovor s někým výrazněji starším nebo mladším než jsme sami, v nás může vyvolat „oživení jiných sociálních vzorců z minulosti, uložených v našem podvědomí“ (VYBÍRAL, 2005, s. 45). Při setkání s někým neznámým je naše komunikace (výběr slov, naše mimika i gestika, intonace...) významně ovlivněna tím, co si o druhém člověku myslíme. Na vytvoření celkového dojmu o člověku se rovněž podílí jeho neverbální signalizace, jeho pověst a centrální charakteristické rysy (např. extroverze, introverze, vřelost, nejistota, zvědavost...).

Stejnou funkci jako komunikační kontext mají i **metalingvistické faktory** (například ironické zabarvení hlasu nebo úšklebek) přetvářející čistě lexikální význam slov (NAKONEČNÝ, 1999).

1.1.3 Zpráva – od záměru po přijetí

Podle NAKONEČNÉHO (1999, s. 158-159) je základní struktura komunikace tvořena těmito činiteli: komunikátor (sdělující osoba, produktor), komunikant (příjemce sdělení) a komuniké (obsah sdělení). Role sdělující osoby a příjemce se v interakci střídají. Komunikátor kóduje své sdělení použitím různých forem komunikace (slova, gesta...), vyjadřuje určitý obsah a používá nějakého média (mluví přímo nebo komunikantovi telefonuje). Příjemce sdělení podle své zásoby znaků dekoduje a interpretuje jako význam použitých znaků

Podrobněji popisuje komunikační výměnu VYBÍRAL (2005, s. 52-56). Jejím

počátkem je nejdříve **záměr** komunikujícího sdělit nějaký obsah. Příjemce pak zprávu (sdělení) „rozloží“ do tří rovin: **rámcové, vnější a vnitřní sdělení**. Rámcové sdělení lze rozpoznat již na úplném začátku komunikačního aktu. Může to být například už jen to, že se k příjemci někdo míří a „něco po něm bude asi chtít“. Když se přiblíží, je možné rozpoznat jeho přibližné emoční naladění, podrobnosti v jeho vzhledu atd. (vnější sdělení). Vnitřním sdělením se zpráva stane, když příjemce pochopí, o co produktovi jde. Význam zprávy je dále potřeba převést do mentálních struktur příjemce (podstatou je přijímání a dekodování sdělení). Opravdu velice výjimečně pochopí příjemce vše sdělované v plném rozsahu, v jakém produktor zprávu vyslal. Příjem zprávy je vždy nějakým způsobem (často nevědomě) ovlivněn selekcí, rychlostí, investováním energie, zkreslením, stereotypy, dobrou vůlí, zapojováním předchozích zkušeností atd. K tomu, aby se mohl příjemce co nejvíce přiblížit správnému pochopení významu zprávy, slouží ve zprávě obsažená zakódovaná, analogově vyjádřená instrukce, jak si ji vyložit (např. mimicky, ironií).

To, jak příjemce zprávě porozumí, je také determinováno jeho nastavením určitých kognitivních východisek. Když se setkáme s druhým člověkem, musíme vyhodnotit vlastně jak signály přicházející zvenčí (od produktora, z jeho jazyka a z okolního prostředí), tak zevnitř - z naší mysli či z reakcí našeho těla. Tyto signály pocházejí z emočních center mozku, somatických oblastí, z volních řídicích center mozkových hemisfér, paměti a z různých kognitivních schémat a vzorců vzniklých v minulosti. Tyto vnitřní signály pocházejí z oblasti nazývané **oblast mentálních reprezentací**, tedy „hluboce uložené zkušenosti, které jsou častým východiskem ke a při komunikování s druhými i se sebou samým“ (VYBÍRAL, 2005, s. 69).

Velký vliv na interpretování informací, které se k příjemci dostanou, mají vliv **schémata** (typ mentální reprezentace s jasnou strukturou; subjektivní teorie reprezentující svět), která vznikají zobecňováním subjektivních zkušeností a vytvářejí naše před-komunikační nastavení. Na předvědomé úrovni ovlivňují jak výběr a vyhodnocení informací, tak jejich vybavování. Vnitřní svět druhého člověka interpretujeme také na základě svých **osobních konstruktů**. To jsou predispozice našich předpokladů, očekávání a většiny vnitřních psychických procesů, které vznikly nevědomě na základě našich zkušeností (čím častěji se opakuje nějaké naše životní „téma“, tím větší má vliv na naše očekávání, že daná událost proběhne příště zase stejně).

Mezilidskou komunikaci také výrazně ovlivňují představy člověka o sobě a chování lidí kolem něj (nevědomé pozorování a napodobování jejich chování). V sociálních interakcích může být zavádějícím vodítkem v lidském myšlení také přítomnost stereotypů („souhrn úsudků o osobnostních rysech nebo fyzických vlastnostech celé skupiny lidí“ - VYBÍRAL, 2005, s. 78), které jsou výsledkem přirozeného zobecňování a třídění okolního světa.

1.2 Verbální komunikace

Přestože se oba druhy signálů – verbální i neverbální – doplňují a působí společně, mají odlišnou podobu a funkci. Verbální komunikace jako specifický lidský způsob komunikace existuje ve formě mluvené nebo psané řeči. Mluvenou řeč umožňuje jemná motorika mluvidel – artikulace. Slova jsou zvukové struktury nesoucí význam, a to jak lexikální tak emocionální. Symbolizují objekty, jejich vlastnosti a vztahy mezi nimi. Kombinací a ohýbáním slov vznikají věty. Národní forma jazyka umožňuje dorozumívání se prostřednictvím mluvené řeči.

Typickou formou řeči je **rozhovor**. Uplatňují se v něm konvenční pravidla dané kultury ohledně příslušné fyzické distance a míry doteků. Jeho průběh závisí na reakcích obou zúčastněných stran a zpětnovazebným ověřováním jejich správnosti. NAKONEČNÝ (1999, s. 165) uvádí, že je v rozhovorech možné rozlišit 4 **komunikační styly**:

	Konvenční styl	Konverzační styl	Operativní styl	Osobní styl
Funkce, účel	Potvrdit status quo, bránit rozpakům, udržet kontrolu nad situací, volba mezi pokračováním či ukončením kontaktu	Výměna informací, názorů, postojů, pobavit se, utvrdit sounáležitost, sebeprosazení	Zvládnutí životního prostoru, uspokojování běžných potřeb	Ochrana a reprodukce života, uspokojování zákl. lidských potřeb
Pozice	Symetrie a asymetrie se nemění	Jen symetrie	Asymetrie (při vyjednávání symetrie)	Symetrie i asymetrie
Distance	1,5-3 m	2-4 m (kolem stolu)	2-5 m	0-35 cm
Citové projevy	Mírně pozitivní (úsměvy)	Pozitivní	Neutrální	Výrazně pozitivní/negativní

1.2.1 Sociální prostředí a vývoj řeči

Schopnost řečové komunikace je definována jako „schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách“ (LECHTA, 2008, s. 13). V porovnání s ostatními oblastmi je průběh vývoje řeči v celkovém vývoji člověka nejprudší. Přestože se komunikovat učíme celý život, nejdůležitější je prvních 6 let života dítěte.

Vývoj řeči je velice úzce spjat s myšlením, motorikou a senzoricou sférou. Mezi řečí a těmito faktory existuje vzájemná zpětná vazba. Jinými slovy, tyto faktory ovlivňují vývoj řeči a samy jsou jím také ovlivněny. Všechny navíc ještě „prochází“ přes vlivy prostředí, protože člověk je determinován jak biologicky, tak sociálně. „Dítě si neosvojuje jazyk jako systém, ale jako sociální kód dorozumívání. Proto se do jazyka dítěte promítá celý sociokulturní charakter“ (LECHTA, 2008, s. 28).

Již v prenatálním období probíhá mezi matkou a dítětem určitá sociální interakce. Emocionální reakce matky na spontánní pohyby plodu mají zpětně vliv na dítě, které si vytváří vzorce podnětových situací. Po narození se tento dialog velice rychle rozvine do neverbální komunikace.

Na vývoj řeči působí především 2 aspekty – výchovné vlivy a specifické, komunikačně zacílené vlivy na rozvíjení řeči. Výchovné vlivy mají podíl na rozvoji celkové komunikační schopnosti. Přestože novorozenci chybí sociální zkušenost, má smysl pro určité sociální signály. Pokud v rodině úplně chybí výchovné vlivy, projeví se jejich absence nemluvností, vydáváním neartikulovaných zvuků, odmítáním komunikace. I méně extrémní výchovné přístupy však mohou mít nepříznivý vliv (rozmazlující, perfekcionistická, protekční, úzkostná a odmítavá výchova). Směr vlivu je ale i opačný – dítě působí řečí na své výchovné prostředí. Tím se osamostatňuje, což je velice důležité pro jeho osobnostní rozvoj.

Protože řeč je zcela závislá na sociálních podmínkách, je potřeba se věnovat rozvoji všech složek komunikačního procesu. Dítě mluví téměř stejně jako jeho rodinné prostředí a v neverbálním chování v něm rodina zanechává stopy na celý život. Čím lepší základ řeči je vytvořen (v 1. roce života), tím lépe se řeč vyvíjí. Je důležité patřičně stimulovat vývoj řeči dítěte, a to jak v rodině, tak v podobném zdravém (!) řečovém prostředí (jesle, mateřská a základní škola). Pro dítě je nezbytné mít přiměřený dostatek verbálních podnětů i správný mluvní vzor (LECHTA, 2008).

1.3 Neverbální komunikace

Oproti verbální komunikaci, která slouží především ke sdělování abstraktních obsahů, je neverbální komunikace nástrojem „sdělování situací, emocí a snah“ (NAKONEČNÝ , 1999, s. 159) a často je neúmyslná (každý pohyb těla něco komunikuje). Jejimi prostředky jsou různé signály a způsoby chování, z nichž mnohé mají všechny lidské bytosti v sobě již předprogramované. Některé jsou dále více či méně určovány kulturními konvencemi. Obecně se uplatňují především dotyky, prostorová blízkost (vzdálenost mezi komunikujícími), držení těla, vnější zjev, mimika a gestika (výraz obličeje, pohyby rukou a hlavy, pohledy očí). Touto „řečí těla“ nevědomě vyjadřujeme celou naši bytost – naše pocity, postoje a rysy osobnosti.

„Neverbální komunikaci používáme k tomu, abychom podpořili nebo nahradili řeč, vyjádřili emoce, interpersonální postoj a uskutečnili sebevyjádření“ (VYBÍRAL, 2005, s. 90).

Neverbálně komunikujeme: gesty, pohyby hlavou a dalšími pohyby těla; postoji těla; výrazy tváře; pohledy očí; volbou a změnami vzdálenosti a zaujímáním pozice v prostoru; tělesným kontaktem; tónem hlasu a dalšími neverbálními aspekty řeči; oblečením, zdobností, fyzickými a jinými aspekty vlastního zjevu.

Lidé se liší jak v míře verbální exprese, tak v tom, kolik toho řeknou beze slov. Je sice možné nemluvit, nelze se však nijak neprojevat (i mlčením, nehybným obličejem a tělesným klidem něco komunikujeme). Rozumět mimoslovnímu projevu a používat jej se učíme spolu s řečí během dětství v rodině. Není to však ukončený proces. Například pokud se dostaneme do cizího prostředí, se kterým chceme asimilovat, jsme nuceni si osvojit význam neverbálních sdělení podmíněných danou kulturou (kontinentem, národem nebo kmenem), sociální skupinou nebo prostředím. Obecně platí, že pro správné porozumění signálu je potřeba znát bližší kontext sdělení, protože pro různé příjemce může mít stejný signál jiný význam. Většinu neverbálních sdělení nelze jednoznačně převést do slov, ani dekodovat, natož zcela interpretovat. Po většinu času jsou naše neverbální sdělení neuvědomovanými, spontánními reakcemi. Podle individuální míry sebekontroly je však i možné si signalizování uvědomovat a řídit dojem, který děláme na okolí (VYBÍRAL, 2005).

Na neverbální komunikaci mají významný vliv i takové situační aspekty jako zaměřenost na sebe, intimita, dominance či soutěživost, klamání nebo signalizování

podobnosti. Naše chování je jiné mezi přáteli, jiné mezi neznámými lidmi nebo nepřáteli. Některé neverbální prostředky se ustálily v určité podobě a užívají se v ceremoniálech a rituálech (např. pozdravy, žehnání...), při propagandě a hromadných setkáních (potlesk jako souhlas, dupání jako nespokojenost, povstání signalizující úctu...) nebo v umění (tanec, balet, pantomima).

Velmi důležitým prostředkem je neverbální komunikace při vyjadřování emocí, především sedmi základních (štěstí, překvapení, strach, smutek, hněv, znechucení a zájem), které lidé většinou projevují spontánně a pro pozorovatele jsou jednoznačně identifikovatelné (pravděpodobnost přesného rozpoznání samozřejmě zvýší to, když můžeme daného člověka slyšet i vidět). VYBÍRAL (2005, s. 91) zmiňuje, že kromě lidské tendence své chování a emoce spíše nevyjadřovat (především ty negativní), podléhají v některých situacích způsoby a míra vyjadřování emocí obecně přijímaným zvykům a kulturním zvyklostem (například na pohřbu se očekává pláč pozůstalých).

1.4 Emoce

Jak již bylo dříve zmíněno, emoce jsou významnou a nedílnou součástí komunikace a výrazně ji ovlivňují. Protože nejsou přímo pozorovatelné, jsou považovány za hypotetický konstrukt. Je možné je pouze vyvodit z komunikace, pozorovatelného chování a dalších příznaků.

Zahrnují 3 složky – tzv. „triáda emoční reakce“ (HEWSTONE, 2006, s. 194):

- *pocity* (vědomý a podle možností jazyka slovy popsateľný subjektivní prožitek emoce)
- *neurofyziologické reakční vzorce a změny stavu* (příznaky dodání energie organismu – např. červenání, zrychlené dýchání, svalové napětí...)
- *motorické projevy* (výraz tváře, zvukové projevy, gesta)

Ke konstruktumu emocí dále patří nutkání jednat na základě kognitivního zhodnocení působící situace. Jedná se vlastně o behaviorální důsledky emocí.

Emoce lidem umožňují dávat najevo své reakce a zároveň naznačit tendenci k dalšímu jednání. Jsou „odrazem veškerých procesů synchronizujících fungování dílčích systémů organismu v rámci emoční epizody“ (HEWSTONE, 2006, s. 200). Přestože se jedná z podstatné části o vrozené automatické reakční mechanismy, má

organismus možnost si „vybrat“ z několika možných reakcí na daný podnět. Díky tomu, že mezi vznikem emocí a následnou reakcí existuje určitý prostor, „latenční prodleva“ (HEWSTONE, 2006, s. 199), umožňující nám zhodnocení situace a případných důsledků naší reakce. Kromě individuálních odlišností i zde platí, že existuje mnoho rozdílů mezi etnickými a národnostními skupinami i ve vyjadřování a „čtení“ emocí. Tyto rozdíly vznikají především na základě různého vyhodnocování jednotlivých situací podle cílů, hodnot a pravidel dané sociální skupiny.

1.5 Poruchy v interpersonální komunikaci

Původ psychických poruch je mnoha autory viděn v neúspěšné mezilidské a intrapsychické komunikaci. Největší zastoupení poruch komunikace je v souvislosti s duševní poruchou osobnosti. Patologická komunikace psychicky narušeného člověka se projevuje například impulzivní výbušností a výraznými výkyvy v komunikačním stylu. Daný jedinec je schopen komunikovat většinou pouze omezenou dobu. Potom je buď zahlcen podněty a úzkostí nebo se stáhne do svého vnitřního světa, přestane komunikovat a velmi nesnadno se vrací do „normálního“ stavu. To se týká především lidí s psychózou, hraniční poruchou osobnosti a výrazně narcistických jedinců. Buď vidí druhé jako nemocné nebo naopak trpí vědomím své odlišnosti. S onemocněními spojená různá chorobná přesvědčení, neschopnost udržet trvalé vztahy, emoční izolace, sebedestruktivní impulzy, opouštění běžných názorů na realitu, sluchové halucinace plodící úzkost a zmatek... vedou k vyhýbání se komunikaci, sociální izolaci a hluboké osamělosti (VYBÍRAL, 2005).

Neurotické projevy v komunikaci mají velmi široké spektrum: dramtizování, zvýšená sugestibilita, poutání pozornosti, teatrálnost, snížená schopnost rozlišovat realitu od fantazie, výrazná emocionalizace problémů (hysterická komunikace), stereotypní, nutkavé opakování představ nebo činností (nutkavá komunikace), nepřiměřený a neovládnutelný strach až panika se somatickými příznaky (fobická komunikace), extrémní úzkost z nezvládnutí situace, přecitlivělost vůči kritice, negativistické srovnávání se s druhými (úzkostná komunikace). **Narcistickou komunikaci** popisuje VYBÍRAL (2005) jako takovou, která se vyznačuje touhou být obdivován, touhou po ideální moci, postavení nebo prestiži, potřebou kontrolovat druhé a mít od nich potvrzení o vlastní pravdě. Může mít dále podobu nálady a komunikace zkreslené depresivním smutkem, který způsobuje stažení

se do sebe, pocity beznaděje, prázdnoty a méněcennosti (depresivní komunikace), přehnané zabývání se svým tělem (hypochondrická komunikace), podezřívavost a vztahovačnost k vlastní osobě (nepsychotická paranoidní komunikace), neschopnost ovládnout své přehnaně vyjadřované pocity (hyperthymní komunikace), emoční chlad, introverze až izolace, intelektualizování a abstraktní myšlení (nepsychoticky schizoidní komunikace). V případě **autistického** jedince má komunikace, pokud vůbec rozvine, často podobu opakování frází a klišé. Pro okolí je většinou nesrozumitelná a bezobsažná.

Vulgární slova a nekrofilní řeč uvolňuje pocity frustrace, zklamání, zloby a vyjadřuje agresivitu, která může skrývat úzkost, vnitřní napětí nebo nízké sebevědomí. Komunikace může být také zmatená, obsedantní (vtíravá), paralogická, pod vlivem halucinace nebo puerilní (dětinská u dospělých) (VYBÍRAL, 2005).

Některé poruchy komunikace mohou být zase dány poruchou myšlení. Podle neklinického třídění se mohou týkat jejího tempa nebo přehlednosti. Patologická komunikace tak může být zpomalená, překotná, roztržitá, zabíhavá, uplívavá, magická (nadužívání metafor, nejednoznačných náznaků se zvláštními symboly) nebo tzv. „okno“ (myšlenkové a řečové zaražení se). Jestliže se člověk ocitne v nějaké abnormální situaci, může se začít chovat a tedy i komunikovat jinak (VYBÍRAL, 2005). Způsob reakce na prožitá trauma či stres, který se projeví v komunikaci, je individuální a je těžké pro jeho opodstatněnost stanovit nějaká pevně daná kritéria.

1.6 Zdravá komunikace

Kvalitní komunikace se významně podílí na prožitku „celkové kvality a smysluplnosti našeho života“ (VYBÍRAL, 2005, s. 226), dokonce víc než vyřešené sociální podmínky nebo profesní spokojenost. Její nedostatek (např. u žen na mateřské dovolené, u lidí žijících samotářsky nebo dlouhodobě s duševně nemocným partnerem, při péči o senilního rodiče atd.) se projevuje vztahovými a řečovými poruchami. Dlouhodobé vystavení nezdravé komunikaci či dlouhý pobyt v uzavřené skupině lidí (vězení, parta, sekta, internát...) ovlivňují lidskou mysl, způsoby poznávání a posuzování druhých lidí, deformuje slovní zásobu a vyjadřování, může narušit i charakter. Možná překvapivý je i fakt, že kvalita komunikace má vliv i na průběh většiny tělesných onemocnění, a to kvůli svému působení na vegetativní děje

v lidském organismu (strach způsobuje svírání žaludku či bušení srdce, ohrožení může být spojeno s panickým záchvatem...). U některých nemocí, například u roztroušené sklerózy, má komunikace na stabilizaci stavu nemocného dokonce rozhodující vliv.

Pro skutečně zdravou komunikaci, která podporuje duševní zdraví a rozvoj vztahů, je nutné, aby splňovala několik charakteristik (VYBÍRAL, 2005, s. 227):

- **Bezprostřední reakce** – časté a dlouhodobé odkládání spolu s „nečitelností“ vede k poruchám momentálního kontaktu a později i poruše ve vztahu
- **Kognitivní přizpůsobování** – přizpůsobování se stanoviskům, slovníku a mimoslovnímu repertoáru druhého je nutné pro funkční komunikaci (neznamená názorovou nepevnost)
- **Zájem o druhého** – signalizace zájmu podporuje průběh rozhovoru a prohlubuje důvěru mezi partnery; lze jej vyjádřit pozorným nasloucháním, trpělivostí, přátelským pohledem a hlasem, povzbuzováním a citlivým očním kontaktem
- **Reciprocita** – vyvážená vzájemná spolupráce komunikace je základem pro zdravě vyvážený dialog především ve skupině
- **Humor** – je-li adekvátní, pomáhá uvolnit atmosféru, udržovat pozornost, v přiměřené míře vede k lepšímu zapamatování
- **Tříkrát ne** – není dobré zahrnovat partnera nadbytkem požadavků, přílišnou kritikou a příliš silně nebo opakovaně vyjadřovat zklamání
- **Podpora vývoje a flexibility** – zdravá komunikace umožňuje navázat na přerušovaný rozhovor, podporuje osobnostní rozvoj partnerů, neomezuje v emočním, poznávacím, postojovém vývoji, uplatňuje toleranci, empatii, společný vývoj
- **Koexistence interakcí** – zkušenost s nedodržením předchozího „směru“ v započatém konceptu (př. pomluvy po zdravé komunikační výměně) narušuje důvěru v další interakci
- **Uvolnění** – konfliktní komunikace by měla končit záměrným uvolněním napětí

Jak dokládají výzkumy komunikačních psychologů, pozitivní komunikování je účinnější pro rozvoj vztahů s druhými lidmi (zvyšuje oblíbenost) i rozvoj nás samých (například zvyšuje kreativitu). Prožitek naplněnosti života a dokonce i jeho délka mohou být ovlivněny optimismem, zažívanými stavy naděje a štěstí, zvědavostí a pozitivní komunikací (pozitivní formulace výroků nesoucích záporné hodnocení, výběr pozitivních aspektů situace).

2 Hiporehabilitace

2.1 Animoterapie

Protože hiporehabilitace je jedním z možných typů animoterapie (viz dále), je důležité správně pochopit „filozofii“ celé této specifické oblasti.

Jako každé odvětví lidského poznávání, ať už splňuje atributy vědy nebo ne, má i animoterapie svou specifickou terminologii. Uvádím zde pouze základní a nejčastější pojmy, se kterými se můžeme setkat, jak je podává VELEMÍNSKÝ (2007) v nejnovější a nejpodrobnější české publikaci v tomto oboru.

Pojem animoterapie (nebo také zooterapie) je souhrnný termín pro „rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které jsou založeny na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem“ (VELEMÍNSKÝ, 2007, s. 30). Tato definice je ale stále velmi široká, a proto se rozlišuje 10 základních kritérií animoterapie:

Metoda animoterapie

- a) Animal Assisted Activities - přirozený kontakt člověka a zvířete zaměřený na zlepšení kvality života klienta nebo přirozený rozvoj jeho sociálních dovedností
- b) Animal Assisted Therapy - cílený kontakt člověka a zvířete, zaměřený na zlepšení psychického nebo fyzického stavu klienta
- c) Animal Assisted Education - přirozený či cílený kontakt člověka a zvířete zaměřený na rozšíření nebo zlepšení výchovy, vzdělávání nebo sociálních dovedností klienta
- d) Animal Assisted Crisis Response - přirozený kontakt zvířete a člověka, který se ocitl v krizovém prostředí, zaměřený na odbourávání stresu a celkové zlepšení psychického nebo i fyzického stavu klienta.

Dále *forma animoterapie* (návštěvní, ambulantní, rezidentní nebo pobytový program, jednorázové aktivity, zásah krizové intervence, program péče o zvíře či zooterapie s asistenčním zvířetem), *způsob práce* (samostatná nebo spolupráce několika animoterapeutických týmů), *složení pracovní jednotky* (kombinace zvíře, animoterapeut, klient, personál, pomocníci), *počet zvířat, počet klientů, analýza cílové skupiny* (podle věku, pohlaví, diagnózy, vzdělání, vnímání role zvířete ve společnosti), *analýza zdravotního stavu* (zdravý, dočasně nemocný, v rehabilitaci, zdravotně postižený, se specifickými poruchami, dlouhodobě nemocný, umírající...), *analýza sociálních vazeb a*

dynamiky prostředí (izolovaný, osamělý, v rodinném prostředí, v zařízení, v ohrožení...).

Ve své práci volím nejčastější a nejnámější dělení animoterapie, a to *podle zvířecího druhu*, který v ní s terapeutem spolupracuje. Jedná se především o koně (hiporehabilitace) a psa (canisterapie). Výjimkou ale nejsou ani další hospodářská, exotická a drobná domácí zvířata, jako například kočka, delfín, lama, morče...

Možné jsou samozřejmě různé vzájemné kombinace všech výše zmíněných typů.

2.1.1 Obecné působení zvířete na člověka

Historie soužití člověka se zvířaty je doslova stará jako lidstvo samo. Jak nám vypráví kniha Genesis, jedním z hlavních úkolů člověka bylo již od počátku „spravovat vše živé“ (*Bible*, Genesis 1:28). Lidé používali (a stále ještě být již v omezenější míře používají) zvířata jako zdroj obživy či jako pomocníky v práci. Během stále více pronikající mechanizace do všech odvětví společnosti se lidé vzdálili bezprostřednímu kontaktu s přírodou a zvíře (především malá zvířata – pes, kočka, drobní hlodavci, akvarijní rybky...) začalo hrát v životě člověka spíše roli „domácího mazlíčka“. V souvislosti s tématem celé této práce se hodnotí především jeho pozitivní psychologické působení, které se postupně stále více konkretizuje, a to díky narůstajícímu množství prováděných výzkumů v oblasti vztahu člověka a zvířete.

NERANDŽIČ (2006) vidí jako velkou „výhodu“ zvířat to, že když ke člověku přilnou, nerozlišují mezi lidmi. Je jim jedno, jak kdo vypadá, jaké má postavení nebo inteligenci. Zvíře jednoduše jenom pozná, kdo ho má nebo nemá rád a jestli naplňuje jeho potřebu ochrany. Na to odpoví podle svých přirozených, instinktivních schopností a možností – na lásku věrností, na nelásku agresivitou.

Jedním z hlavních přínosů zvířat v životě člověka, kterého se využívá v animoterapii, je to, že chovatel přebírá za svého svěřence plnou zodpovědnost. Zvíře chované v lidských obydlích nebo v člověkem vymezeném prostoru, je odkázané pouze na svého pána. Ten musí vyhovět všem jeho potřebám, co se týká pohybu, potravy, ošetřování v nemoci, hygieny atd. To vše způsobuje zvýšení sebeúcty a sebevědomí chovatele, zlepšení jeho fyzické kondice a také posunuje hranici udržení schopností se o sebe postarat.

Se zvířetem lze vždy nějak komunikovat a nejen majitelé psů jistě potvrdí skutečnost, že jejich miláčci jsou věčným a vděčným tématem k rozhovoru s ostatními

lidmi. Takto zlepšují kolektivní atmosféru nejen v domácnostech, ale i ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Navíc tím, že jako každý živý tvor vyžadují zvířata dodržování pravidelného denního rytmu, jsou lidé (ať už zdraví či jakkoli postižení) nuceni k cílenému, jasnému a soustředěnému chování. Náladovost je zvířatům neznámá věc, čímž kladně ovlivňují své „dvounohé“ okolí. Antidepresivní účinky zvířat jsou dány především jejich nepředstíranou láskou. Výzvou ke hře narušují lidskou zasmušilost, zabývání se minulostí a smutkem a snižují tak psychické napětí.

V ústavech sociální péče a domovech důchodců, kde se do terapie nebo běžného života začleňují zvířata, se snižuje spotřeba léků a technických pomůcek, zvyšuje se kvalita komunikace mezi pacienty a personálem a obohacuje se emotivní složka života všech zúčastněných.

2.1.2 Animoterapie jako forma psychoterapie

Díky těmto principům je možné animoterapii využívat jako jednu z forem podpůrné psychoterapie, za kterou bývá považována (GALAJDOVÁ, 1999). Skutečně můžeme v jejích činnostech spatřit společné rysy s běžnými principy psychoterapie, která je definována jako „odborná, záměrná a cílevědomá aplikace psychologických prostředků použitá za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem“ (MÜLLER, 2005, s. 25),

VELEMÍNKSY (2007) uvádí 5 společných základních znaků pro všechny psychoterapeutické směry. Patří mezi ně:

- *vztah mezi pacientem a terapeutem* (důvěra, očekávání pomoci, motivace, přesvědčení o kompetenci, empatie, akceptace),
- *výklad poruchy* (porozumění symptomům a osobním problémům),
- *emoční uvolnění* (příležitost k ventilování traumat, abreakce, uvolnění napětí),
- *konfrontace s vlastními problémy* (realistické vidění, možnost úspěchu řešení)
- *posílení* (formování žádoucího chování).

Kromě „výkladu poruchy“ může zvíře různě působit ve všech ostatních faktorech. Pro mnoho lidí je snazší navázat kontakt se zvířetem než s člověkem. Zvíře uvolněním atmosféry a případných komunikačních bloků umožňuje potom lidskému psychoterapeutovi navázat s klientem vztah. Při setkání se zvířetem se v člověku roz-

vjíjí empatie, dochází k odreagování, citovému uvolnění a zmírnění nepříjemné konfrontace s problémy. Účelem psychoterapie je, aby během/díky ní klient zažil „korektivní zkušenost“ (VELEMÍNSKÝ, 2007, s. 39).

2.1.3 Animoterapie jako jedna ze speciálně-pedagogických terapií

Animoterapii (konkrétně hiporehabilitaci a canisterapii) je možné nalézt již také mezi terapiemi užívanými v oblasti speciální pedagogiky.

„Speciální pedagogika je disciplína orientovaná na výchovu, vzdělávání a celkový osobnostní rozvoj znevýhodněného člověka s cílem dosáhnout co možná nejvyšší míry jeho sociální integrace, a to včetně pracovních a společenských možností a uplatnění“ (SLOWÍK, 2007, s. 15).

Speciálně-pedagogické terapie mají významné postavení v uceleném systému péče a rehabilitace o zdravotně znevýhodněné osoby. V podstatě navazují na medicínské intervence a jsou zaměřeny na sníženou schopnost normální životní seberealizace v důsledku postižení/nemoci, negativního vlivu sociálního či kulturního prostředí na osobnost daného jedince nebo při jiném ohrožení zdravého vývoje jejich osobnosti (MÜLLER, 2005).

Mezi speciálně-pedagogické terapie se řadí arteterapie, teatroterapie, poetoterapie, muzikoterapie, taneční terapie, ergoterapie, hipoterapie a canisterapie. Všechny zmíněné terapie v různé míře čerpají především z teorie psychoterapie. Je tedy možné je i podobně definovat podle jejich typických prostředků, které využívají (viz. definice psychoterapie). Právě podle těchto prostředků lze terapie rozřadit do základních skupin:

1. Terapie hrou
2. Činnostní a pracovní terapie
3. Psychomotorické terapie
4. Expresivní terapie (arteterapie)
5. Terapie s účastí zvířete (zooterapie neboli animoterapie)

Jimi se více či méně mohou prolínat další využitelné terapeutické přístupy jako například rodinná terapie, terapeutická komunita, skupinová setkání atd.

Terapie s účastí zvířete má oproti ostatním terapiím výjimečné postavení díky tomu, že je v jejím procesu přítomen kromě člověka další živý tvor – zvíře, nejčastěji pes (canisterapie) nebo kůň (hiporehabilitace) - které zde plní roli podněcovatele

terapeutického vztahu. Napomáhají psychické stimulaci, rozvoji sociální komunikace a určitému stupni samostatnosti v uspokojování potřeb bezpečí a jistoty (MÜLLER, 2005). Kromě léčebného psychologického působení může terapie s účastí koně mít také fyzioterapeutický rozměr neboli přispívat k dosažení tělesné a pohybové normality člověka pomocí fyzikálně-stimulujících prostředků (viz. kapitola 2.4).

Ať už budeme animoterapii směřovat do speciální pedagogiky nebo podpůrné psychoterapie, vždy se budeme snažit o naplnění jejích léčebných cílů. Ty se sice mohou v různých programech lišit, ale přesto je možné stanovit alespoň **obecné cíle terapie prováděné za asistence zvířete** (www.deltasociety.org):

- *Fyziologické* – zlepšení jemné motoriky, dovedností spojených s pohybem na kolečkovém křesle, udržování rovnováhy
- *Mentální zdraví* – zlepšení verbálních interakcí mezi členy skupiny, udržování pozornosti, rozvíjení odpočinkových dovedností, zvýšení sebeúcty, redukce úzkosti a samoty
- *Kognitivní schopnosti* – zlepšení slovní zásoby, pomoc v krátkodobé a dlouhodobé paměti, zlepšení porozumění pojmům jako velikost, barva, ...
- *Motivace* – zlepšení ochoty procvičovat naučené a být zahrnut do skupinové aktivity, interakce s druhými klienty a se zaměstnanci

2.1.4 Terapeutické přínosy kontaktu se zvířetem

Interakce člověka a zvířete mohou být velkým přínosem jak dospělým, tak i dětem, v různých zařízeních péče o člověka.

- *Empatie* - zahraniční studie ukazují, že děti žijící v rodinách, ve kterých je zvíře považováno za jejího člena, jsou více empatické než děti z rodin bez zvířete. Je jednodušší učit děti empatii se zvířetem než s člověkem. V kontaktu se zvířetem následuje po akci člověka okamžitá reakce ze strany zvířete, která je oproti reakci člověka mnohem přímější a tím i čitelnější. Postupně se schopnost dětí empaticky cítit se zvířaty přenesou i do jejich zkušeností s lidmi.
- *Vnější centrum pozornosti* – v přítomnosti zvířat se člověk soustředí méně na sebe, mluví na zvíře nebo o něm. Tak dojde k zaměření pozornosti od svých potíží více na okolí.

- *Pečování* - mnoho dětí z rizikových rodin se nenaučilo dovednosti podporování vývoje jiné živé bytosti z tradičního zdroje – od rodičů. Tím, že je dítě učeno se starat o zvíře, může tyto schopnosti rozvíjet.
- *Vztah* - zvířata mohou být zdrojem emocionálně bezpečné, neodsuzující komunikace mezi klientem a terapeutem. V terapeutickém sezení pomáhají vytvořit ovzduší emocionálního bezpečí. Přítomnost zvířete může otevřít cestu skrze počáteční odpor klienta. Obzvláště děti přenáší své pocity a zážitky na zvíře.
- *Přijetí* - zvířata neodsuzují, odpouštějí a nejsou komplikovaná psychologickými „hrami“, které lidé často hrají.
- *Zábava* – přítomnost zvířat je minimálně zábavná. I lidé, kteří nemají zvířata příliš rádi, často s oblibou sledují jejich skotačení a reakce. Obzvláště v zařízeních dlouhodobé péče se zdá, že každý je určitým způsobem pobaven návštěvou zvířete.
- *Socializace* – zahraniční studie ukazují, že když pes či kočka navštíví zařízení sociální péče, je zde víc smíchu a interakce mezi obyvateli než během jakékoli jiné „terapie“ nebo volnočasových aktivit. U hospitalizovaných pacientů povzbuzuje přítomnost zvířat socializaci i napříč mezi klienty, zaměstnanci a rodinou nebo jinými návštěvníky. Zaměstnancům se s obyvateli jedná jednodušeji během a po návštěvě zvířete a i pro návštěvníky je tato doba pro návštěvu zařízení příjemná.
- *Mentální stimulace* – mentální stimulace je výsledkem zvýšené komunikace s jinými lidmi, kontaktem s odsunutými vzpomínkami a zábavy poskytnuté zvířaty. V situacích, které jsou depresivní nebo příliš „institucionální“ slouží přítomnost zvířat k rozjasnění atmosféry, zvýšení nadšení, smíchu a hry. Tyto rozptýlení mohou pomoci snížit pocity izolace nebo odcizení.
- *Fyzický kontakt* – již mnoho studií diskutovalo souvislosti mezi dotekem a zdravím. U dětí do předškolního věku, kterých se rodiče nedotýkají, se nevyvíjí zdravé vztahy s jinými lidmi a často se jim nedaří ani v celkovém vývoji a fyzickém růstu. Pro některé lidi je dotek od druhé osoby nepřijatelný, ale teplý, chlupatý dotek psa nebo kočky ano. V nemocnicích, kde je většina doteků bolestivých či invazivních, je dotek zvířete bezpečný, neohrožující a příjemný. V případech osob, které byli fyzicky nebo sexuálně zneužívány, může být možnost držet, objímat a dotýkat se zvířete po dlouhé době pozitivním, přiměřeným fyzickým kontaktem.

- *Fyziologické výhody* – mnohé studie prokázaly, že přítomnost zvířete může velice významně ovlivnit snížení srdečního rytmu a krevního tlaku. Tím umožňují člověku se více uvolnit, uklidnit a relaxovat.
- „*Něco víc*“ - přestože je to obtížné vysvětlit, v přítomnosti zvířat někteří lidé cítí duševní či duchovní naplnění, vědomí určité jednoty s životem a přírodou. Jsou pro mnohé jedním ze zdrojů „udržující životní energie“ nebo jako součást jejich společenství a vztahu s Bohem.

2.2 Základní pojmy

Hiporehabilitace je nejrozšířenější formou animoterapie, která využívá komplexního působení koně na člověka – obsahuje oblast medicíny, psychologie, pedagogiky i sportu. Přesto bývá podle svého praktického provádění rozdělována nejčastěji na 3 složky: hipoterapii, léčebné pedagogicko-psychologické ježdění a sportovní ježdění handicapovaných (HOLLÝ, 2005).

Hiporehabilitací, jakožto nadřazenému pojmu ostatním 3 výše zmíněným složkám, je nazýváno „včlenění vození se na koni nebo ježdění do komplexu opatření zaměřených na obnovení ztracené funkce, zmírnění nebo minimalizování či odstranění fyzického, psychologického, sociálního nebo mentálního handicapu pacienta nebo klienta“ (HOLLÝ, 2005, s. 19).

Oproti tomu pod pojmem **hipoterapie** se chápe forma fyzioterapie nebo „cílené využití práce s koněm, vození se na koni a ježdění, ale hlavně multidimenzionálního pohybu koně na zmírnění nebo odstranění příznaků onemocnění pohybového aparátu“ (HOLLÝ, 2005, s. 19).

Léčebné pedagogicko-psychologické ježdění je definováno jako „využívání práce s koněm, vození se a ježdění na koni jako pedagogické a psychologické médium k dosažení pozitivních změn v chování dětí a mládeže, nebo ke zmírnění nebo odstranění příznaků duševní choroby či mentálního handicapu“ (HOLLÝ, 2005, s. 19).

Po vzoru anglické terminologie navrhla nově (v březnu 2009) Česká hiporehabilitační společnost nahrazení léčebného pedagogicko-psychologického ježdění dvěma oddělenými metodami – „aktivity s využitím koní“ a „terapie s využitím koní s pomocí psychologických prostředků“. Přestože zde tyto pojmy uvádím, budu ve své práci používat původní název „léčebné pedagogicko-psychologické ježdění“, protože se nadále vyskytuje ve veškeré dostupné české literatuře.

„Aktivity s využitím koní (pro oblast pedagogickou a sociální) je metoda speciální/sociální pedagogiky a sociální práce, využívá prostředí jezdecké stáje, kontakt s koněm a vzájemné interakce s ním jako prostředek motivace, aktivizace a vzdělávání lidí se specifickými

potřebami. Provádějí ji osoby se speciálním vzděláním, které prošly speciálním výcvikem – pedagog, speciální/sociální pedagog, sociální pracovník apod.“ (Slovník ČHS, 2009).

„Terapie s využitím koní s pomocí psychologických prostředků je metoda psychoterapie, která k terapii lidí se specifickými potřebami využívá prostředí jezdecké stáje, kontakt s koněm a vzájemné interakce s ním, terapie prostřednictvím koně. Provádějí ji terapeuté se speciálním vzděláním, kteří prošli speciálním výcvikem – psychoterapeut, psycholog, psychiatr apod.“ (Slovník ČHS, 2009).

V anglické terminologii jsou jednotlivé kategorie hiporehabilitace definované mnohem jasněji. Zde se lze setkat s tímto dělením (VELEMÍNSKÝ, 2007, s. 223-224):

- a) *Equine-Assisted Therapy* (terapie s pomocí koní) – zahrnuje jakékoliv terapeutické aktivity týkající se horsemanshipu (viz. kapitola 2.5.3) probíhající jak na koni, tak ze země (př. hřebelcování koně ke zlepšení rozsahu pohybu, rovnováhy a motoriky)
- b) *Equine-Facilitated Psychotherapy* (podpůrná psychoterapie s koňmi) – léčba emocionálních poruch a poruch chování s využitím koně jako prostředníka interakce mezi klientem a odborníkem (profesionál v oblasti psychologie nebo psychiatrie)
- c) *Equine-Experiential Learning* (praktický výuka s pomocí koní) – výukové programy přizpůsobené k seznámení se s výukovou látkou pro osoby se speciálními potřebami
- d) *Equine-Assisted Psychotherapy* (psychoterapie s pomocí koní) – léčba různých psychických poruch a onemocnění prováděná psychoterapeuty a psychiatry
- e) *Hippotherapy* (hipoterapie jako odvětví fyzioterapie) – fyzioterapeutická metoda využívající pohyb koně
- f) *Therapeutic riding* (terapeutické ježdění) – sportovní, volnočasové, rehabilitační, terapeutické a vzdělávací aktivity spojené s koněm k podpoře fyzické, kognitivní, emocionální a sociální vitality u osob s postižením. Pod vedením terapeutů s jezdeckou licencí slouží zdůraznění terapie ve sportovní činnosti k získávání dovedností k rehabilitaci nebo soutěživosti.

V léčebném působení jakéhokoli typu hraje velice významnou roli vlastní vztah koně a člověka obecně. Než došlo k úplné domestikaci koně, uběhlo mnoho staletí. Výsledkem ale byl fakt, že se lidem významně změnil život. Získaná pohyblivost a nezávislost umožnila lidem migraci a osídlování nových míst. Kůň byl zdrojem tažné síly usnadňující práci, ale také zdrojem potravy a kůže. Od ostatních zvířecích pomocníků člověku jej odlišuje jeho síla v kombinaci s rychlostí a obratností a navíc jeho estetický vzhled. Tato impozantnost působila mezi majitelem a „nemajitelem“ koně respekt, ale i závist, protože člověk v sedle byl vždy ve

výhodě a znamenal víc než ostatní lidé bez koně. Kůň se stal symbolem nadřazenosti. Tento vztah je chtě nechtě skrytý v hodnotovém systému většiny lidí, čehož se ale dá v tomto odvětví animoterapie motivačně a terapeuticky využít. A to je také důvod, proč nemůže být kůň nahrazen žádným mechanickým zařízením (HOLLÝ, 2005).

2.3 Historie a současnost léčebného ježdění

Již starořecký lékař Hippokrates (460 - 370 př. n. l.) podle tradice se svých spisech upozornil na kladný vliv jízdy na koni. První přímé, písemně dochované lékařské doporučení k jízdě na koni jakožto formě gymnastického cvičení pochází z 2. století n. l. od osobního lékaře císaře a filozofa Marca Aurelia – Galena z Pergamonu (130 - 199 n. l.). Středověk o pozitivěch ježdění mluví pouze ojediněle (HOLLÝ, 2005).

Od renesance se však začíná objevovat literatura zabývající se tímto typem léčby. Hieronimus Mercurialis ve své knize „De arte gymnastica“ vidí v jízdě na koni prospěch nejen pro tělo, ale i ducha. Popisuje také, jak učitelé gymnastiky pod vedením lékaře používají jízdu na koni k udržení a znovuzískání zdraví a vypracování správného držení těla. V 17. Století je jízda na koni přepisována Tomášem Sydehamem při „léčbě četných utrpeních“. Fridrich Hofman (18.stol.) tvrdil, že pohyb na koni je často mnohem účinnější než medikamentózní prostředky a za neúčinnější pokládal jízdu krokem. Dokonce i Denis Diderot ve své Encyklopedii z roku 1751 řadí jízdu na koni na první místo mezi tělesnými cvičeními. Pro hipoterapii doporučoval základní pravidla, která se v podstatě dodržují dodnes: odhad možnosti zátěže a individuální schopnosti pacienta lékařem, zmiňuje důležitost výběru vhodného koně, přiměřené dávkování jízdy a příznivou denní dobu.

Za další výraznější upozornění na pozitiva ježdění na koni můžeme být vděční dalšímu lékaři, tentokrát ve službách císařovny Marie Terezie, G. Van Swietenovi (1700 - 1772), který zdůrazňoval, že při jízdě na koni dochází k procvičování celého těla, což ovlivňuje vnitřní orgány, zlepšuje výměnu vzduchu, spánek a odstraňuje melancholii (ŠKARDOVÁ, 2000).

Než došlo ke skutečnému rozvoji hipoterapie v 60. a 70. letech minulého století (a to především v německy a anglicky mluvících zemích), nelze než nezmínit v této souvislosti rovněž slovenského národního buditele, politika, pedagoga a filozofa Ludvíka Štúra (19. století) a prvního československého prezidenta T. G. Masaryka, který

jezdil na koni až do svých osmdesáti let. Všichni zmiňovaní si povšimli toho, že ježdění na koni přináší jak tělesnou, tak duševní pohodu (HOLLÝ, 2005).

V roce 1974 se v Paříži konal I. Mezinárodní kongres o rehabilitaci tělesně a duševně postižených, II. Kongres v Basileji (1976) už jednal o hipoterapii a definoval ji jako zvláštní formu pohybové léčby pod vedením fyzioterapeuta. Vznikly zde také dvě různé koncepce – léčebné ježdění a jezdecký sport pro handicapované, který pak byl hlavním tématem III. Kongresu. IV. hamburský kongres (1982) již rozlišil tři formy léčebného ježdění: hipoterapii, léčebné pedagogicko-psychologické ježdění a jezdecký sport pro handicapované. O tři roky později na dalším kongresu v Miláně byla založena mezinárodní společnost hipoterapie (RDI – Riding for the Disabled), která začala sdružovat národní společnosti (ŠKARDOVÁ, 2000).

Českou společností, která se snaží udržovat odbornost provádění hiporehabilitace a zprostředkovávat kontakt s dalšími odbornými organizacemi na mezinárodní úrovni, je občanské sdružení „Česká hiporehabilitační společnost“, které bylo založeno v roce 1991. Jeho hlavním posláním je „šíření rehabilitace prostřednictvím koně, včetně psychoterapeutického přístupu, integrace a sportovního využití postižených“. Sdružuje všechny, kteří používají koně v lékařství, pedagogice a sportu, a rovněž pacienty a rodiče postižených klientů. Dále pracuje na rozvoji kontaktů s podobně zaměřenými společnostmi - například Česká jezdecká federace, Riding for the Disabled Association (www.chs.unas.cz).

2.4 Hipoterapie

Hlavní úlohu v hipoterapii hraje ovlivnění motorických schopností člověka, které udržují jeho polohu (postura). Při poruchách nervového systému se využívá hipoterapie jako tzv. facilitační metoda, jejíž podstatou je laicky řečeno vytvoření nadměrného množství smyslových podnětů, které dráždí nefungující nervové buňky. To může při nahromadění většího počtu signálů způsobit, že se tyto signály opět začnou šířit dále. Hipoterapie je plná takovýchto „klestících“ podnětů, které jsou pacientem vnímány jeho smyslovými zakončeními (HOLLÝ, 2005).

Mezi faktory působícími na pacienta v hipoterapii jsou i takové, které jsou však typické i pro jiné rehabilitační metody. Mezi ně patří kožní stimulace dotykem, vliv tepla, cvičení proti odporu, obranná reakce proti pádu, vliv polohy hlavy při

různých terapeutických polohách, hluboké krční a bederní posturální reflexy, vytahování zkrácených tkání, vysílání signálů do vzdálenějších svalových skupin a uvědomování si vzruchů ve smyslových zakončeních při emotivním prožívání pohybu na koni.

Kdyby hipoterapie nenabízela více než jiné rehabilitační metody, nemuseli bychom vynakládat tolik úsilí na pořízení a péči o takové zvíře, jako je kůň.

Jsou zde však také určité specifické faktory, které jsou spojeny s vlivem koně a jeho krokem. Krok koně je jedinečný a nenahraditelný svými trojdimenzionálním pohybovými stimuly (dopředu – dozadu, nahoru – dolů a doprava – doleva), které se rytmicky přenáší na pacienta, jenž je nucen se jim přizpůsobit. Cílem hipoterapie je v podstatě jakési splynutí v tomto „pohybovém dialogu“. Díky podobnosti mechanismů chůze koně a člověka, aktivuje kůň pohybující se krokem určité části lidského těla tak, že dojde u sedícího pacienta na hřbetě koně k simulaci pohybů vzpřímené chůze zdravého člověka! Úkolem pacienta se na tyto stimuly vysílané koněm adaptovat, což se projeví zlepšením koordinace pohybů. To přirozeně zvýší pacientovu sebedůvěru, která je navíc umocněná jeho emočním vztahem ke zvířeti. Tento emoční náboj navíc způsobí rychlou fixaci nových pohybových vzorců, protože psychický projev často úzce souvisí s motorickým a naopak.

Nezanedbatelnými a neoddělitelnými prvky působícími v hipoterapii jsou rovněž **prvky psychosociální**. Hipoterapie obecně působí vyrovnávajícím způsobem – „nadměrné snižuje, snížené stimuluje“ (HOLLÝ, 2005, s. 41). Prožívání první „chůze“, ovládnutí koně, zlepšování stavu... to vše přirozeně zvyšuje pacientův pocit jistoty a sebevědomí. Naopak nezdravá suverenita, agresivita, nebo hyperaktivita je ihned korigovaná obrannými reakcemi koně. Manipulací s koněm se člověk naučí spolupráci, disciplíně, zodpovědnosti, samostatnosti a vytrvalosti. Navozování komunikace a pocit kolektivity pomáhá vytváření mezilidských vztahů. Díky postavení před nové problémy vyžadující řešení jsou rovněž rozvíjeny intelektové funkce. To vše spojené s radostí z jízdy na koni a komunikace s tak výjimečným tvorem, jakým kůň bezpochyby je, umožňuje zdravou a přirozenou resocializaci pacienta.

(Všechny psychologické faktory budou více rozvedeny v části práce, věnované léčebnému pedagogicko-psychologickému ježdění.)

2.4.1 Praktické provádění hipoterapie

HOLLÝ (2005, s. 63) doporučuje provádění hipoterapie nejčastěji 2x až 3x týdně po 15-20minutových jednotkách nejméně po dobu 3 měsíců a to podle diagnózy a individuálního léčebného plánu, které stanovuje ošetřující *lékař*. Kůň (nejlépe bez sedla pouze se speciálními madly, neboť to umožňuje těsnější kontakt, procítění a přenos pohybů koně na pacienta; navíc vyšší tělesná teplota těla koně snižuje pacientovu spasticitu) je pravidelným krokem veden kvalifikovaným *hipologem* (učitel jízdy nebo trenér, navíc s kurzem hipoterapie) na kryté nebo otevřené jízdárně na rovném terénu. Hlavní osobou při hipoterapii je rehabilitační pracovník – *fyzioterapeut*, rovněž vzdělaný ve svém oboru a s kurzem hipoterapie, který ji provádí a řídí. Jemu je podřízen případný *pomocník* pomáhající u rampy pacientovi při nasedání a sesedání z koně. Ten také zajišťuje bezpečnost pacienta z opačné strany koně, než je fyzioterapeut. Ke spolupráci bývá přizván také další odborník – psycholog, psychiatr, psychoterapeut, speciální nebo sociální pedagog, který má na starosti psychoterapeutickou, pedagogickou a socioterapeutickou oblast. Ten se snaží o zintenzivnění terapeutického působení ostatních pomoci podpory emocionálních, kognitivních a sociálních procesů u pacienta.

Během každé terapeutické jednotky se terapeut případnou korekcí snaží o to, aby pacient dosáhl korektního sedu, který se dá přirovnat modelu držení těla tříměsíčního zdravě vyvinutého dítěte ležícího na zádech. Přizpůsobuje-li se sedící pacient aktivně rytmu kroku koně a jeho těžiště je v jedné přímce s koněm, dochází k nejefektivnějšímu přenášení pohybových stimulů. U pacientů, kteří nejsou kvůli svému postižení schopni samostatně sedět, se někdy využívá tzv. *asistovaný sed*, kdy fyzioterapeut sedí za pacientem na hřbetě koně a koriguje jeho držení trupu a hlavy v co neoptimálnější poloze, nebo stimulační „*polohování*“ v různých pozicích, které jsou podobné jednotlivým vývojovým stádiím člověka. Během jízdy se ve většině hipoterapeutických pracovištích již nepoužívají žádná aktivní cvičení trupem nebo končetinami, protože ruší její léčebné působení, totiž samotný přenos pohybových stimulů na pacienta.

2.4.2 Indikace hipoterapie

Vzhledem k tomu, že je hipoterapie velmi mladá a stále se vyvíjející vědecká disciplína, není stále ještě možné pevně stanovit jasné a stálé odpovědi na otázky

indikace a kontraindikace hipoterapie. V posledních letech se spíše „indikační možnosti neustále rozšiřují a naopak kontraindikace se stále více a více redukuje“ (HOLLÝ, 2005, s. 99). Rozhodování v jednotlivých případech je vždy přísně individuální.

Neurologie – stavy podmíněné poškozením CNS jsou doménou hipoterapie. Může se jednat o různá postižení svalstva, DMO, roztroušená skleróza, stavy po mozkových infultech, poruchy pohyblivosti a svalového napětí, senzomotorické poruchy, poruchy rovnováhy, koordinace, chůze, sedu, řeči, ...

Ortopedie – skolióza, posttraumatické a pooperační stavy, poruchy postoje a svalové dysbalance, poruchy pohybového systému

Interní medicína – při rehabilitaci infarktu myokardu, vrozené srdeční vady, respirační onemocnění s poruchami stereotypu dýchání, obstipace, obezita...

Gynekologie - při slabosti pánevního dna

Psychiatrie – při řešení problémů v pedagogickém procesu či psychoterapii osob např. s poruchami učení, autismem, lehkou mozkovou dysfunkcí, neurózami, psychózami a poruchou osobnosti

2.5 Léčebné pedagogicko-psychologické ježdění

Definice LPPJ byla uvedena již v úvodu (kapitola 2.2). Z amerického členění sem spadají oblasti zmíněné pod odrážkami a) až d). Pro toto odvětví hiporehabilitace jsou klíčové působící psychologické a sociální faktory.

2.5.1 Psychologické faktory

Velmi silným motivačním činidlem a klíčovým psychologickým faktorem je *vztah mezi koněm a jeho jezdcem*, který jistě souvisí mimo jiné se symbolikou koně (viz kapitola 2.2). Přestože je každého člověka již první jízda obrovským emotivním zážitkem, bývá první kontakt člověka s koněm spíše kombinací strachu a obdivu, odmítání a touhy. Postupně se získáváním nových zkušeností úzkost ustupuje, a když člověk začne sám aktivně jezdit, obdiv a touha téměř neznají mezí. Vzniká zde pouto, které by se možná dalo nazvat láskou. To je silným zdrojem motivace pro překonávání nepříjemností a námahy spojených s cvičením na koni a podřizování se autoritě

terapeuta. Navíc na člověka silně působí samotná velikost koně a možnost řídit toto silné zvíře; to poskytuje člověku pocit moci a výjimečnosti.

Z hlediska vývojové psychologie se LPPJ nedoporučuje v období raného dětství (do 2. roku života), protože dítě by nemělo být vystavováno nadměrným nebo prudkým a zmateně působícím podnětům, kterými může práce na koni být. Dítě starší 2 let už ale zájem o koně (sice jako o „mazlíčka“) projevuje, zkoumá ho všemi smysly a je schopno si vytvořit i vztah k terapeutovi. Z důvodu neschopnosti uvědomovat si možná nebezpečí, je nutné zřetelně určit dítěti přesné hranice a trvat na jejich dodržování. To platí bez ohledu na mentální či fyzický věk, protože „touto fází procházejí všichni jako první“. (HOLLÝ, 2005, s. 143)

Předškolní děti mají koně jako „hračku“ a protože je pro toto období typický zájem o interakci s ostatními dětmi a zvýšení pohybové aktivity, vyplatí se provádět terapii ve skupině, zahrnout pohybové hry a dávat dětem nové podněty ke zvládnutí – např. zkoušení různých způsobů sedu a lehu. Toto období je také časem, kdy si postižené děti začínají uvědomovat to, že se od ostatních liší, proto je pro ostatní děti důležité vidět postoj terapeuta k postiženému jako vzor.

Partnerem se kůň stane až pro školní dítě. Je to součástí počátku orientace mimo rodinu. V pubertě pacienti upřednostňují jízdu bez sedla ve snaze být kůží v bezprostředním kontaktu s koněm. Snaze po nalezení svých životních hodnot mohou být nápomocny informace získané pozorováním chování koní a jeho výkladem.

Emoční neutralita koně - absence předsudků a standardní reakce – je ideálním prostředkem ke korekci u poruch chování nebo u poruch osobnosti. Okamžitě zneužije strach a nejistotu člověka a svou nekompromisností přinutí klienta k aktivitě. Pokud klient neakceptuje terapeutovy instrukce, kůň jej ihned koriguje svou neposlušností či nepohodlím v sedle. Tím je behaviorálně pokusem a omylem posilováno žádoucí chování pacienta a celý terapeutický vztah. „Kdo najde cestu ke koni, snáze najde cestu k lidem“ (HOLLÝ, 2005, s. 144). Ježdění na koni bývá často pro pacienta také motivací, proč vstoupit do léčby nebo v ní zůstat.

Z tohoto pohledu je terapeutická jízda na koni podpůrnou psychoterapií. Mezi její cíle patří redukce poruch chování a subjektivních psychických potíží, podpora silných stránek pacienta, maximalizace jeho autonomie v léčbě a nezávislosti na psychické poruše. To vše pomocí testování reality (emoční neutralita koně

zprostředkovává čitelnou zpětnou vazbu v podobě jeho standardních reakcí), kognitivní a zkušenostní učení se novému chování (při použití špatných postupů se klient nedočká žádané reakce) a zvýšení sebeúcty díky úspěchu při splnění daného cíle. K tomu je nutná vysoká úroveň aktivity zúčastněných (aktivní manipulace pacienta s koněm), flexibilní terapeutická struktura se zvyšujícími se nároky, „dvoucestná“ komunikace (od terapeuta k pacientovi přímo, opačným směrem přes koně podle jeho reakcí) (HOLLÝ, 2005).

2.5.2 Sociální faktory

Neméně důležité jsou vedle psychologických faktorů také *faktory sociální*. Jejich podstatou je vzájemná sociální interakce mezi terapeutem, koněm a jezdcem (klientem), případně skupinou klientů, kde je kůň v roli prostředníka. Terapeutický úspěch se může projevit v oživení motivace v podobě snahy se vyrovnat ostatním díky faktoru soutěživosti, vybudování rovnocenného postavení ve skupině u dítěte s postižením (integrační faktor), uplatňují se zde i principy ergoterapie (při práci ve stáji, čištění koní a jejich přípravě k jízdě).

Skupinová práce v LPPJ má velmi široký terapeutický záběr - od mírných poruch chování a omezených schopností učení až po mentální retardace či psychózy. Kvůli této šíři nelze stanovit jednotnou metodiku práce. Uplatňují se zde ale všichni obecní činitelé skupinové terapie jako je členství ve skupině, emoční podpora, pomáhání druhým, sebeexplorace a sebeprojevení, odreagování, zpětná vazba, náhled, korektivní emoční zkušenosti, zkoušení a nácvik nového jednání, získávání nových informací a sociálních dovedností. Není neobvyklé, že se v průběhu terapie stane klientovi kontakt s koněm zálibou, se kterou pokračuje i po ukončení léčby. To zvyšuje pravděpodobnost lepší adaptace při návratu do normálního prostředí, ve kterém před tím selhal (především u dlouhodobě léčených osob se závislostí). Tak plní LPPJ vlastně i roli prevence (VELEMÍNSKÝ, 2007).

2.5.3 Léčebný přínos komunikace mezi člověkem a koněm

K tomu, aby mohl člověk získat ve světě koně své postavení, je nutné také pochopit sociální komunikaci koní ve stádě. Kůň dokáže velmi dobře komunikovat na sociální úrovni a stejně jako člověku mu jsou známé principy sociální hierarchie. Experimentálně se zjistilo, že „především schizofrenici nebo autističtí pacienti spíše navážou kontakt se zvířetem než s člověkem, a pokud s člověkem, potom spíše kontakt

nonverbální než verbální“ (HOLLÝ, 2005, s. 141).

Koně jsou jak známo stádová zvířata. Stádo je tvořeno dospělým hřebcem, jeho klisnami a hříbaty. Mezi všemi členy je naprosto jasná vnitřní hierarchie, která vzniká na základě „uznání vůdcových kvalit“ (VELEMÍNSKÝ, 2007, s. 213). Případné rozpory řeší vůdčí klisna tresty. Nejdříve na prohřešek daného člena upozorní gestem vždy o stupeň silnějším dokud neposlechne (pohledem, sklopenýma ušima, vyceněnými tuby, naznačením kousnutí, skutečným kousnutím nebo kopnutím). Nejprísnějším kárným opatřením, které může provinilce potkat, je jeho vyhoštění z bezpečí stáda, kde musí zůstat, dokud neuzná svůj prohřešek a neomluví se – opět gesty (sklopená hlava, přežvykování). Přirozenou obrannou reakcí koně je v první řadě útěk (proto je pro něj největší a nejlépe pochopitelnou odměnou klid). Pokud to nestačí, je nucen bojovat o přežití kousáním, kopáním, uskakováním atd. Protože predátoři útočí nejčastěji na slabiny, břicho nebo hřbet koně, bývají na tato místa koně často velmi opatrní a citliví (VELEMÍNSKÝ, 2007).

Přestože koně používají i mnoho různých zvukových projevů, je komunikace s nimi především „řečí těla“. Ať už tedy pracujeme s koněm v jakékoli oblasti, je potřeba se pro rychlou a efektivní práci naučit používat přesných gest a dodržovat posloupnost jejich intenzity. Koně velmi dobře „čtou“ neverbální signály i ze svého komunikačního partnera, ať už jím je jiné zvíře nebo člověk. Velmi dobře rozumí i našim nejdrobnějším tělesným signálům, které my si třeba ani neuvědomujeme. Koně nelze nijak ošálit. Pokud naše tělo vyjadřuje klid, bezpečí a pohodu, cítí se s námi kůň bezpečně a dobře reaguje na naše pokyny. Můžeme na něj tedy přenést své pocity – je možné uklidnit nervózního koně nebo znervóznit koně klidného.

V interakci s člověkem poskytuje kůň okamžitou, pravdivou a jednoznačnou neverbální zpětnou vazbu. Zrcadlí tak člověku zpět jeho emoce, pocity a neverbálně komunikovaná sdělení. Na základě interpretace této zpětné vazby od koně naváže člověk kontakt se svými skrytými pocity, náhledem na sebe sama a musí dál pracovat na budování vzájemného vztahu a vhodném způsobu další komunikace. Čím je zpráva od člověka jasnější, tím lépe probíhá vzájemná spolupráce a člověk postupně začne tyto nové způsoby přenášet i do vztahů s lidmi (FREWIN, 2005).

„Skutečnost, že je kůň vůči člověku zdrženlivý, že se mu nepodbízí, není vtíravý a nevnučuje se násilně do jeho přízně, povzbuzuje aktivitu jedince. Na druhé straně na

nepřiměřené podněty reaguje obranně, čímž je zdrojem korektivní zkušenost bez toho, že by mohl být podezírán z pomstychtivosti nebo zlého úmyslu. Tyto jeho vlastnosti, podporující motivaci, sebevědomí, aktivitu a poskytující korektivní zkušenost, jsou v protikladu s jeho vlastnostmi, představujícími zdroj strachu nebo spouštěč úzkosti. Kůň je sám o sobě individualita, je to citlivý tvor a odráží změny emocí pacienta. Tím zpětnou vazbou ovlivňuje a reguluje chování pacienta a jeho efektivitu. Jako emoční a sociální katalyzátor umožňuje přežít pacientovi korektivní emoční zkušenost. Ten se pak v důsledku jednoznačnosti reakcí koně učí přirozeným důsledkům svého chování bez toho, aby se cítili být potrestán či poníženi.“ (HOLLÝ, 2005, s. 139)

Při ježdění na sebe jezdec a kůň také vzájemně působí pomocí naučených podnětů – „pomůcek“, které fungují v oblasti psychomotoriky. Umožňují dialog jezdce s koněm a vedou postupně od pouhého vození se na koni k samostatnému ježdění. Když je komunikace v pořádku, dochází k vytváření důvěry.

Všechny tyto principy vycházejí z poměrně nové, ale velice populární oblasti práce s koněm – horsemanshipu. Nejvýstižnějším českým ekvivalentem je „přirozená komunikace“ nebo „přirozené partnerství člověka a koně“ (VELEMÍNSKÝ, 2007, 252). Hlavními osobnostmi hnutí této nové tréninkové metody, která je původem z USA, jsou především Ray Hunter, Monty Roberts, Linda Tellington Jones a Pat Parelli

Základem horsemanshipu je pochopení přirozeného světa koně, jeho reakcí, uvažování a instinktů. K ovládnutí koně se používají takové komunikační metody, které jsou pro koně přirozené a srozumitelné. Pro získání patřičných dovedností existuje několik různých tréninkových systémů, které mají společně především to, že považují koně za svébytnou osobnost, k níž je potřeba si vytvořit vztah na základě rovnováhy mezi empatií a přiměřeně vyjádřenou silou. Aby došlo k plnému vzájemnému pochopení, musí se člověk stát „polovičním koněm“ a kůň „polovičním člověkem“. Při komunikaci se snažíme docílit, aby nás kůň považoval za vůdce svého stáda a ne za predátora, a to pomocí řeči těla a správně interpretace reakcí koně. Kůň musí mít vždy možnost výběru a dostatečnou volnost. Zde má své místo zdravá asertivita, maximální důslednost, ale také maximální laskavost, trpělivost a sebekritičnost. Komunikace by měla probíhat tak, aby bylo pro koně příjemné setrávat v blízkosti člověka a spolupracovat s ním (VELEMÍNSKÝ, 2007).

K úspěšné komunikaci s koněm je potřeba, aby bylo splněno těchto několik základních podmínek (BOŘÁNEK, 2008, s. 34):

- kůň se s námi cítí bezpečně a zbavil se úzkosti a strachu
- prezentujeme sami sebe tak, aby to bylo pro koně přijatelné
- získali jsme jeho respekt
- ukázali jsme mu jeho hodnostní místo ve společnosti lidí
- vyvolali jsme u něj schopnost reagovat na naše podněty
- uchováváme v něm svobodného ducha, se kterým se narodil
- dopřáváme mu v každém ohledu co nejvíce svobody

Do tohoto stavu je možné se společně s koněm propracovat pomocí speciálních komunikačních technik, různých cviků a her, nejdříve ze země, později i ze sedla.

Koně nabízí lidem výbornou možnost intenzivně pracovat na své vlastní osobnosti. Zvyšováním sebevědomí a povědomí o reálním kontextu svého místa ve světě se mění náš postoj k sobě. Učíme se efektivně komunikovat a vyrovnávat se s řadou silných pocitů, které v nás přítomnost koně vyvolává (VELEMÍNSKÝ, 2007).

2.5.4 Použití a metodika

LPPJ, ve kterém je pacient schopen díky citovému vztahu ke koni najít cestu k lidem, nachází velmi široké uplatnění právě v oblasti psychiatrické léčby, rehabilitace, socializace a resocializace. Prostřednictvím koně jsou významně osloveny organické duševní poruchy, duševní poruchy vyvolané používáním psychoaktivních látek, afektivní a neurotické poruchy, poruchy osobnosti, chování a emocí, schizofrenie i mentální retardace.

LPPJ je ještě mladší a neprozkoumanější disciplínou než hipoterapie. Proto je zde ještě obtížnější stanovit nějaký univerzální postup práce. Navíc velmi záleží na vybavení každého střediska především co se týká počtu koní. Všeobecně je však možné se setkat s několika metodami. Ty mohou být zaměřené spíše na cvičení (celkový trénink chování pacienta při cvičení u koně, s koněm a na něm), prožívání (poskytnutí alternativních zážitků) nebo na odstranění konfliktů (vlastní psychoterapie). Každá terapie by měla být cíleně zaměřená, postupovat zvyšováním požadavků a samozřejmě být schopna se

přizpůsobit aktuální situaci (HOLLÝ, 2005).

Terapeutický plán a jeho cíle musí být samozřejmě detailně vypracovány podle klientových individuálních potřeb. K vlastnímu kontaktu se zvířetem dochází až po nezbytném úvodu (seznámení s pravidly ve stáji, základní etologií zvířete, postupů péče atd.). Nejdříve se klient seznamuje s koněm ze země (pozdravení, pohlazení) a pokud je to možné, pod dohledem terapeuta si samostatně připraví koně na terapii (vyčistí; pokud je součástí terapie ježdění tak i nauzí a nasedlá). Dále se postupuje podle diagnózy klienta – sportovní a zábavné hry, cviky na stojícím/jdoucím koni, trénink koordinace, modifikovaná forma jezdeckého výcviku... Na závěr by měla následovat reflexe zážitků, emocí a myšlenek, které klientům během terapie vyvstaly a které je možné dále terapeuticky využít (VELEMÍNSKY, 2007).

2.6 Sportovní ježdění handicapovaných

Po zvládnutí hipoterapie může následovat sportovní ježdění handicapovaných jako kvalitativně vyšší stupeň dovedností, které jsou již založeny na aktivním ovládnutí koně pacientem, který se s ohledem na svůj handicap učí jezdit na koni, popřípadě se účastní i sportovních soutěží. Často je jízda na koni, i přes použití speciálních pomůcek či obměněné techniky jízdy a sportovních pravidel vyrovnávajících jeho handicap, jedním z mála sportů, jichž se vůbec může postižený člověk zúčastnit. Tím se může díky společnému zájmu stát jedním z prostředků integrace handicapovaného mezi zdravé vrstevníky (ŠKARDOVÁ, 2000).

Paravoltiž je jednou z oněch mála možností pro naši zdravotně handicapovanou populaci, stát se součástí našeho sportovního dění se zvýšenou zdravotní péčí a zdravotním dozorem. Paravoltiž je shodná v základech s voltiží, ale je přizpůsobená handicapovanému jedinci. Nejvýstižněji by bylo možné ji popsat jako gymnastiku na koních. Vyvinula se z dřívější výukové metody, jejímž úkolem bylo pomoci nováčkům zvyknout si na pohyb koně (v kroku, klusu i evalu) a získat smysl pro rovnováhu na pohybujícím se koni. Sloužila také jako posilovací cvičení pro jezdce, kteří měli získat sebedůvěru na koňském hřbetě (SLY, 2002). Cvičenec (voltižér) zde vykonává cvičení

akrobatických prvků na neosedlaném koni, vedeném lonžérem na lonži ve voltižním kruhu o minimálním průměru 13 metrů na levou ruku.

Paradrezura, která je (stejně jako paravoltiž) neskokovým jezdeckým sportem, navazuje na drezuru. Jejím cílem je přijezdit koně tak, aby nesl jezdce lehce, byl pružný, vyvážený, aktivní, správně osvalený a především reagoval na nejjemnější pomůcky jezdce. Ten provádí s koněm předem danou úlohu v drezurním obdélníku, což je obdélník o rozměrech 20 x 40 (60) metrů rozdělený písmeny, která ukazují, kde se provádí jednotlivé cviky – různé obraty, kruhy, vlnovky, styly chodů... (SLY, 2002). V paradrezuře jsou závodníci děleni do kategorií dle svého handicapu mezinárodními klasifikátory. Soutěže jsou vypisovány po celé republice a Mistrovství České republiky je s mezinárodní účastí (www.chs.unas.cz).

Jednoho takového mistrovství ČR v paradrezuře, které se konalo ve dnech 18. -19. 10. 2008 v Praze, v jezdecké hale In Expo Group na Císařském ostrově, jsem se zúčastnila v roli diváka (viz příloha č. 3).

2.7 Kůň v hiporehabilitaci

Základem terapeutické práce koně je už jen jeho samotný výcvik, ve kterém se stejně jako v samotné terapeutické práci se stále častěji preferuje využívání postupů již zmiňovaného přirozeného partnerství člověka a koně (horsemanship).

V České republice se výběrem, cílenou výchovou a následným poskytnutím hiporehabilitačních koní příslušným zařízením zabývá občanské sdružení CPK – CHRPA, které si klade za úkol „povznést hipologickou problematiku na stejnou úroveň a vážnost, s jakou se prezentují otázky rehabilitace a terapie pacientů“ (www.cpkchrpa.cz).

Příprava, výběr a výcvik koně pro hiporehabilitaci je tak, široké a náročné téma, že by si zasloužilo zpracování samostatné práce. Proto zde zmíním pouze heslovitě základní požadavky, které jsou kladené na terapeuta-koně.

Velkou výhodou hiporehabilitačního pracoviště je, pokud má k dispozici více speciálně připravených koní, nejlépe různých plemen, a z nich vybírá takového koně, který bude nejvíce vyhovovat potřebám klienta šířkou svého hřbetu, délkou kroku a povahou. Co se týče pohlaví koně, vhodní jakou jak klisny, tak valaši. Hřebce není vhodné kvůli jejich temperamentu při terapeutickém ježdění vůbec používat. Pro malé

děti jsou vhodnější koně s nižší kohoutkovou výškou (nejčastěji hafling, huculský kůň), pro dospělé klienty jsou často využívána chladnokrevná plemena, která unesou i těžšího jezdce. Dále je často možné se při hiporehabilitaci setkat s českým teplokrevníkem, kladrubským koněm i anglickým plnokrevníkem (KOLÁŘOVÁ, 2006).

Plemenu koně je však nadřazen jeho charakter, který se ale dá částečně ovlivnit výchovou. Obecně platí, že kůň v hiporehabilitaci musí být samozřejmě zdravý (platí především v hipoterapii), bez vrozených vad a pokřiveného charakteru. Měl by projít základním výcvikem (učení poslušnosti, schopnost být veden, plné respektování člověka, správné zapojování svalstva při práci), jízdou v terénu (odstranění lekavosti) a nácvik klidného čekání u rampy do nasednutí pacienta. Než se kůň charakterově srovná a připraví na ježdění s postiženými se všemi jejich možnými neobvyklými projevy, může to trvat až jeden rok (NERANDŽIČ, 2005).

Je-li hipoterapie náležitě a odborně prováděna, jak to vyžaduje její specifická, nelze také nedbat na psychickou rehabilitaci koně, který je neodmyslitelnou součástí pracovního týmu a pro kterého je práce s handicapovaným člověkem těžkou prací. Proto je nezbytné o takového koně nevyčísitelné hodnoty, pečovat tím, že mu dopřejeme zdravý poměr práce a odpočinku, pestrost obsahu a rozdělení práce, aktivní odpočinek a pobyt ve společnosti dalších koní. ŠKARDOVÁ (2000, s. 28) podává přehledný návrh plánu pracovního vytížení a denního režimu hipoterapeutického koně, který je samozřejmě nutné přizpůsobit podmínkám zařízení vykonávajícího hipoterapii (viz příloha č. 2).

3 Specifika komunikace u osob s postižením

3.1 Terminologie, život člověka s postižením ve společnosti

Jak zdraví, tak nemoc je životní proces. Lidský organismus musí stále udržovat rovnováhu s vnějšími nároky prostředí, přizpůsobit se jim a vyvážit je. Pokud je tato rovnováha narušena, dojde k nemoci nebo postižení. Pojem postižení však zahrnuje několik často nesprávně používaných pojmů, které je však třeba rozlišovat.

Vada, porucha (impairment) je „narušení psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce. Vady a poruchy je možné na základě lékařské diagnostiky klasifikovat podle typu (orgánové, funkční), intenzity (lehké, střední, těžké) a podle doby vzniku (vrozené, získané)“ (SLOWÍK, 2007, s. 26).

MATĚJČEK (2001, s. 7) chápe pojem **postižení (disability)** nejen jako následek vrozené nebo získané poruchy struktury a funkce organismu, ale jako „omezení pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí a vyúsťující v handicap dotýkající se postavení takového jedince ve společnosti“.

Znevýhodnění (handicap) se projevuje jako „omezení jedince vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj normální“ (SLOWÍK, 2007, s. 27). Projevuje se tedy především snížením nebo omezením možností a výkonu daného člověka oproti tomu, čeho byl dříve běžně schopen. Míra handicapu pak je u každého individuální a závisí na mnoha faktorech. Například na druhu a stupni postižení, době vzniku vady, na osobnosti jedince, kvalitě jeho sociálního prostředí a včasnosti řádné péče.

3.1.1 Obecné příčiny vzniku poruch, vad, postižení a handicapu

Vždy nelze jednoznačně a jasně určit příčinu postižení. Často je totiž postižení způsobeno kombinací několika příčinných souvislostí. Následné projevy se objevují rovněž v široké škále a v různých životních obdobích.

Vznik poruchy může být zapříčiněn mnoha faktory (SLOWÍK, 2007, s. 46-47): mezi **exogenní** (vnější) se řadí ty, které negativně ovlivňují vývoj jedince v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Může se jednat o mechanické poškození plodu, nedostatek kyslíku, infekci, stres, nesprávnou výživu, působení jedů,

léků, drog aj. **Endogenní** (vnitřní) faktory zahrnují genetické činitele (poškození chromozomální výbavy, genové mutace), problémy imunity, změněnou citlivost jedince na běžné podněty (alergie, astma...) a dědičné dispozice.

I následný život člověka s postižením je určitým způsobem ovlivněn, a to určitými subjektivními a objektivními faktory (NOVOSAD, 2000, s. 16), z nichž některé lze změnit. Negativní působení těch neměnných je možné alespoň eliminovat či nějak kompenzovat.

Subjektivní činitele ovlivňující postižení významně určují úspěšnost socializačního procesu a jsou jen velmi málo ovlivnitelní. Patří mezi ně samotný zdravotní stav a z něho vyplývající omezení, osobnostní rysy jedince, jeho sociální prostředí, vlastní sebehodnocení a schopnost zvládnout nepříznivou životní situaci.

Na samotném člověku s postižením méně závisí **objektivní činitele**: postoje společnosti k postižené populaci, dále sociální služby, politika zaměstnanosti, sociální a vzdělávací politika týkající se lidí s postižením. Pro nápravu postojů společnosti, stigmatizace i dalších negativních dopadů zmíněných faktorů na skupinu lidí s postižením je nutná soustavná, vyvážená, kvalifikovaná a dostatečně citlivá péče o tyto sociálně znevýhodněné jedince.

Ve světové populaci je zastoupeno přibližně kolem 11% lidí s postižením a podobné procento platí i pro Českou republiku (SLOWÍK, 2007, s. 47). Protože se ale jedná pouze o statisticky podchycené případy, bude pravděpodobně skutečný počet ještě vyšší. V České republice jsou ve více než 1 milionu osob s postižením jednotlivé druhy postižení zastoupeny takto (SLOWÍK, 2007, s. 48):



3.1.2 Psychologie lidí s postižením nebo nemocí

Zdravotní postižení nebo nemoc způsobují člověku zvýšenou náročnost na přizpůsobení se této životní situaci a následně i určitá ohrožení jeho psychického vývoje, obzvláště v případě dětí. Správné porozumění této situaci je základem pro vhodné výchovné vedení dítěte směřující k odstranění (nebo alespoň ke snížení) potenciálního nebezpečí, ideálně k jeho přeměně v pozitivní přínos. Přestože nejsou určité povahové rysy člověka s postižením přímo úměrné určitému druhu postižení, má mnoho nápadností souvislost se sníženými rozumovými schopnostmi nebo mimořádnou dráždivostí nervového systému. Mezi lidmi s postižením se přece jen vyskytuje více bázlivých, odtažitých, lítostivých jedinců, lidí se sníženým nebo s přepjatým sebevědomím. V průměru pocítují více těžkostí a zaobírají se sami sebou víc než lidé bez postižení. Proto je důležité k nim přistupovat se zvláštním porozuměním takovým způsobem, který je povede k vývoji vyrovnané, harmonické a podle daných okolností co nejvyspělejší osobnosti.

Protože člověk je celistvou osobností, ne jen 2 svébytné jednotky – tělo a duše, větší zatížení jedné části systému se nutně projeví ve funkci celku. Nepříjemné citové prožitky mohou mít významný negativní vliv na průběh tělesných onemocnění nebo mohou chorobu dokonce vyvolat, je-li psychická zátěž dlouhodobá (např. poruchy srdeční činnosti, kožní choroby, žaludeční vředy aj.). Je tedy nezbytné, aby byla léčba komplexní - léčba celého nemocného člověka, ne jen poškozeného orgánu. Nelze ani podcenit vliv vztahů s druhými lidmi na psychický vývoj. Mezi člověkem a jeho sociálním prostředím se přenáší emoce a postoje jeho členů. Tedy i případ onemocnění má vždy široký sociální dosah (MATĚJČEK, 2001).

3.1.3 Rehabilitace, terapie

V pomoci člověku s postižením k dosažení jeho maximální mentální, fyzické a sociálně-funkční úrovně slouží speciální programy rehabilitace a terapie.

Pod pojmem *rehabilitace* se rozumí „komplexní postupy odstraňující nebo zmírňující následky postižení. Cílem rehabilitace je dosáhnout stavu, kdy postižený člověk může plně rozvíjet všechny své schopnosti a přiměřeně se společensky uplatnit“ (MATOUŠEK, 2003, s. 181). Nejde tedy pouze o napravování poškozených pohybových funkcí, ale o celkovou obnovu schopností jedince, které je možné rozvíjet právě v programech pracovní, pedagogické či sociální rehabilitace (SLOWÍK, 2007).

Terapie nese význam takového způsobu odborného a cíleného jednání s člověkem, který „směřuje od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně“ (MÜLLER, 2005, s. 13).

Ať už je při terapii využíváno jakýchkoli prostředků, metod technik a forem práce, vždycky platí, že probíhají v určitém prostředí a čase, mají organizační formu, odpovídají orientaci terapeuta, závisí na věku, příčinách potíží a symptomech klienta, jsou primárně zaměřeny na somatické nebo psychické změny u klienta, jsou zacíleny léčivě, preventivně a rehabilitačně.

MÜLLER (2005) rozděluje terapie podle vlastních prostředků na:

1. terapii chirurgickou
2. farmakoterapii
3. fyzioterapii
4. psychoterapii.

Poněkud užší pojem než terapie (v souvislosti s osobami s postižením) je **náprava** – „specifický postup vedoucí k odstranění nebo zmírňování konkrétní vady nebo poruchy“ (SLOWÍK, 2007, s. 55). Pokud se tento záměr nezdaří, je nutné přistoupit k náhradě porušené, nevyvinuté nebo zaniklé funkce/orgánu jinou funkcí/orgánem (**kompenzace**), a to pomocí využití různých speciálních pomůcek a metod.

3.2 Specifika komunikace u osob s vybranými typy postižení

Pro dobré teoretické zakotvení praktické části své bakalářské práce se nyní budu podrobněji zabývat několika základními skupinami postižení a jejich vybranými typy, se kterými je možné se nejčastěji setkat mezi lidmi, kteří využívají hiporehabilitaci (viz kapitola 2.4). U každého uvedu stručnou charakteristiku zahrnující příčiny vzniku poruchy, obecné příznaky a vývoj onemocnění a především jeho vliv na oblast komunikace. Pro přehlednost používám rozdělení poruch uvedeného v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů z roku 2008.

3.2.1 Tělesná postižení (poruchy a onemocnění nervové soustavy)

Tělesné postižení označuje „dlouhodobé nebo trvalé omezení možností jedince vykonávat běžné činnosti každodenního života“ (SLOWÍK, 2007, s. 99). Škála

jeho projevů je velmi široká. Největší oblastí je zde problematika poruch hybnosti, ať už jako následek přímého poškození pohybového ústrojí nebo v důsledku jiné poruchy. Nejčastěji bývá vrozená porucha hybnosti spojena s dětskou mozkovou obrnou, která má původ v poškození CNS v prenatálním nebo perinatálním období. Mezi získanými tělesnými a pohybovými handicapy převládají úrazy a následky závažných onemocnění. Přibývají rovněž souvislosti se špatným životním stylem, například deformace páteře pramenící ze špatného držení těla a nedostatku pohybu nebo poškození kloubů při nadváze.

Tělesné postižení bývá klasifikováno podle několika faktorů (SLOWÍK, 2007, s. 99):

Podle typu	<ul style="list-style-type: none"> • postižení hybnosti • dlouhodobá onemocnění • zdravotní oslabení
Podle doby vzniku	<ul style="list-style-type: none"> • vrozená (např. rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře, nevyvinutí končetin, dětská mozková obrna) • získaná (deformity páteře; úrazy – zlomeniny, amputace; následky onemocnění – revmatismus, myopatie...)
Podle etiologie	<ul style="list-style-type: none"> • tělesné odchylky a oslabení (vady páteře, luxace kloubů...) • tělesné vývojové vady (vady lebky, končetin, rozštěpy) • úrazy (tělesné poškození s dočasnými nebo trvalými následky) • následky nemocí (encefalitidy, žloutenky, TBC, lymfské borreliózy, nádorových onemocnění...) • dětská mozková obrna (spastické i nespastické formy) • dlouhodobá onemocnění a zdravotní oslabení (alergie, astma, ekzémy, oslabení imunity, onkologická onemocnění, epilepsie...)

Kromě nezbytné zdravotní rehabilitace je třeba osobám s tělesným postižením rovněž poskytovat podporu i v ostatních životních oblastech, protože výše zmíněné skutečnosti se mohou negativně projevit také na vývoji osobnosti. Narušený psychomotorický vývoj dítěte se může projevit nejen v somatické nebo motorické oblasti, ale také v psychické a sociální sféře - např. v kognitivních psychických procesech, v emocionálních a sociálních projevech, ve výkonu atd. Proto je ideální propojení jednotlivých oblastí péče do systému ucelené (komplexní) rehabilitace, která řeší celkový rozvoj daného jedince (pracovní uplatnění, seberealizaci, širší sociální kontakty, fyzický i kulturní rozvoj), kompenzuje jeho omezenou mobilitu, invaliditu a co nejvíce snižuje rozpor mezi pocíťovanou vlastní psychickou nezávislostí a různě závažnou fyzickou závislostí na péči druhých lidí (SLOWÍK, 2007).

Oblast	Prostředky a možnosti
zdravotní	medicína, fyzioterapie, protetika
sociální	bezbariérovost sociálního prostředí, sociální služby
pedagogická	školská integrace, distanční vzdělávání, e-learningové kurzy
psychologická	podpora ze strany rodiny, přátel a okolí, psychoterapie
pracovní	uplatnění na trhu práce, práce z domova, podporované zaměstnání
právní	antidiskriminační opatření, legislativní podpora ostatních oblastí

Systém ucelené rehabilitace (SLOWÍK, 2007, s. 103)

Nejčastěji se mezi klienty hiporehabilitačních center můžeme z této skupiny postižení setkat s dětskou mozkovou obrnou, roztroušenou sklerózou, různými typy poruch hybnosti (nejčastěji následkem poškození míchy při úrazu) a svalového napětí.

3.2.1.1 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (dále DMO) patří do skupiny neurovývojových poruch, konkrétně se jedná o „neprogresivní postižení motorického vývoje na podkladě poškození nebo dysfunkce mozku v rané fázi jeho vývoje“ (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 144). Příčina vzniku DMO není vždy stejná, protože se jedná o komplex více různých poruch. Navíc se zde mohou uplatňovat kumulované patogenní faktory (genetické i exogenní). Podstatou poškození mozku je nedostatek kyslíku a celkové výživy mozkové tkáně, což vede k narušení jejího metabolismu.

DMO se vyskytuje nejčastěji ve spastické formě, jejímž základním příznakem je trvale zvýšené svalové napětí. Obrna postihuje pohyblivost člověka v různém rozsahu i závažnosti. Podle lokalizace se rozlišují různé stupně parézy (částečná obrna) a plegie (úplná obrna). Protože je postižena hrubá i jemná motorika, je velice důležité dětem s DMO umožnit co nejvíce rozvíjet všechny funkce s tím související, aby se následky poruchy nedostatečným nácvikem dovedností nenásobily. Přestože není DMO progresivní poruchou, je možné ji do určité míry vhodnou rehabilitací ovlivňovat. V důsledku potíží v pohybu a manipulaci s předměty, je dítě s DMO již v raném věku výrazně omezeno v možnosti poznávat okolní svět. Sekundárně tak dochází k opoždění rozvoje poznávacích procesů. Kromě toho, že bývá DMO často spojena ještě s jinými poruchami (zraku, sluchu, řeči, rozumových schopností, epilepsií), ovlivňuje určitým způsobem veškeré psychické projevy. Každý intenzivnější citový zážitek bývá doprovázen nápadnějším nekontrolovatelnou

motorickou reakcí, citové reakce jsou často neadekvátní. Snadnější unavitelnost a potíže s udržení pozornosti ovlivňují paměť dítěte a následně se mohou vyskytnout i poruchy učení. Je nezbytné dítěti poskytnout dostatek podnětů a pomáhat jim v jejich poznávání, aby nedošlo k deprivaci v oblasti stimulace, učení a sociální zkušenosti (VÁGNEROVÁ, 2008).

3.2.1.2 Roztroušená skleróza

Skleróza multiplex, roztroušená skleróza (dále RS) je definována takto: „Pomalu progredující zánětlivé onemocnění centrální nervové soustavy, které vede k rozpadu myelinových obalů nervových vláken. Jeho důsledkem je postižení motoriky, tělového citění, resp. ovládání vlastního těla, a z toho vyplývající postupný úbytek soběstačnosti“ (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 151).

Příčina choroby není známá. Pro její projevení má určitý vliv genetická predispozice, některé faktory vnějšího prostředí, např. klimatické, a nevylučuje se ani vliv virů. Progrese choroby je sice obvykle pomalá, ale její prognóza není příznivá. Nelze ji nikdy zcela vyléčit, pouze ovlivnit – zpomalit - její průběh. Klinické projevy mohou být velmi rozmanité. Poškození mozečku a nervových drah spojených s jeho činností se projevuje především poruchami motoriky - špatnou cíleností pohybů, potíží s koordinací činnosti svalových skupin a celkovou hypotonií. Typický je nepravidelný, explozivní řečový projev, kolísání v dýchání a intenzitě hlasu, potíže v rytmu mluvy (LECHTA, 2005, s. 304). Dále poruchy citění těla, poruchy vidění, potíže v ovládání jazyka a polykání, nepřesností artikulace a ztrátou mimiky, nápadnosti emočních projevů a kognitivních funkcí - zvýšená unavitelnost a poruchy pozornosti, případně demence (VÁGNEROVÁ, 2008).

3.2.2 Duševní poruchy a poruchy chování

3.2.2.1 Mentální retardace

Mentální retardace (dále jen MR) je „závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vede i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí“ (ŘÍČAN, 1997, s. 151). Nejde tedy pouze o selhávání v testech inteligence, ale současně i v plnění sociálních očekávání přiměřených danému věku.

Její příčinou je strukturální poškození mozkových buněk nebo abnormální vývoj mozku, v jehož důsledku dochází k jeho organickému poškození. Dojde-li k tomuto poškození v prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním období, hovoří se o oligofrenii. Pokud je normální vývoj mozku narušen úrazem nebo v důsledku onemocnění po dovršení 2. roku a v dalším průběhu života, jedná se o demenci. Ta může postihnout buď všechny složky intelektu (celková demence) nebo jen některé dílčí rozumové schopnosti (částečná demence). Aby bylo postižení považováno za MR, musí být snížení poznávacích schopností v důsledku organického poškození mozku trvalé. V dětském věku však nemusí být demence nevratným procesem, protože negativní vliv poškození může být částečně kompenzován progresivními silami vývoje.

Postižení kognitivních schopností stejně jako etologie celého postižení je u každého člověka jiné a většinou silně nerovnoměrné. Nejčastěji je výrazně opožděn především vývoj řeči a verbální inteligence. Mentální retardace se také může vyskytovat i s jinými somatickými nebo duševními poruchami. Samotný stupeň mentálního postižení (lehká, střední, těžká a hluboká MR) je klasifikován podle míry zachovaných rozumových schopností jedince neboli složek inteligence (poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti). Měří se standardizovanými testy inteligence či škálami určujícími stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. V průběhu času se však mohou snížené hodnoty zlepšovat cvičením a rehabilitací (ŠVARCOVÁ, 2003).

Osobnost a komunikace lidí s MR

Každý člověk s mentálním postižením je svébytnou osobností s charakteristickými rysy. Přestože tuto skupinu lidí nelze globálně charakterizovat, objevují se u většiny z nich v určité míře některé společné znaky. V souvislosti se tematikou sociální interakce se MR klinicky projevuje poruchami v interpersonálních skupinových vztazích, v komunikaci a sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům. Dílčími nedostatky, které mohou tyto poruchy prohloubit, jsou dále například:

- nedostatečná slovní zásoba a neobratnost ve vyjadřování
- impulzivnost, hyperaktivita nebo celková zpomalenost chování
- citová vzrušivost, sugestibilita a rigidita chování
- zpomalená chápavost, jednoduchost a konkrétnost úsudků

- poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“
- opožděný psychosexuální vývoj
- zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí

(ŠVARCOVÁ, 2003, s. 35)

LECHTA (2008) považuje za jeden z nejcharakterističtějších znaků MR narušený vývoj řeči, který závisí na stupni, formě a typu tohoto postižení. Obecně se řeč rozvíjí pomalu, deformovaně a její vývoj je natolik narušen, že ani později nedosáhne úroveň normy. Opožděné začátky ontogeneze řeči v raném období života mají na dítě velice negativní důsledky a zpětně se projevují i v jiných oblastech psychiky. Aktivní řeč je mnohem méně vyvinutá než její chápání, její verbální složka je na horší úrovni než neverbální.

Sociální vztahy dítěte s MR se tedy rozvíjejí nepříznivě již od počátku. Rodiče ve své nadměrné snaze ochraňovat a obsluhovat své pohybově neobratné a motoricky opožděné dítě brání (nebo omezují) jeho pokusům o samostatnost v zacházení s věcmi, rozvoj pohybů a poznávání fyzikálních vlastností předmětů. Většina rodičů nedokáže takové dítě úspěšně socializovat. Navíc zpomalený vývoj a nedokonalost řeči značně ztěžují jejich vzájemný kontakt. To je také důvodem pro absenci vlivu vrstevníků, který je pro zdravý psychický vývoj nezbytný. Vrstevníci si s retardovaným dítětem buď vůbec nehrají a ignorují ho nebo mu dávají podřadné úkoly a posmívají se mu. Negativní zkušenosti z kontaktu s nepostiženými dětmi se tak pro něj mohou stát traumatem. Na svou odlišnost může reagovat různými neurotickými až destruktivními způsoby, postoji a chováním (ŠVARCOVÁ, 2003).

Opožděná a omezená schopnost smyslového vnímání v důsledku poškození mozku má bezprostřední souvislost s pomalým rozvojem řeči (obzvláště sluchové vnímání) a následně ovlivňuje i celkový průběh psychického vývoje dítěte s MR. Nedostatek podnětů brzdí rozvoj vnímání dítěte, zpomaluje rozvíjení jeho myšlení, a tím prohlubuje mentální retardaci. Osobnost lidí s MR výrazně ovlivňuje jejich emoční nevyspělost a způsoby chování nižší věkové úrovně. Snaží se vyhybat neznámému či novému prostředí, osobám, podnětům nebo náročným úkolům, protože u nich často vyvolávají neadekvátní strach a úzkost. Tato úzkostlivost a dále vznětlivost se promítají i v jejich komunikaci. U některých osob mohou být přítomny i epizodické poruchy nálady nebo apatie. Obecně ale platí, že na pozitivní city jsou

schopni odpovídat pozitivní reakcí, že jejich povahové rysy jsou utvářeny především převládajícími prožitky, a že dovedou mít rádi své blízké (ŠVARCOVÁ, 2003).

3.2.2.2 Porucha pozornosti a hyperaktivita

V minulosti bylo možné tuto poruchu najít pod několika označeními – lehká mozková dysfunkce, poškození mozku, specifické poruchy učení a chování, hyperkinetická reakce nebo hyperkineze. Podle klasifikačního systému Americké psychiatrické asociace (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, neboli DSM-IV) se používá název „porucha pozornosti“ (ADD - Attention Deficit Disorder) či „porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou“ (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (MUNDEN, 2002, s. 11).

Obě tyto chronické poruchy vývoje jsou biologicky podmíněné a u obou se vyskytují definované klíčové symptomy - potíže se soustředěním a impulzivita (u ADHD navíc hyperaktivita), jejichž množství a intenzita jsou neúměrné věku a intelektuálnímu schopnostem jedince. Aby mohla být porucha u člověka diagnostikována, musí se u něj vyskytovat 6 nebo více konkrétních příznaků pro jednotlivé skupiny příznaků, a to po dobu 6-ti měsíců na takové úrovni, že vedou k nepřizpůsobivosti jedince a neodpovídají jeho věku a vývojovému stadiu.

Podle diagnostické klasifikace DSM-IV jsou příznaky pro nepozornost například tyto: dítěti se často nedaří soustředit na detaily; ve škole, při práci a jiných aktivitách dělá chyby z nepozornosti; často se zdá, že nevnímá ani přímé oslovení; má problémy zorganizovat si úkoly a činnosti; je často zapomětlivý v každodenních činnostech. Některé z příznaků pro hyperaktivitu a impulzivitu: často nadměrně mluví; často neklidně pohybuje rukama či nohama nebo se kroutí na židli; opouští své místo ve vyučování nebo při jiných situacích, kde se očekává, že zůstane sedět; má problémy si hrát nebo se zaměstnávat jinými aktivitami tiše; vyrušuje a obtěžuje ostatní; má problém počkat, až na něj přijde řada; často vykřikne odpověď dřív než je dokončena otázka.

Příznaky poruchy způsobují značnou odlišnost dítěte, obzvláště patrnou při jeho nástupu do školy. Především impulzivita v chování i komunikaci má významný vliv na sociální vztahy. Její projevy mohou vést k obtížím navázat a udržet přátelství. Schopnost se soustředit a udržet pozornost je klíčová v osvojování nových znalostí a dovedností. Děti s ADHD jsou tedy velice limitovány jak v práci ve škole, tak

v praktických dovednostech, motorických schopnostech a právě i při osvojování komunikačních dovedností. Mají potíže se zapojit do rozhovoru a aktivit ve skupině, nejsou schopny zvládat pravidla společenského chování nebo je vůbec pochopit. Je-li takové dítě opakovaně odmítáno, může být negativně ovlivněno jeho sebevědomí i další chování, což se ale zase může stát pro okolí novým podnětem k odmítání. Důsledky ADHD a různých obtížných situací z toho vyplývajících zasahují do života celé rodiny – vystupňované manželské problémy, sourozenecká rivalita, chronická únava všech členů, vyčlenění ze společenského života v důsledku chování dítěte, výjimečné napětí ve vzájemných vztazích po dlouhou dobu (MUNDEN, 2002).

Kromě hlavních příznaků ADHD bývají u dítěte přítomny často i jiné psychické potíže, které je potřeba odlišit pro stanovení co nejpřesnější diagnózy a následnou efektivní léčbu. Může se jednat například o poruchu chování, poruchu opozičního vzdoru, deprese, emoční problémy, problémy v oblasti sociálních dovedností, asociační nebo delikventní chování (MUNDEN, 2002, s. 27). U 31-66% diagnostikovaných dětí přetrvávají příznaky poruchy až do dospělosti a stále zasahují do praktického života (chyby v pravopise a počtech, rozpad vztahů, pověst nespolehlivého lenocha, zapomínání věcí, pozdní příchody, riskování, potíže s čekáním...). Pokud se však rodině spolu s odborníky podaří poskytnout tomuto člověku vhodnou pomoc, naučit jej vidět a využívat jeho silné i slabé stránky, může prožít zcela plnohodnotný život.

Kromě farmakologické léčby je nutné začít v rodině praktikovat určitá nápravná opatření (rodinná terapie). Dále je možné použít (samozřejmě ve spolupráci s psychoterapeutem) některé z řady technik zlepšujících chování dítěte, které mají svůj původ v behaviorální terapii, s případným doplněním individuální prací s dítětem (v rámci psychodynamické terapie). Dále se doporučují relaxační cvičení v bazénu (ideálně pod odborným vedením terapeuta), které vedou ke zklidnění, odstranění napětí, zlepšení soustředění a navíc procvičení celého těla (ŠKVOROVÁ, 2003).

3.2.2.3 Dětský autismus

Ve veškeré odborné literatuře je dětský autismus (nebo obecně poruchy autistického spektra) zařazován do skupiny pervazivních vývojových poruch, což jsou takové, které se projeví ve všech funkčních oblastech člověka (JELÍNKOVÁ, 1999).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí je tato skupina poruch charakterizována

jako „kvalitativní porušení reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezený, stereotypní a opakující se soubor zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci“ (MKN-10, 2008, s. 241). Podle dalších kritérií je možné stanovit určitý typ poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom nebo dětská dezintegrační porucha.

Všechny definice autismu se shodují v označení postižených oblastí – sociální vztahy, komunikace a chování. V pedagogicko-psychologické terminologii by mohl být autismus charakterizován jako „porucha socializace, neschopnost navazování a prožívání mezilidských vztahů, spojená zpravidla se závažnou poruchou komunikačních schopností“ (ŠVARCOVÁ, 2003, s. 132), protože právě porucha sociálně-komunikačních kompetencí je ze všech narušených funkcí nejnápadnější.

Vlastní příčiny autismu stále nejsou známy. Obecně se uvádí, že je důsledkem organického poškození mozku (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 318). Může být spojen s jiným diagnostikovatelným somatickým onemocněním nebo anomálií, může se vyskytovat bez nálezu poruchy v rodinné anamnéze a bez zjevné poruchy CNS. Velký vliv na výskyt této poruchy má nepochybně také genetický přenos. Ani v jednom z případů však nelze hovořit o přímé příčinné souvislosti (HORT, 2000).

Vývojové opoždění a nerovnoměrný vývoj způsobené touto poruchou mají za následek neschopnost daného člověka správně vnímat podněty z okolí, pochopit je a správně na ně reagovat. Přestože jsou projevy poruch autistického spektra samozřejmě velice individuální a rozmanité, všechny zasahují především do 3 oblastí (tzv. triáda postižení): komunikace, sociálních vztahů a představitosti. Tyto definující prvky jsou dále doprovázeny „omezeným okruhem zájmů, neúčelným repetitivním chováním a bizarními rituály“ (JELÍNKOVÁ, 1999, s. 2).

Abnormality v sociální interakci a komunikaci

Autismus patří skutečně mezi nejzávažnější poruchy dětského mentálního vývoje. Podle HRDLIČKY (2004) je nejčastěji nástup autistických příznaků postupný, a to již kolem 1. roku života. Může však dojít i k tzv. autistické regresi neboli vývojovému obratu zpět, kdy se u dítěte částečně nebo úplně ztrácejí již získané vývojové dovednosti.

Problémy v oblasti komunikace jsou propojeny s problémy v sociálních

vztazích. Přestože dítě s autismem je schopné mluvit, vnímá, zpracovává a využívá podněty stejně jako zdravé děti, nemá motivaci mluvit, protože nechápe význam vzájemné komunikace (JELÍNKOVÁ, 1999). Oproti zdravým kojencům se autističtí často vyhýbají očnímu kontaktu, nejeví zájem o tváře, hlasy a kontakt s lidmi. Pokud se u nich vyvine dostatečně použitelná komunikativní řeč, její vývoj je opožděný, nese malý komunikativní význam. Bývá nápadná svou monotónností, nepřízvučností a neemotivností. Neverbální složky komunikace bývají rovněž postiženy. Gestikulace je potlačená až chybí, mimika je plochá a nereaguje na okolní dění (HRDLIČKA, 2004).

Protože děti s autismem nemají vrozenou schopnost navazovat kontakty s lidmi, nedokážou se vcítit do myšlení druhého, neumí naslouchat, přenechat slovo. Získané zkušenosti v komunikaci nezpracují pro další použití, ale pouze ji opakují. Věty či slova používají ve významu, v němž se je naučily (echolalie), nechápou abstraktní pojmy, zobecňování (označí určitým slovem jen jeden konkrétní předmět) ani širší souvislosti reality. Mají potíže překonat doslovný význam vnímaného, nerozumí emocím, mimice, gestům ani zbarvení hlasu (JELÍNKOVÁ, 1999).

Nácviky komunikace

Pro vhodnou intervenci je důležité jasně definovat komunikační problémy dítěte. Komunikace u dětí s poruchou autistického spektra bývá porušena na úrovni receptivní i expresivní, verbální i neverbální. Nácvik komunikačních dovedností se provádí podle individuálních schopností dítěte a podle vývojového pořadí, od nejjednodušších funkcí ke složitějším – imitace verbálních projevů, základní jazyk, stadium vztahů, konverzace, informace, gramatické dovednosti, vyprávění zážitků a nakonec spontaneita projevu (HRDLIČKA, 2004).

Volba vhodného způsobu komunikace pro dítě s autismem bývá náročná, ale velice důležitá. Protože je pro děti s autismem obtížné pochopit spojení mezi zvukem abstraktního jazyka a jeho neviditelným významem, je nutno zvolit jinou formu komunikace než verbální. Znakovou řeč JELÍNKOVÁ (1999) příliš nedoporučuje kvůli nedostatku kreativity a určitých kognitivních schopností (např. napodobování) těchto dětí. Vhodné je užívání jednoznačných gest, které nevyjadřují emoce a abstraktní pojmy. Díky své konkrétnosti je nejvíce používána komunikace s vizuální podporou (fotografie, obrázky, předměty). Obrázky jsou pochopitelné i pro okolí, spojení mezi obrázkem a skutečným významem je viditelné, lépe pochopitelné,

jednoznačné a trvalé. Je dobrým prostředkem k dosažení maximální nezávislosti postižených autismem.

3.2.3 Vrozené vady a chromozomální abnormality

3.2.3.1 Downův syndrom

Ze všech známých forem mentální retardace je nejrozšířenější Downův syndrom. Původ nemoci je chromozomální (ztrojení 21. chromozomu), což způsobuje i velice podobný charakteristický vzhled lidí postižených touto poruchou. V porovnání s nepostiženými vrstevníky se u dětí s Downovým syndromem častěji vyskytují smyslové vady. Problémy se zrakem a lehká až střední nedoslýchavost mohou nepříznivě ovlivnit vývoj jejich řeči a tím i psychický a emocionální vývoj. Mentální retardace je u těchto dětí velice rozmanitá a s přibývajícím věkem má tendenci se spíše zhoršovat. Rozvoj řeči má pro děti s Downovým syndromem mimořádný význam. Protože porucha postihla mozečkové funkce zajišťující jemnou motoriku, vyžadují při jejím osvojování značnou pomoc logopeda (ŠVARCOVÁ, 2003).

Vývoj jazyka a řeči:

Jak potvrzuje i SELIKOWITZ (2005), dítě s Downovým syndromem se vyvíjí pomaleji než ostatní děti. Mají-li k tomu však vhodné podmínky, mohou se učit novým věcem konstantní rychlostí a to až do dospělosti. Novorozenci s DS na řeč i zvuky, které slyší, reagují zpravidla normální reflexivní reakcí. Během 1. roku života komunikuje své potřeby pomocí různých výkřiků. V dalším roce probíhá zlepšování řeči nerovnoměrně, dítě se často vrací ke slovním experimentům 1. roku. Kolem 2. roku řekne dítě s DS své první slovo (jakékoli konzistentně a správně použité seskupení zvuků). K výraznému rozvoji jazyka a řeči dochází v průběhu 3. roku. Přesto se jazykový vývoj u mnoha dětí s DS za vývojem ostatních oblastí opoždí. Při velkých potížích se doporučuje spolupráce s logopedem a užívání znakování. Díky tomu se dítě uklidní, zlepší své komunikační schopnosti a upevní si předpoklady pro osvojení jazyka. Často skutečně začnou mluvit zřetelněji a postupně přestanou znaky používat. Komunikace průměrného předškoláka s DS je stále s chybami a je spíše monologem než oboustrannou konverzací. V tomto věku je pro naučení nových věcí a rozšíření slovní zásoby důležitý kontakt s vrstevníky. Období otázek typu „proč“ nastupuje až v 10 letech. Jazyk u dětí s DS patří k nejproměnlivějším vývojovým oblastem, u mnoha z nich často za ostatními oblastmi zaostává (SELIKOWITZ, 2005).

Možnosti intervence

Období raného vývoje dítěte je pro jeho další vývoj skutečně zásadní, a proto je důležitá včasná intervence zaměřená na zlepšování komunikačních schopností dítěte s DS. Vhodnou možností je využití tzv. totální komunikace (LEDNICKÁ, 2003, s. 2). Jedná se o "komplexní komunikaci, která zahrnuje široké spektrum způsobů komunikace: mluvenou řeč, psaní, čtení, zpěv, pohyby celého těla, mimiku, gesta, znakovou řeč, prstovou abecedu, odezírání i specifické tzv. augmentativní a alternativní způsoby komunikace atd." (DVOŘÁK, 2001, s. 86).

3.2.4 Narušená komunikační schopnost

Pro úspěšnou komunikaci je potřeba „dobré sluchové vnímání, správná funkce mozkových řečových center a nervových drah, funkční motorika mluvidel a dostatečná kapacita inteligence“ (SLOWÍK, 2007, s. 86).

Všemi výše uvedenými skupinami poruch se podle příčin jejího vzniku mohou prolínat různé formy narušené komunikační schopnosti. Ta je problémem jak mluvené řeči, tak i její grafické podoby a neverbálních prostředků. Schopnost komunikovat tedy může být narušena z důvodu opožděného vývoje, organického poškození CNS, sluchového postižení a poškození mluvidel. Významnou roli zde hrají také psychické faktory, existence jiných poruch (symptomatické komunikační potíže) a sociální prostředí s dostatkem podnětů a vhodným příkladem komunikace.

SLOWÍK (2007, s. 88-89) rozděluje vady a poruchy řeči do následujících kategorií:

- Centrální vady a poruchy: vývojová dysfázie, afázie, breptavost, koktavost
- Neurotické vady a poruchy: mutismus, elektivní mutismus, surdomutismus
- Vady mluvidel: huhňavost, palatolálie
- Poruchy artikulace: dyslálie, dysartrie
- Poruchy hlasu: chraptivost, mutace
- Symptomatické vady a poruchy řeči (způsobení jiným primárním postižením)

4 Praktická část

4.1 Cíl práce a hypotézy

Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, zda a jaký má hiporehabilitace vliv na komunikaci osob s postižením.

Dílčí cíle

V rámci hlavního cíle jsem si zvolila 3 dílčí (pracovní) cíle.

- a) Potvrdit v odborné literatuře nedostatečně podložený fakt, že hiporehabilitace má pozitivní vliv na komunikaci.
- b) Zjistit souvislosti mezi změnou v komunikaci osoby s postižením, délkou využití hiporehabilitace¹, věkem a typem postižení osoby, která se hiporehabilitace účastní.
- c) Zjistit, zda je samotnými osobami s postižením hiporehabilitace vnímána jako účinný nástroj ke zlepšení kvality komunikace.

Hypotézy

V souvislosti s cílem práce, na základě prostudované odborné literatury a mé vlastní praktické zkušenosti v oblasti hiporehabilitace, jsem stanovila následující hypotézy:

Hypotéza 1: Hiporehabilitace má významný vliv na zlepšení kvality komunikace osob s postižením.

Hypotéza 2: Pozitivní vliv hiporehabilitace na komunikaci je výraznější u osob s mentální nebo psychickou poruchou než u osob s výhradně fyzickým postižením.

Hypotéza 3: Míra pozitivního vlivu hiporehabilitace na komunikaci osoby s postižením s nižším věkem klienta stoupá.

¹ „Délkou“ hiporehabilitace je zde v souvislosti s dotazníkem myšlena délka období, po kterou klient na hiporehabilitaci pravidelně dochází. Nejedná se o jednotlivou hiporehabilitační jednotku, která trvá 15-20 minut, jak je uvedeno v kapitole 2.4.1.

4.2 Metodika výzkumu

Použité metody

Pro účely testování hypotéz a primárního sběru dat jsem zvolila výzkumnou metodu dotazování - techniku dotazníku (viz příloha č. 1). Dotazník byl anonymní a obsahoval nejdříve otázky týkající se samotného respondenta, poté otázky k hodnocení klíčové problematiky – různých komponent komunikace, a nakonec obecný dotaz na přínosnost této metody. Dotazníky jsem osobně předávala jednotlivým klientům JK Počin přímo na místě pracoviště, a to během 2. a 3. týdne měsíce května 2010. Byl určen všem přímým účastníkům hiporehabilitace nebo jejich rodičům/vychovatelům (v případě, že přímý účastník nebyl z nějakého důvodu schopen dotazníku porozumět a vyplnit jej samostatně). Protože žádný z požadovaných vyplnění dotazníku neodmítl, bylo shromážděno 30 vyplněných dotazníků, které byly následně využity pro zpracování výsledku.

Charakteristika výzkumného souboru

Pilotním zkoumaným souborem byli klienti JK Počin. Jezdecký klub Počin (Dolní Počernice, Praha) byl založen v roce 2001 jako jeden z klubů občanského sdružení Počernická iniciativa - POČIN. Je členem České jezdecké federace, České hiporehabilitační společnosti a České asociace tělesně handicapovaných sportovců. V současné době se zde věnují hiporehabilitaci a jezdeckému výcviku dětí a mládeže, k čemuž užívají 6 koní plemen hucul, český teplokrevník, slovenský teplokrevník a anglický plnokrevník. Chod klubu zajišťuje šest stálých dobrovolníků. Jeho provozovatelé jsou držiteli pěti jezdeckých licencí, jedné trenérské licence a certifikátu Masarykovy univerzity v Brně, který je opravňuje provádět hipoterapii v podobě LPPJ.

Hiporehabilitace se pravidelně každý týden účastní klienti z těchto zařízení:

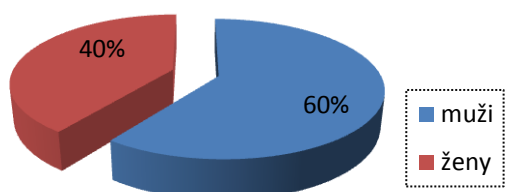
- Integrační centrum Zahrada
- Chráněná dílna Sv. Prokopa U červeného javoru
- UNIE ROSKA
- Centrum Paraple
- Dětské centrum Paprsek

Dále individuálně objednaní klienti s diagnózou ADHD, autismem, poúrazovými traumaty aj. (<http://jk-pocin.unas.cz/>).

4.3 Výsledky

Otázky charakterizující výzkumný vzorek respondentů:

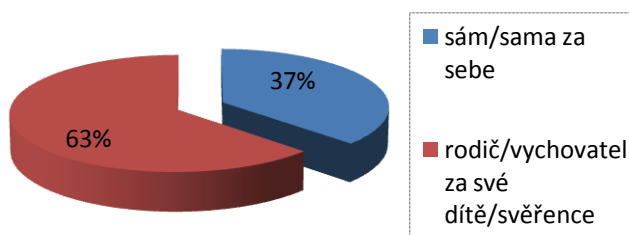
Graf 1: Struktura respondentů dle pohlaví



Dotazníkového šetření se zúčastnilo z celkového souboru 30 (100%) respondentů 12 (40%) žen a 18 (60%) mužů.

Zdroj: Vlastní výzkum

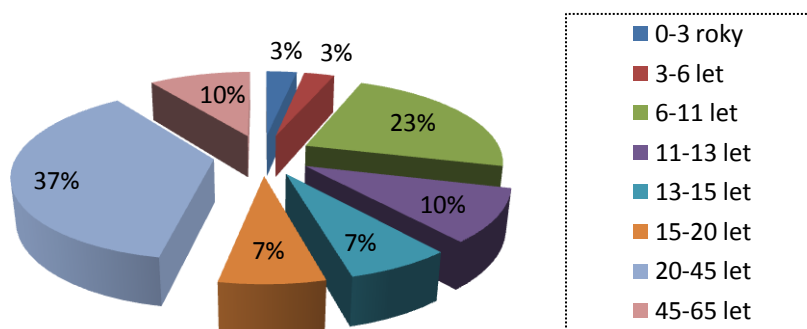
Graf 2: Rozlišení respondentů podle osoby, která vyplňovala dotazník



Dotazník vyplnilo z celkového souboru 30 (100%) respondentů 11 (37%) osob sami za sebe a 19 osob (63%) za své dítě/svěřence.

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3: Zařazení do věkové kategorie

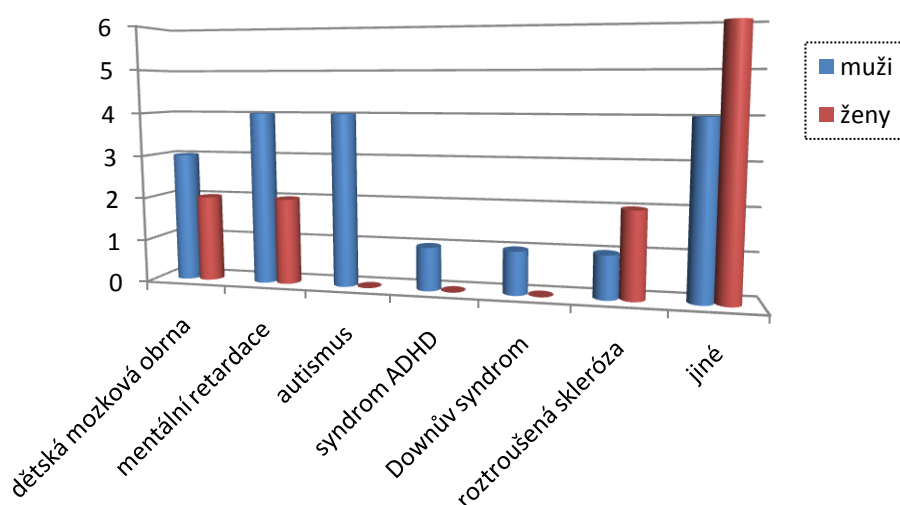


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf uvádí věkovou strukturu zkoumaného souboru podle jednotlivých vývojových období člověka (VÁGNEROVÁ, 2000):

- Batolecí období (0-3 roky) – 1 (3%)
- Předškolní věk (3-6 let) – 1 (3%)
- Mladší školní věk (6-11 let) – 7 (23%)
- Starší školní věk (11-13 let) – 3 (10%)
- Puberta (13-15 let) – 2 (7%)
- Adolescence (15-20 let) – 2 (7%)
- Dospělost (20-45 let) – 11 (37%)
- Pozdní dospělost (45-65 let) – 3 (10%)

Graf 4: Zastoupení účastníků hiporehabilitace podle jejich diagnózy a pohlaví



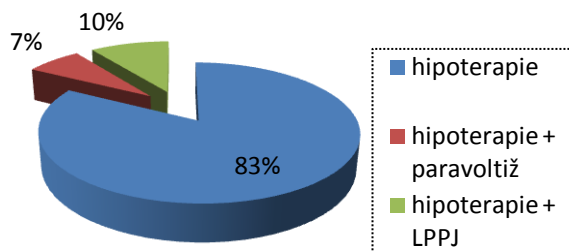
Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledkem získaných informací ohledně zastoupení jednotlivých diagnóz je následující členění: šetření se zúčastnilo 5 (17%) osob s dětskou mozkovou obrnou (2 ženy, 3 muži), 6 (20%) osob s mentální retardací, (2 ženy, 4 muži), 4 (13%) muži s autismem, 1 (3%) muž se syndromem ADHD, 1 (3%) muž s Downovým syndromem, 3 (10 %) osoby s roztroušenou sklerózou (2 ženy, 1 muž) a 10 (33%) osob (6 žen, 4 muži), které se zařadily do kategorie „jiné“, kde samostatně uvedli svou diagnózu (8x paraplegie, 1x hypotonie svalů, 1x svalová atrofie)².

Přestože byla v dotazníku rovněž uvedena možnost narušené komunikační schopnosti, žádný z účastníků šetření ji neoznačil jako jedinou svou diagnózu. Tvořila pouze součást diagnózy jiné. Proto ji v grafu neuvádím.

² Všechny tyto diagnózy spadají do poruch hybnosti a svalového napětí.

Graf 5: Forma hiporehabilitace, kterou klient využívá



Z výzkumného vzorku využívá 25 (83%) respondentů hipoterapii, 2 (7%) osoby hipoterapii současně s paravoltingem a 3 (10%) osoby hipoterapii a LPPJ.

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 6: Pravidelnost a celková délka účasti na hiporehabilitaci

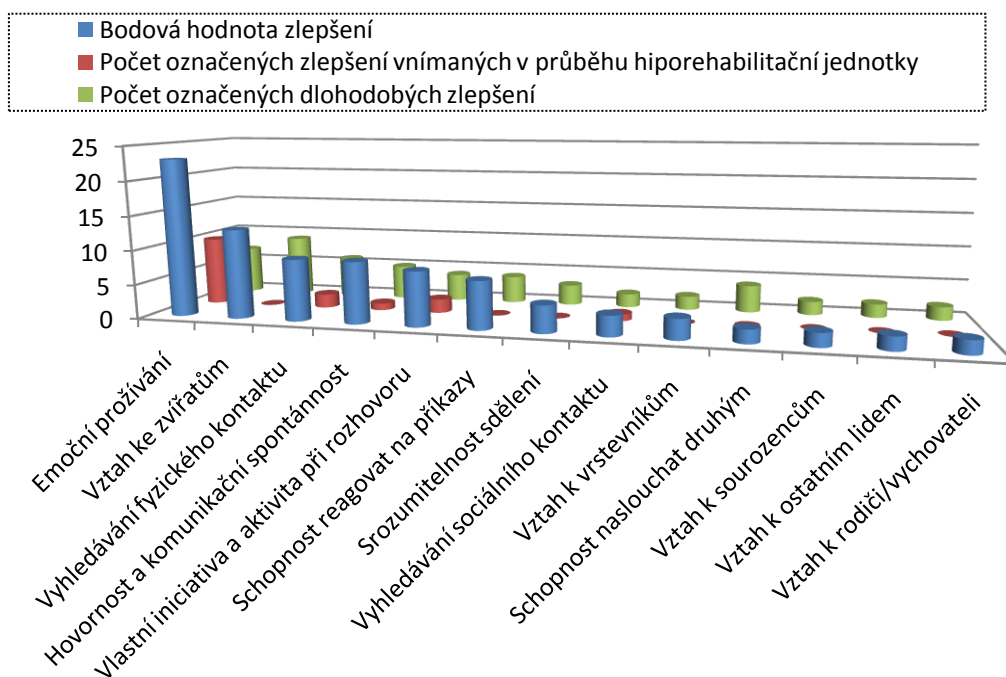


Zdroj: Vlastní výzkum

Na základě výpovědí uvedených v dotazníku lze klienty JK Počín rozdělit do 3 kategorií podle pravidelnosti a celkové délky účasti na hiporehabilitaci (dále HR): 13 (43%) osob HR využívá jen příležitostně, nepravidelně nebo se jí účastnili 4krát a méně. Druhou skupinu, 5 (17%) osob, tvoří ti, kteří dochází na HR pravidelně 1x týdně po dobu delší než 1 měsíc a kratší než 1 rok. Déle než 1 rok se HR 1x týdně účastní 12 (40%) osob.

Další část dotazníku se již týkala samotné komunikace a jejím jednotlivým faktorům. V dotazníku byly jednotlivé otázky uspořádány do tabulky, kterou zde nazývám „tabulka změn“.

Graf 7: Míra zlepšení a jeho trvání u jednotlivých komponent komunikace



Zdroj: Vlastní výzkum

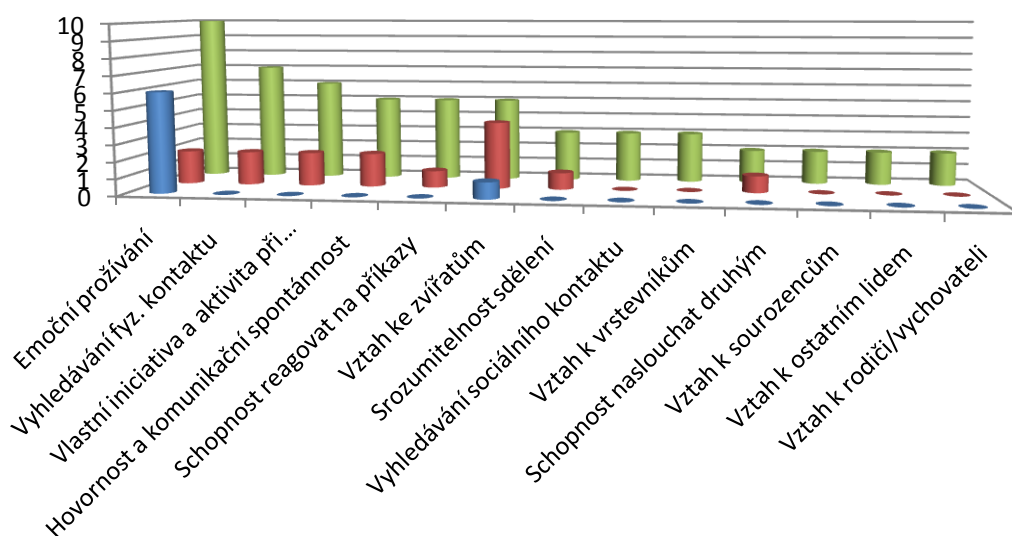
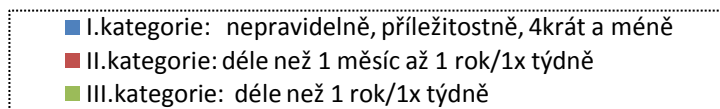
Ke každému stupni změny, kterou respondent označil v dotazníku, jsem přiřadila bodovou hodnotu: výrazné zhoršení = - 2, zhoršení = -1, beze změny = 0, zlepšení = 1, výrazné zlepšení = +2. Kromě jednoho případu, kdy bylo jednou označeno zhoršení ve schopnosti naslouchat druhým, se negativní hodnoty změny (neboli „výrazné zhoršení“ a „zhoršení“) vůbec nevyskytovaly. 8 respondentů označilo všechny komponenty jako „beze změny“.

Nejčastější zlepšení bylo respondenty vnímáno

1. v emočním prožívání respondenta – 23 bodů; pozitivní změna je jak krátkodobá – 10 (33%) osob ze všech účastníků, tak dlouhodobá – 7 (23%) osob
2. ve vztahu ke zvířatům – 13 bodů; zlepšení označeno jako jednoznačně dlouhodobé – 9 (30%) respondentů
3. v hovornosti a komunikační spontánnosti – 9 bodů; 1x (3%) jen v průběhu hiporehabilitační jednotky, 5x (17%) dlouhodobě
4. ve vyhledávání fyzického kontaktu – 9 bodů; 2 (7%) osoby hodnotily zlepšení jako krátkodobé a 6 osob jako dlouhodobé (20%)

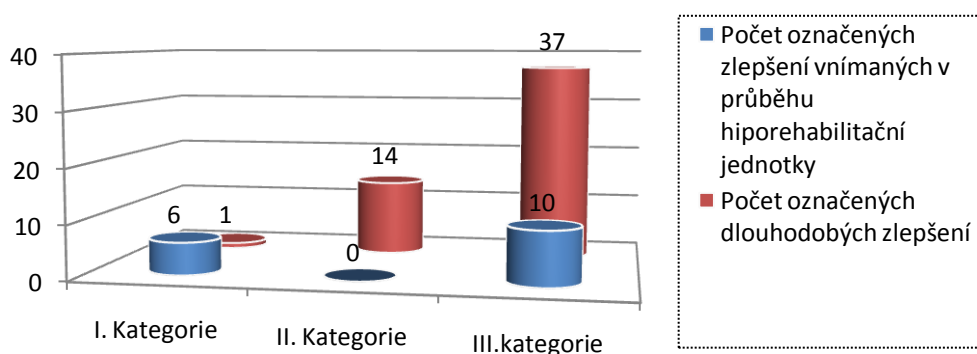
5. ve vlastní iniciativě a aktivitě při rozhovoru – 8 bodů; 2 (7%) osoby vnímají zlepšení jen v průběhu hiporehabilitační jednotky, 4 (13%) osoby dlouhodobě
6. ve schopnosti reagovat na příkazy – 7 bodů; trvání zlepšení bylo označeno pouze jako dlouhodobé čtyřmi osobami (13%)

Vliv délky využívání HR na změnu jednotlivých komponent komunikace a její trvalost - graf 8a:



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8b:



Zdroj: Vlastní výzkum

Pro jednotlivé kategorie uvádí zobrazené grafy tato zjištění:

I. Kategorie (osoby účastníci se HR příležitostně, nepravidelně nebo 4krát a méně)

- ze 13ti (43% z celkového počtu účastníků šetření) osob z této kategorie (viz graf č. 6) nevnímalo v ničem 6 (46% z této kategorie – takto i dále) osob žádnou změnu, ostatních 7 (54%) osob zaznamenalo zlepšení pouze v emočním prožívání (6x – 46%) a vztahu ke zvířatům (1x – 8%)
- krátkodobost změny převládá nad dlouhodobostí v poměru 6:1

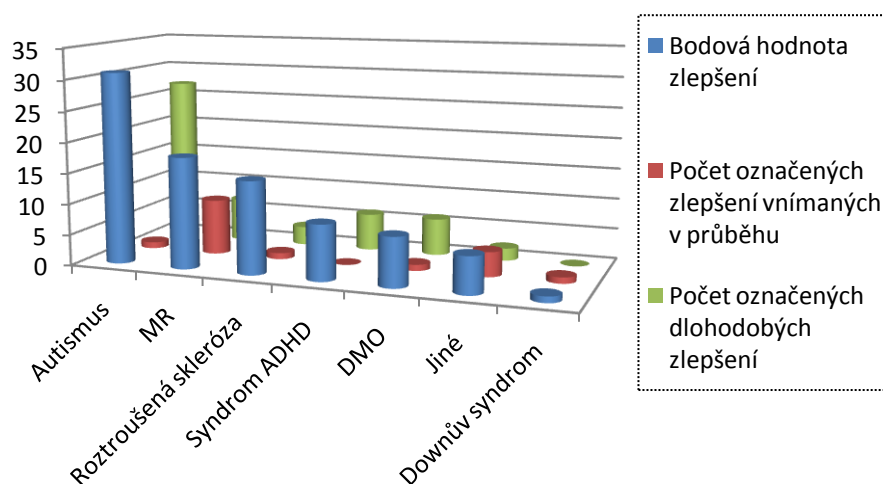
II. Kategorie (pravidelně 1x týdně po dobu delší než 1 měsíc a kratší než 1 rok)

- kromě komponent sociální kontakt a vztah k rodiči/vychovateli, sourozencům/vrstevníkům/ostatním lidem, kde nebyla označena žádná změna, u všech ostatních složek bylo zlepšení označeno jednou až 2x; nejčastěji uvedené zlepšení se projevilo ve vztahu ke zvířatům (4x - 80%)
- zaznamenaná zlepšení byla pouze dlouhodobá (14x)

III. Kategorie (pravidelně 1x týdně déle než 1 rok)

- zlepšení bylo vnímáno u každého z komponent, nejčastěji 2x – 5x; 6x (50% z této kategorie) bylo označeno zlepšení ve vlastní iniciativě a aktivitě při rozhovoru, 7x (58%) ve vyhledávání fyzického kontaktu a 10x (83%) u emočního prožívání
- 10x bylo u zlepšení uvedeno krátkodobé trvání, 37x bylo zlepšení pozorováno dlouhodobě

Zlepšení v komunikaci a jeho trvalost v rámci jednotlivých diagnóz - graf 9a:



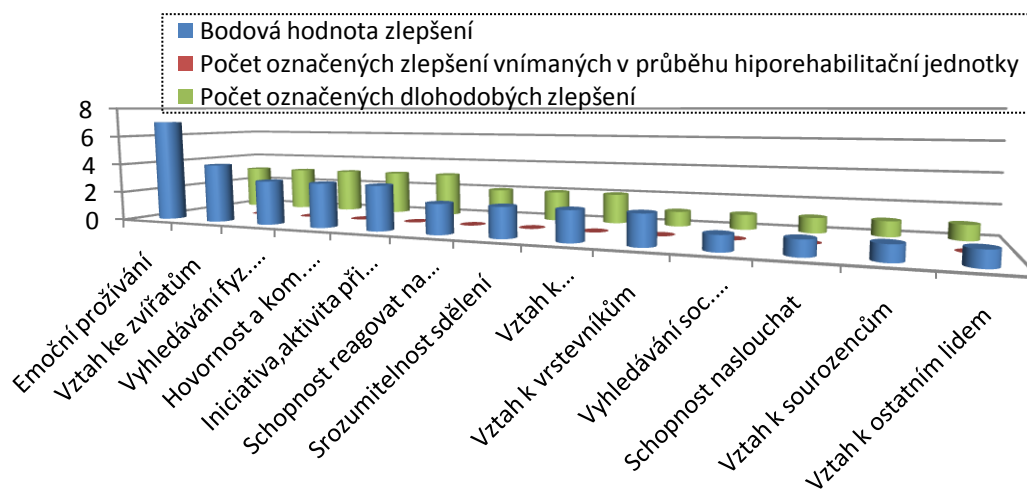
Zdroj: Vlastní výzkum

Ke každému stupni změny jsem opět přiřadila bodovou hodnotu (viz graf 7). Kromě jednoho případu (autismus), kdy bylo jednou označeno zhoršení ve schopnosti naslouchat druhým, se negativní hodnoty změny vůbec nevyskytovaly. Možnost „beze změny“ u všech komponent byla označena celkem 8x (27% z celkového počtu respondentů): jednou u osoby s roztroušenou sklerózou, 1x u osoby s DMO, 1x u osoby s MR a 5x u osob z kategorie „jiné“.

Z grafu lze vyčíst, že největší bodová hodnota změny se týká autismu (31 bodů), následuje mentální retardace (18 bodů), roztroušená skleróza (15 bodů), ADHD s 9 body, DMO s 8 body, kategorie „jiné“ (6 bodů) a Downův syndrom (1 bod). Co se týká dlouhodobosti zlepšení, v průběhu hiporehabilitační jednotky bylo zlepšení označeno 17x, nejčastěji osobami s mentální retardací (9x). Dlouhodobé zlepšení v komponentech komunikace bylo respondenty pozorováno 51krát, nejčastěji u autismu (27x), mentální retardace (7x), syndromu ADHD (6x) a DMO (6x).

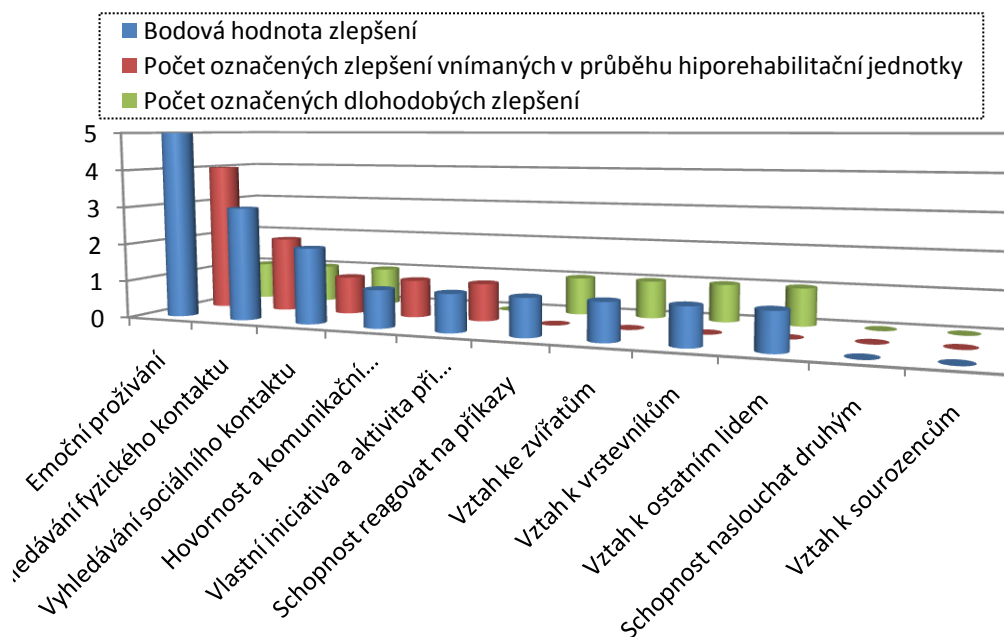
Aby bylo možné blíže specifikovat, na které aspekty komunikace má HR pozitivní vliv u kterého typu postižení, a případně tak poskytnout podklady pro další výzkum, zpracovala jsem získané informace do dalšího grafu, jenž zobrazuje, které komponenty komunikace konkrétně byly HR osloveny v rámci diagnóz s největším zlepšením – autismus a MR. (Přestože u osob s roztroušenou sklerózou byla bodová hodnota zlepšení na 3. místě, nebudu ji hlouběji rozpracovávat, protože vzhledem k tomu, že se jednalo pouze o 3 osoby – graf 4, z nichž jen 2 označily nějakou změnu, považuji výsledek jen za orientační.)

Graf 9b: Autismus



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9c: Mentální retardace



Zdroj: Vlastní výzkum

U všech 4 osob s autismem (graf 9b), které se šetření účastnily (viz graf 4), se zlepšení týká všech zkoumaných aspektů komunikace, nejvíce však emočního prožívání (7 bodů), vztahu ke zvířatům (4 body) a po 3 bodech hodnoceného vyhledávání fyzického kontaktu, hovornosti a komunikační spontánnosti, vlastní iniciativy a aktivity při rozhovoru. U všech zlepšení byla pozorována jeho dlouhodobost, navíc u emočního prožívání také i krátkodobý vliv.

Mezi 5ti respondenty s mentální retardací (graf 9c) 1 osoba označila u všech komponentů stav „beze změny“, ostatní 4 vnímaly zlepšení nejvíce ve svém emočním prožívání (6 bodů), vyhledávání fyzického kontaktu (3 body) a sociálního kontaktu (2 body), přičemž zde vždy převládala krátkodobá změna nad dlouhodobou.

Hovornost s vlastní iniciativou v rozhovoru zaznamenaly malé zlepšení (1 bod), které se týkalo pouze momentu provádění HR. Žádný vliv nebyl pozorován u schopnosti naslouchat druhým a vztahu k sourozencům. U zbývajících aspektů se malé zlepšení (1 bod) týkalo dlouhodobé změny.

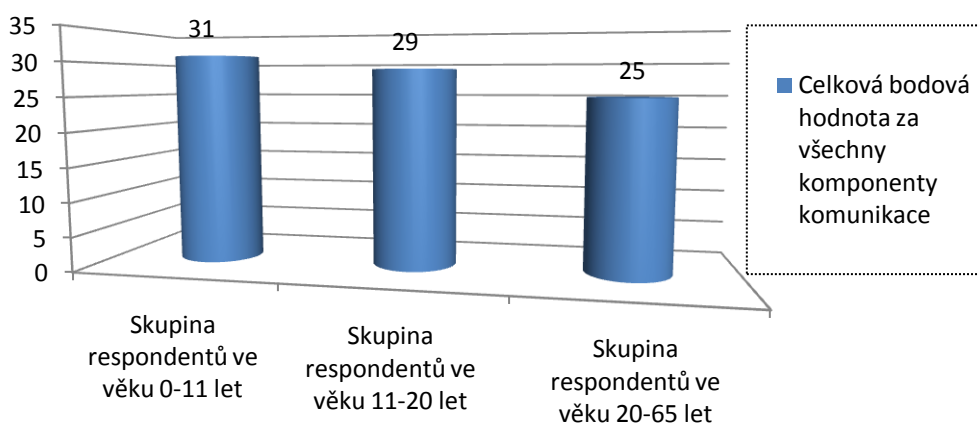
Vliv věku respondenta na zlepšení u jednotlivých komponentů komunikace

Na základě výpovědí uvedených v dotazníku byli pro jednodušší grafické zpracování klienti JK Počin rozděleni do 3 věkových skupin:

- 1.skupina: osoby ve věku 0-11 let
- 2.skupina: osoby ve věku 11-20 let
- 3.skupina: osoby ve věku 20-65 let

Ke každému stupni změny, kterou respondenti označili v dotazníku, jsem opět přiřadila bodovou hodnotu. Kromě jednoho případu, kdy bylo jednou označeno zhoršení ve schopnosti naslouchat druhým, se negativní hodnoty změny (neboli „výrazné zhoršení“ a „zhoršení“) vůbec nevyskytovaly.

Graf 10a:



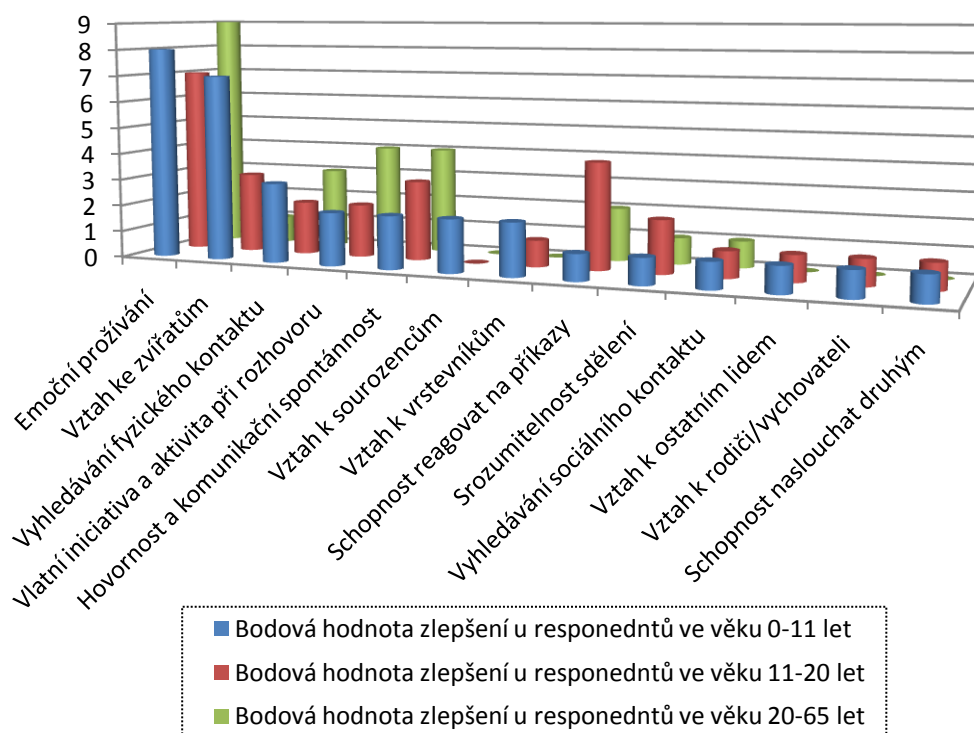
Zdroj: Vlastní výzkum

Ve věkové skupině 0-11 let je na základě výsledků uvedených v grafu zřejmé, že se nejvyšší bodové hodnoty zlepšení týkají emočního prožívání (8 bodů) a vztahu ke zvířatům (7 bodů). Ostatní komponenty sice také zaznamenaly změnu (kromě schopnosti naslouchat druhým), ta se ale pohybuje nejčastěji kolem 2 bodů.

Mezi respondenty ve věku od 11 do 20 let se největší zlepšení rovněž týká emočního prožívání (7 bodů) a dále srozumitelnosti sdělení (4 body). Ostatní komponenty (kromě vztahu k sourozencům s 0 body) se opět jejich bodové ohodnocení blíží 2 bodům.

Poslední věková skupina, 20-65 let, vykazuje největší zlepšení opět v emočním prožívání (9 bodů), poté následuje vlastní iniciativa a aktivita při rozhovoru (4 body), hovornost a komunikační spontánnost (4 body). Oproti předchozím dvěma skupinám se žádného bodu nedostalo pěti komponentům (schopnost naslouchat druhým, vztah k sourozencům/vrstevníkům, ostatním lidem a rodiči/vychovateli).

Graf 10b:



Zdroj: Vlastní výzkum

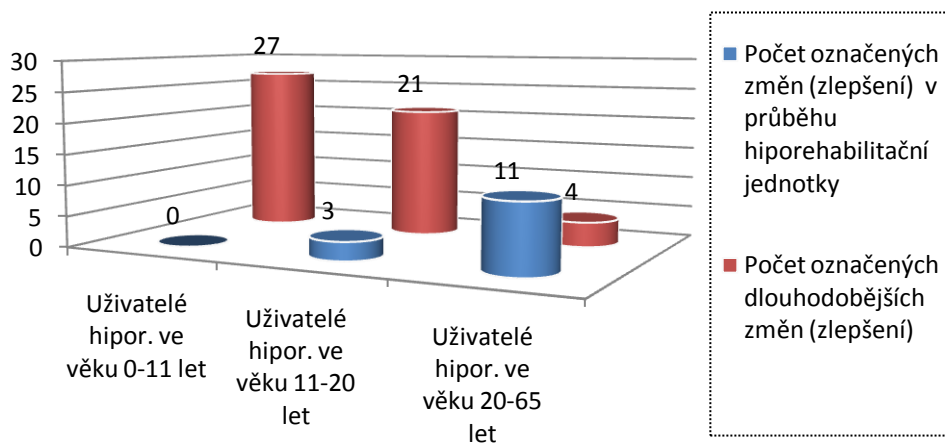
Napříč věkovými skupinami lze pozorovat výraznější rozdíly především ve schopnosti reagovat na příkazy (výrazněji nejvyšší je hodnota zlepšení u osob ve věku 11-20 let), vztahu ke zvířatům a také k sourozencům, kde je výrazněji vyšší hodnota zlepšení u osob ve věku 0-11 let.

Celkový součet bodových hodnot zlepšení v rámci jednotlivé věkové skupiny je nejvyšší u respondentů ve věku 0-11 let (31 bodů) a u dalších skupin postupně mírně klesá - 29 bodů u osob 11-20 let, 25 bodů u osob ve věku 20-65 let.

Graf 11: Vliv věku respondenta na trvalost zlepšení komponent komunikace

Tento poslední graf, který se týká „tabulky změn“, znázorňuje vliv věku uživatele HR na dlouhodobost dosaženého zlepšení komponent komunikace.

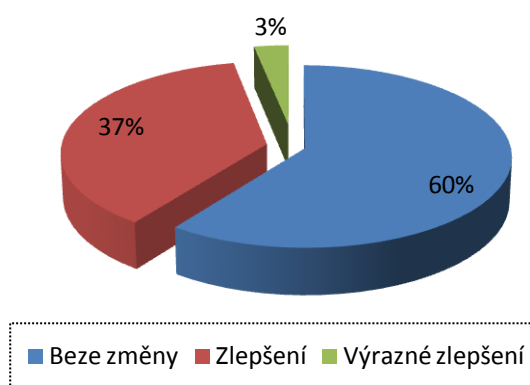
Byla-li osoba mladší 11-ti let, byly označovány změny v komponentech komunikace pouze jako dlouhodobé (27x). U respondentů ve věku 11-20 let byl poměr krátkodobé a dlouhodobé změny 3:21. Osoby starší 20-ti let vnímali změnu častěji (11x) jako krátkodobou než dlouhodobou (4x).



Zdroj: Vlastní výzkum

Závěr dotazníku tvořilo hodnocení celkové komunikace účastníka HR a obecná otázka na názor o přínosnosti HR pro zlepšení kvality komunikace u osob s postižením.

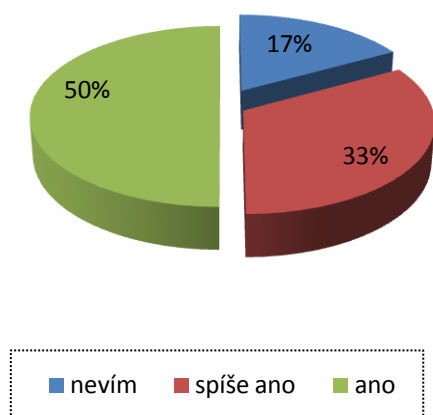
Graf 12: Změna celkové komunikace v závislosti na věku účastníka HR



Mezi všemi respondenty nebyl nikdo, kdo by označil zhoršení své celkové komunikace nebo komunikace svého dítěte/svěřence. Žádnou změnu celkové komunikace označilo ze všech zúčastněných 18 (60%) respondentů, zlepšení se týkalo 11ti (37%) osob a výrazné zlepšení označil 1 (3%) respondent.

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 13: Přínosnost HR pro zlepšení kvality komunikace u osob s postižením



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf odpovídá na otázku, zda dotazovaní uživatelé HR obecně vnímají tuto metodu jako přínosnou pro zlepšení kvality komunikace u osob s postižením.

5 (17%) osob nedovedlo přínosnost posoudit, 10 (33%) hodnotí HR jako spíše přínosnou a 15 (50%) ji vidí jako jasně přínosnou. Nikdo neoznačil žádnou z nabízených záporných odpovědí.

4.4 Diskuze

Ve své práci jsem zjišťovala, zda má HR skutečně vliv na zlepšení v komunikaci u osob s postižením a jaké faktory se podílejí na jeho významu. Stanovené hypotézy jsem ověřovala využitím dotazníku, díky čemuž jsem získala mnoho informací o struktuře výzkumného vzorku respondentů a především o působení HR na osoby s různými typy postižení a různého věku.

Dotazník vyplnilo celkem 30 (100%) respondentů, z toho 12 (40%) žen a 18 (60%) mužů (graf 1). Zastoupení obou pohlaví tedy bylo víceméně vyrovnané. Z účastníků šetření dotazník vyplňovalo 11 (37%) osob sami za sebe a 19 osob (63%) za své dítě/svěřence (graf 2). Ve druhém případě byl příčinou „zástupného“ vyplňování buď nízký věk účastníka HR (neuměl ještě dostatečně číst, psát a pochopit daný text) nebo závažnost jeho postižení znemožňující mu tuto činnost vykonat samostatně.

Protože je hiporehabilitační zařízení JK Počin přístupné všem klientům bez rozdílu věku, byl zkoumaný vzorek osob tvořen zástupci všech věkových skupin od batolecího období po pozdní dospělost (graf 3). Mírně překvapivé pro mě bylo zjištění, že největší zastoupení měla skupina dospělých, tj. osoby ve věku 20-45 let, do

níž se zařadilo 11 (37%) osob, protože pro HR jsou nejčastěji indikovány děti. Klienty JK Počinu byly dokonce i 3 (10%) osoby starší 45 let. Druhou nejpočetnější věkovou skupinou byly osoby ve věku 6-11 let, tedy mladší školní věk, kterých bylo 7 (23%). Naopak nejméně zastoupené bylo batolecí a předškolní období (u obou skupin 1 osoba – 3%). Na tomto věkovém složení respondentů je možné vidět, že kůň (resp. jízda na něm) má přínos pro člověka v každém věku. Pro výzkum byla tato věková pestrost velkým přínosem, protože bylo možné pozorovat vliv účasti na HR nejen vzhledem k délce jejímu využívání, ale také v souvislosti s věkem respondenta (grafy 10 - 12).

Během šetření jsem měla možnost se setkat s osobami se všemi nejčastějšími typy postižení, která jsou v literatuře uváděna jako indikace pro HR (viz kapitola 2.4.2). Z oblasti tělesných postižení vzniklých na základě poškození CNS se jednalo o DMO (5 osob - 17%), roztroušenou sklerózu (3 osoby – 10%), paraplegii, hypotonii svalů a svalovou atrofii – v dotazníku uvedeno jako kategorie „jiné“ - (celkem 10 osob – 33%). Pro celkový rozvoj osobnosti zde byl prostor kromě fyzioterapeutického působení i na pedagogické či psychoterapeutické, které se týká především osob s autismem (4 osoby - 13%), mentální retardací (6 osob - 20%), syndromem ADHD (1 osoba - 3%) a Downovým syndromem (1 osoba - 3%). Rovněž toto poměrně velké spektrum uvedených diagnóz klientů ukazuje jedinečnost a téměř univerzálnost využití koní k léčbě. (V rámci všech typů postižení převažuje ženské pohlaví nad mužským pouze v případě osob s roztroušenou sklerózou a v kategorii „jiné“. Naopak osoby s autismem, syndromem ADHD a Downovým syndromem byly jen muži.)

Všichni klienti JK Počin využívají hipoterapii, z toho 2 osoby ještě navíc paravoltiž a 3 osoby LPPJ (graf 5). Všichni tedy nechávají koně pozitivně působit na své motorické schopnosti a dovednosti, udržování rovnováhy a celkovou fyzickou kondici, jak jsou popsány fyziologické cíle terapie prováděné za asistence koně (www.deltasociety.org). Vzhledem k tomu, že osobnost koně působí na klienta velice silně terapeuticky i během pouhé „procházky“ (napomáhá např. psychické stimulaci, rozvoji sociální komunikace a určitému stupni samostatnosti v uspokojování potřeb bezpečí a jistoty), a je-li navíc toto působení podporováno přítomným terapeutem a možnostmi pro klienta strávit několik chvil po lekci s koněm, postačuje hipoterapie, jakožto forma HR, ve všech případech. Na základě projeveného zájmu klienta (jeho zástupců) pak je možné připojit k hipoterapii také LPPJ či paravoltiž, dovoluje-li mu to jeho zdravotní stav.

Protože právě v době provádění výzkumu probíhal v Praze rehabilitační pobyt pořádaný organizací Unie ROSKA, měla jsem možnost oslovit i příležitostné klienty, kteří se HR účastnili jako jedné z aktivit plánovaných právě pro účastníky tohoto pobytu (někteří z nich se jí účastnili dokonce poprvé v životě). To je důvodem, proč největší podíl osob účastnících se HR tvoří vzhledem k pravidelnosti a celkové délce účasti právě tato skupina (graf 6), kterou jsem odlišila jako I.kategorii (13 osob – 43%). Dále do ní spadaly osoby, které se HR účastnily sice pravidelně, ale dosud ne častěji než 4krát. Z ostatních pravidelných účastníků (1x týdně) jich 5 (17%) využívá hipoterapii déle než 1 měsíc a méně než 1 rok a 12 (40%) zbylých osob navštěvuje ze stejného důvodu JK Počin již déle než 1 rok.

Klíčové poznatky pro tuto práci lze vyčíst především z grafů 7-13, které se již dotýkají přímo problematiky komunikace. Komunikace, jakožto základní druh sociální interakce, totiž neprobíhá pouze mezi lidmi, ale i mezi člověkem a koněm.

Graf číslo 7 jasně ukazuje, že HR má pozitivní vliv na naprosto všechny zkoumané komponenty komunikace a u všech je tento vliv dlouhodobý (u některých zároveň i krátkodobý, ale v menší míře). Největší zlepšení se projevilo na emočním prožívání účastníků HR. Oproti ostatním komponentům lze v tomto případě pozorovat jedinou výjimku týkající se dlouhodobosti tohoto vlivu – převažuje zde spíše krátkodobý. To podporuje tvrzení, že vztah s koněm je pro člověka skutečně velice silně emočně nabitý (HOLLÝ, 2005, s. 36). Další významná zlepšení byla zaznamenána ve vztahu k samotným zvířatům (pouze dlouhodobý vliv), vyhledávání fyzického kontaktu, v hovornosti a komunikační spontánnosti, při vyvíjení vlastní iniciativy a aktivity při rozhovoru a schopnosti reagovat na příkazy (u všech převažuje dlouhodobý vliv nad krátkodobým). Tyto zjištěné údaje potvrzují, že interakce člověka s koněm je pro lidskou komunikaci a prožívání skutečně přínosná a obohacující, především po emoční stránce, a to jak v danou chvíli, tak i později po ukončení setkání.

Dále jsem zjišťovala vliv délky využívání HR na změnu jednotlivých komponent komunikace a její trvalost. Ukázalo se (graf 8a), že u osob, které využívají HR nepravidelně, pouze příležitostně nebo pravidelně 1x týdně, ale doposud méně než 5x, má tato metoda vliv (pozitivní) pouze na jejich emoční prožívání a mírně také na vztah ke zvířatům. U další skupiny osob - těch, kteří se HR účastní déle než 1 měsíc a méně než 1 rok pravidelně 1x týdně – bylo pozorovatelné mírné zlepšení u více než

poloviny zkoumaných komponent komunikace, nejvíce však ve vztahu ke zvířatům. Nejvýraznější je v této souvislosti skupina osob, které jsou pravidelnými klienty déle než 1 rok. Graf ukazuje, že zlepšení zde nastalo u všech položek, nejvíce v emočním prožívání, dále ve vyhledávání fyzického kontaktu, vlastní iniciativě a aktivitě při rozhovoru, hovornosti a komunikační spontánnosti, schopnosti reagovat na příkazy a ve vztahu ke zvířatům. Z toho je patrné, že čím déle se daná osoba pravidelně účastní HR, tím více se zvyšuje pravděpodobnost zlepšení ve více komponentech komunikace a pozitivní vliv této metody je tedy širší.

Toto platí i v souvislosti s trvalostí tohoto zlepšení (graf 8b). U nepravidelných, sporadických návštěv hiporehabilitačního zařízení je zlepšení v komunikaci především dílem daného okamžiku. Jakmile ale daná osoba začne na hipoterapii docházet pravidelně, již po jednom měsíci je možné pozorovat změnu i po skončení hiporehabilitační jednotky, a toto se zlepšení s délkou rehabilitace zvyšuje, přičemž se zde neztrácí ani okamžitý vliv. Čím déle tedy osoba pravidelně využívá tohoto typu kontaktu s koňmi, tím je změna trvalejší.

V úvodní části dotazníku jsem vedla účastníky výzkumu k tomu, aby uvedli, jakou mají diagnózu, protože mě zajímalo, zda se vliv HR na změnu v komunikaci nějak liší podle typu postižení. Z grafu 9a vyplývá, že zlepšení v komunikaci nastalo v různé míře u všech typů diagnóz, přestože každá řeší své specifické problémy, které se také v různé míře týkají komunikace. Největší se zlepšení však týkalo osob s autismem. Dále sestupně následovali respondenti s mentální retardací, roztroušenou sklerózou, syndromem ADHD, DMO, poruchami hybnosti a nakonec Downovým syndromem. Protože ale ve výzkumném vzorku byla osoba s Downovým syndromem jen jedna a stejně tak u syndromu ADHD (viz graf 4), nemá výsledek u těchto diagnóz dostatečnou vypovídací hodnotu. Obě sice vykazují potenciál pro zlepšení, ale pro jeho potvrzení by bylo potřeba uskutečnit další šetření s vyšším počtem osob s tímto typem postižení. Kromě diagnózy Downův syndrom, jejíž výsledek není v tomto výzkumu početně dostatečně podepřený, lze pozorovat nejmenší vliv na zlepšení komunikace u poruch hybnosti a dětské mozkové obrny (ze 7 osob, které v dotazníku neuvedly v ničem změnu žádnou, 6 spadá právě do těchto dvou kategorií). Domnívám se, že to je proto, že u těchto postižení není komunikace klíčovou problémovou oblastí, takže zde ani nemůže být žádná výraznější změna očekávána. HR pro ně tedy má svůj přínos především jako forma fyzioterapie při léčbě jejich pohybových potíží.

Zmíněné výrazné zlepšení u osob s autismem je především dlouhodobé. I u ostatních diagnóz výrazně převažuje dlouhodobost změny (kromě mentální retardace a poruch hybnosti, kde mírně převažuje okamžitý účinek nad dlouhodobějším). Z výsledků lze odvodit, že HR má pozitivní vliv na komunikaci osob s jakýmkoli typem postižení, které zde bylo hodnoceno, nejvýrazněji (co se týká míry i dlouhodobosti) však na osoby s autismem a mentální retardací.

Podle definic zasahuje autismus nejnápadněji právě do oblasti komunikace - „porucha socializace, neschopnost navazování a prožívání mezilidských vztahů, spojená se zpravidla závažnou poruchou komunikačních schopností“ (ŠVARCOVÁ, 2003, s. 132). Problémy v oblasti komunikace jsou propojeny s problémy v sociálních vztazích. Přestože osoba s autismem je schopná mluvit, vnímá, zpracovává a využívá podněty stejně jako ostatní lidé, nemá většinou motivaci mluvit, protože nechápe význam vzájemné komunikace (JELÍNKOVÁ, 1999). Kontakt s koněm v podobě hiporehabilitační metody tedy přímo a dlouhodobě oslovuje tento problém a může být velice silným nástrojem při snaze o jeho řešení (graf 9b). Nejvíce se podílí na oživení oslabené emotivity a to jak okamžitě, tak s dlouhodobějším trváním, což může vést k probuzení jinak ploché mimiky a chybějící gestikulace. Dále pomáhá osobě s autismem vytvořit a pochopit vztah – v tomto případě se zvířetem (koněm), vede k větší komunikační spontánnosti, vyvolává vlastní chuť k rozhovoru. Kromě toho, že přispívá k rozšíření omezeného okruhu zájmů, probouzí také zájem o vztah s dalšími lidskými bytostmi. A co je také velmi významné, všechny tyto posuny k lepšímu nejsou jen otázkou okamžiku, ale přetrvávají i po skončení hiporehabilitační jednotky po návratu do obvyklého prostředí, takže je možné na ně dále navázat a podporovat tak další osobnostní vývoj osoby s autismem.

Tato zjištění mě velice potěšila. Myslím, že vzhledem k nesporně významnému přínosu HR v komunikaci osob s autismem by bylo dobré uskutečnit další podobné šetření zaměřené ale pouze na osoby s autismem, které by lépe zmapovalo možnosti vlivu HR v této oblasti a pokusilo se i stanovit, jak s pozitivními změnami dále pracovat, aby se ještě více prohloubil jejich účinek a trvalost.

Podobně i diagnóza mentální retardace by si „zasloužila“ další podrobnější výzkum. Trvalé snížení poznávacích schopností osob s MR velice nepříznivě působí právě na sociální vztahy člověka. Ze sociálního kontaktu s vrstevníky převažují spíše negativní zkušenosti (posměch, ignorování). Na svou uvědomovanou odlišnost může

reagovat různými neurotickými až destruktivními způsoby, postoji a chováním, které nepřijímající postoje okolí ještě podpoří. Zpomalený vývoj a nedokonalost řeči následně ovlivňuje celkový průběh psychického vývoje osoby s MR. Nedostatek podnětů brzdí rozvoj vnímání a myšlení, a tím prohlubuje retardaci. Neznámé či nové prostředí, osoby, podněty nebo úkoly často vyvolávají neadekvátní strach a úzkost, což se samozřejmě promítá i v komunikaci (ŠVARCOVÁ, 2003). HR přináší lidem s MR možnost pobýt v přítomnosti jiné živé bytosti - koně, který je v podstatě svou neutralitou přijímá bez odsuzování takové, jací jsou. V přátelském prostředí mohou spolu s koněm a dalšími lidmi snáze překonat svůj strach a úzkost, zlepšit pohybovou koordinaci, naučit se zvládat svou impulzivnost a hyperaktivitu nebo naopak změnit zpomalenost chování. Kontakt s koněm také přináší mnoho příležitostí pro učení se větší samostatnosti. K tomu všemu může být dobrým základem hiporehabilitací způsobené a tímto výzkumem prokázané zlepšení v emočním prožívání, vyhledávání fyzického a sociálního kontaktu, hovornosti a vlastní iniciativě při rozhovoru (graf 9c).

Dalším tématem, které mě zajímalo, byla souvislost mezi změnou v komunikaci a věkem osoby s postižením, která se HR účastní. Domnívala jsem se, že zlepšení v komunikaci se bude výrazně lišit při porovnání věkových skupin a bude přímo úměrné klesajícímu věku, tedy že největší podíl pozitivní změny bude u dětí a nejmenší u dospělých osob, protože vývoj dětí ještě není dokončen a měly by tedy být touto terapií snadněji ovlivnitelné. Navíc děti obecně reagují na přítomnost zvířete silněji. Výsledky šetření sice tento předpoklad potvrdily (graf 10a), ale ne v takovém rozsahu, jak jsem očekávala. Skutečně nejvíce zlepšení bylo zaznamenáno u osob ve věku 0-11 let a nejméně u osob starších 20 let, ale očekávané rozdíly nebyly tak markantní. To je vlastně velice pozitivní zjištění, protože ukazuje, že žádná věková skupina není vyloučena z pozitivního vlivu HR na komunikaci a můžou jím být účinně zasaženi lidé všeho věku.

Stejně jako ve všech předchozích měřeních, i z tohoto pohledu převyšuje zlepšení v emočním prožívání všechny ostatní komponenty, a to ve všech věkových skupinách (graf 10b). Dále ve skupině zahrnující děti ve věku batolat, předškolního a mladšího školního věku (tedy souhrnem 0-11 let) má 2. největší význam zlepšení vztahu ke zvířatům (i vzhledem ke dvěma zbývajícím věkovým skupinám), což je pochopitelné, neboť, jak jsem již zmiňovala, děti reagují na zvířata častěji a silněji než dospělí. U

všech ostatních komponent došlo sice také ke zlepšení, ale ne nijak zásadnímu.

U dětí staršího školního věku a mladistvých v období puberty a adolescence je kromě emočního prožívání nejvýraznější zlepšení ve schopnosti reagovat na příkazy, a to dokonce i v porovnání s druhými dvěma věkovými skupinami. Přestože nelze vzhledem k malému vzorku tento výsledek zobecňovat, nabízí vysvětlení vývojová psychologie – pro tuto věkovou kategorii je typický negativismus, vzdor vůči dospělým a jejich příkazům. Vlivem HR se však mohou tyto tendence zmírňovat a jedinci mohou být k příkazům tolerantnější a vnímavější. Kromě vztahu k sourozencům, kde nebylo zaznamenáno žádné zlepšení, má HR mírný pozitivní vliv i na všechny ostatní komponenty komunikace.

Dospělí klienti JK Počin starší 20-ti let mě překvapili tím, že uvedli jako další významné zlepšení v oblasti vlastní iniciativy a aktivity při rozhovoru, hovornosti a komunikační spontánnosti (dokonce více než předchozí 2 skupiny!). Z toho usuzuji, že koně a celkově i prostředí, kde je HR prováděna, má za následek uvolnění jakési strnulosti a obav v sebeprojevení a naopak vede ke zvýšené spontaneitě, která se projeví nejvíce právě prostřednictvím komunikace. Další větší zlepšení u nich nastalo ve vyhledávání fyzického kontaktu. Při provádění HR je určitý mezilidský kontakt nevyhnutelný (například pomoc při nasedání na koně a sesedání z něj, přidržování klienta na hřbetě koně či upravování jeho sedu vedle jdoucím terapeutem). Navíc velice významný podíl terapeutického vlivu spočívá právě v tom, že klient sedí na neosedlaném koni, čímž mnohem lépe vnímá jeho pohyb a teplo jeho těla. Někdy na něm provádí i cviky, které vyžadují, aby se koně dotýkal třeba dlaněmi nebo dalšími částmi těla (viz kapitola 2.5.4). Veškerý tento kontakt je často příjemný, přináší s sebou pomoc a je myslím dalším velkým přínosem HR, že je možné jej zprostředkovat právě osobám, které na něj buď nejsou příliš zvyklé, nebo se s ním setkaly převážně v ohrožujících či nepříjemných situacích.

Nepřekvapivým zjištěním bylo, že žádný z dospělých nezaznamenal žádnou změnu ve vztahu k druhým lidem a schopnosti naslouchat druhým. Vysvětluji si to tím, že lidé v dospělém věku většinou mají základní vztahy a svůj individuální způsob vztahování se k druhým již více méně pevně vytvořený a zpevněný zkušenostmi, takže HR zde již nemá příliš prostoru pro změnu „zajetých kolejí“.

Co se týká trvalosti všech zlepšení v komunikaci (graf 11), u dětí do 11ti let je změna výhradně dlouhodobá. U dětí tedy nespočívá jejich „tvárnost“ daná ještě

neukončeným vývojem v četnosti zlepšení, jak jsem se domnívala (viz výše), ale v jeho trvání, a to je myslím velice pozitivní zjištění pro další terapeutickou práci s dětmi a jejich socializací. Je tedy více než vhodné, aby se dítě do HR zapojilo co nejdříve (samozřejmě s ohledem na jeho zdravotní stav a potřebnou zralost). Podobná je situace i u starších dětí a dospívajících, kde dlouhodobost změny velice výrazně převažuje nad krátkodobostí. Opět nepřekvapuje, že u dospělých je situace obráceně, tedy že zlepšení se týká spíše okamžiku, kdy je HR prováděna, případně krátce po jejím ukončení. Většinou totiž jejich psychomotorický vývoj již přirozeně nedosahuje takové rychlosti, která je typická pro dětství a dospívání a komunikační vzorce bývají již ustálené. To, že je výsledek spíše krátkodobý však neznamená, že je méněcenný. I toto zjištění lze využít ve prospěch dospělých s postižením, pro které může být HR svým psychosociálním působením minimálně velkým obohacením, zpestřením jejich životů, zdrojem radosti a nových přátel.

Pokud uvažujeme nad komunikací celostně, bez rozdělení do nějakých dílčích aspektů, jak tomu bylo doposud („tabulka změn“), její výrazné zlepšení nebo zlepšení vnímalo z celkového počtu 30ti účastníků šetření 12 osob (40%), jak ukazuje graf 12. V komentáři ke grafu č. 7 uvádím, že 8 respondentů označilo všechny komponenty jako „beze změny“ a u několika dalších se změna týkala pouze jednoho nebo jen několika málo aspektů komunikace. Je tedy logické, že se nemohla celková komunikace dané osoby změnit. Proto by nás nemělo po tom množství předchozích příznivých výsledků překvapit, že možnost „beze změny“ uvedlo zbývajících 18 (60%) osob. Myslím si, že pokud 40% osob, které se zúčastnily šetření, vnímalo celkové zlepšení ve své komunikaci (nebo v komunikaci svého dítěte/svěřence, pokud dotazník vyplňoval jeho zástupce), je to výsledek více než dobrý, protože v dotazníku uvedená nabídka několika konkrétnějších aspektů komunikace nebyla zdaleka vyčerpávající a zlepšení v nich (navíc u každé osoby v různém množství, míře a dlouhodobosti) by tedy nemuselo být důvodem pro hodnocení celkové komunikace jako „lepší“ oproti době, kdy se klient HR ještě vůbec neúčastnil. Přesto ji tak dvě pětiny respondentů vnímá. Znovu se tedy potvrzuje, že využívání HR rozhodně nepostrádá smysl.

Poslední otázkou dotazníku, která také nespádala do „tabulky změn“, jsem chtěla zjistit mínění osob, které se samy HR účastní (s více či méně velkým zlepšením ve své vlastní komunikaci), zda tuto metodu obecně považují za přínosnou pro

zlepšení kvality komunikace u osob s postižením (graf 13). 17% osob (5 respondentů) nedokázalo prospěšnost posoudit, a proto označilo odpověď „nevím“. 3 z nich patřili mezi oněch 8 respondentů, kteří označili všechny komponenty komunikace v „tabulce změn“ jako „beze změny“. Zbývající 2 označili zlepšení pouze v jednom z nabízených aspektů. Vzhledem k tomu, že nepozorovali žádnou nebo alespoň zřetelnější změnu na sobě, nebyli tedy ani schopni posoudit, zda HR skutečně může mít nějakou roli ve zlepšení komunikace u druhých osob s postižením. Mezi 10ti osobami hodnotícími HR spíše jako přínosnou, se kromě osob s počtem zlepšených aspektů komunikace vyšším než 2 (4 osoby) rovněž vyskytují ti, kteří na sobě nepozorovali žádnou změnu (3 osoby) nebo zlepšení pouze v jednom komunikačním komponentu (také 3 osoby). Důvodem, proč se i ti bez větší vlastní zkušenosti rozhodli označit tuto možnost, by mohlo být to, že měli příležitost uvidět pozitivní změny u druhých nebo se o nich doslechli z jiných zdrojů.

Celá polovina dotázaných vnímá HR jako jasně přínosnou pro zlepšení kvality komunikace u osob s postižením. Velice pravděpodobně vychází především z vlastní zkušenosti, ale také i zkušenosti ostatních osob, které HR využívají. Tento jejich názor by mohl být jinými slovy vyjádřen tak, že HR považují za účinnou a efektivní metodu při odstraňování potíží v sociální komunikaci. Osobám s postižením ji rozhodně doporučují, a to především těm, které mají vlivem svého postižení nějaké problémy právě v sociální komunikaci.

Závěrem této kapitoly bych chtěla vyjádřit svou radost z toho, že HR skutečně má pozitivní vliv na komunikaci osob s postižením a dlouhodobě napomáhá zvyšování její kvality obzvláště u klientů s postižením ze skupiny duševních poruch a poruch chování. Kontakt s koněm v rámci HR je pro zúčastněné velice obohacující i po emocionální stránce.

Výsledky šetření tedy potvrdily všechny hypotézy.

H 1: HR má vliv na zlepšení kvality komunikace osob s postižením.

H 2: Pozitivní vliv HR na komunikaci je výraznější u osob s mentální nebo psychickou poruchou než u osob s výhradně fyzickým postižením.

H 3: Míra pozitivního vlivu HR na komunikaci osoby s postižením s nižším věkem klienta stoupá, především u osob, které se jí účastní pravidelně dlouhodobě.

5 Závěr

Postupem času díky aktivitě některých organizací i jednotlivců zabývajících se hiporehabilitací a také díky svému komplexnímu a jedinečnému působení, se tato metoda v péči o osoby s postižením stává pomalu ale jistě stále známější a oblíbenější. K ještě většímu rozšíření povědomí veřejnosti o prospěšnosti hiporehabilitace měla sloužit i tato práce.

Mým záměrem bylo potvrdit v české odborné literatuře dosud výzkumem nedostatečně podložené, přesto však používané tvrzení, že hiporehabilitace má pozitivní vliv na komunikaci osob, které ji využívají, tedy lidí se speciálními potřebami.

K ověření stanovených hypotéz byl použit dotazník adresovaný klientům vybraného hiporehabilitačního zařízení (JK Počín, Praha), respektive všem přímým účastníkům zde provozované hiporehabilitace či jejich rodičům/vychovatelům.

Výsledky šetření ukázaly, že hiporehabilitace je pro komunikaci osob s postižením skutečně přínosem. Vztahem s koněm obohacuje emocionální život člověka, nabízí nové zážitky, témata k rozhovoru, umožňuje setkání s lidmi z podobné sociální skupiny a tím přispívá ke zdravé socializaci, dává prostor k psychickému uvolnění, motivuje k vlastní aktivitě v komunikaci, poskytuje možnost bezpečného a příjemného fyzického kontaktu s jinou živou bytostí, příznivě ovlivňuje také fyzický stav dané osoby. Tím vším se může člověku stát zdrojem sebevědomí, úcty k sobě samému, nové radosti a naděje, tak důležitým právě pro osoby s postižením.

Přestože rozsah šetření v titulní oblasti zdaleka nebyl vyčerpávající, mohu konstatovat, že cíle práce bylo dosaženo. Stále je ale v HR otevřený prostor s nepřeborným množstvím témat, která ještě čekají na podrobnější zpracování a uvedení ve známost. Doufám, že tato práce přinese užitek a povzbuzení pro všechny, kterým se dostane do rukou, a přispěje k dalšímu rozšíření povědomí o využitelnosti a účinnosti hiporehabilitační metody, a to jak mezi odborníky, tak i v široké veřejnosti.

Seznam literatury

Bible. Podle ekumenického vyd. z r. 1985. Česká biblická společnost 1991

BOŘÁNEK, V. *Horsemanship – přirozené jezdectví*. 3. Vyd. Jindřichův Hradec: Harmony, 2005. 91 s. ISBN 80-903484-1-7.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. 2. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum (nakladatelství); 2001. 221 s. ISBN 80-902536-2-8.

GALAJDOVÁ, L. *Pes lékařem lidské duše: aneb Canisterapie*. 1. vyd.. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-789-3.

HEWSTONE, M.; STROEBE, W. *Sociální psychologie*. 1. Vyd.. Praha: Portál, 2006. 776 s. ISBN 80-7367-092-5.

HOLLÝ, K.; HORNÁČEK, K. *Hipoterapie. Léčba pomocí koně*. Ostrava: Monatanex, 2005. 293 s. ISBN 80-7225-190-2.

HORT, V.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.

HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 206 s. ISBN 80-7178-813-9.

JELÍNKOVÁ, M. *Autismus I. Problémy komunikace dětí s autismem*. Institut pedagogicko psychologického poradenství ČR. Praha 1999.

JELÍNKOVÁ, M. *Autismus II. Problémy v sociálních vztazích dětí s autismem*. Institut pedagogicko psychologického poradenství ČR. Praha 2000.

KOLÁŘOVÁ, R. Hiporehabilitace dává naději. *Svět koní*, Leden 2006, s. 24-26

LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 192 s. ISBN 978-80-7367-433-5.

LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 392 s. ISBN 80-7178-961-5.

- LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: H & H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
- MATĚJČEK, Z. *Slovník sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003, 288 s. ISBN 80-7178-594-0.
- MATĚJČEK, Z.; BUBLEOVÁ, V.; KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Psychiatrické centrum Praha, 1997. ISBN 80-85121-89-1.
- MUNDEN, A.; ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 120 s. ISBN 80-7178-625-X.
- MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. Vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
- NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1999. 287 s. ISBN 80-200-0690-7.
- NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata léčí*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006. 159 s. ISBN 80-00-01809-8.
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-197-5.
- ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2.
- SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 200 s. ISBN 80-7178-973-9.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SLY, D. *Obrazový průvodce – jezdeckví*. 1. vyd. Praha: Svojtka & Co., 2002. 160 s. ISBN 80-7237-505-9.
- ŠKARDOVÁ, M. *Úvod do hipoterapie*, SOŠ veterinární a zemědělská České Budějovice, České Budějovice 2000.

ŠKVOROVÁ, J.; ŠKVOR, D. *Proč zlobím?: lehká mozková dysfunkce LMD/ADHD*. Praha: Triton, s.r.o. 2003. 129 s. ISBN 80-7254-407-1.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 192 s. ISBN 80-7178-821-X.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Zooterapie ve světě objektivních poznatků*. 1. vyd. České Budějovice: Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 320s. ISBN 80-7178-998-4

Internetové zdroje:

Centrum přípravy koní pro HR [online], (cit. 2009-03-11). URL: <http://cpkchrpa.cz>

Česká hiporehabilitační společnost [online], (cit. 2010-05-16). URL: <http://hiporehabilitace-cr.cz>

Diagnostic criteria for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *APA Diagnostic Classification DSM-IV-TR* [online]. (cit. 2010-02-20). URL: <http://www.behavenet.com/capsules/disorders/adhd.htm>

FREWIN, K.; GARDINER, B. New Age or Old Sage? A Review of Equine Assisted Psychotherapy. *The Australian Journal of Counselling Psychology* [online]. 2005, č. 6, s. 13-17. (cit. 28. 3. 2010). URL: http://www.eagala.org/Reseach/new_age_old_sage.pdf

Jezdecký klub Počin [online], (cit. 2010-05-16). URL: <http://jk-pocin.unas.cz>

LEDNICKÁ, I. Možnosti využití totální komunikace v rámci včasné intervence u dětí s Downovým syndromem. *PLUS 21: Zpravodaj klubu rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem* [online]. 2003, ročník 8, č. 2, s. 2 - 3. (cit. 20. 2. 2010). URL: http://www.downsyndrom.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=49%3Aislo-2-ronik-viii&catid=18%3A2003&Itemid=7

MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: 10. revize – 2. aktualizované vyd.. Svazek 1. Tabelární seznam. World Health Organization 2008. Překlad a zpracování Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008. 862 s. ISBN: 978-80-904259-0-3. [online], (cit. 2010-05-16). URL: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Oficiální slovník ČHS pro názvy používané v HR [online], (cit. 2009-01-17). URL: <http://hiporehabilitace-cr.cz/index.php/remository?func=select&id=31>

What is AAA/T? [online]. Delta Society (cit. 2009-01-13). URL: <http://www.deltasociety.org>

Přílohy

Příloha 1 – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Kristýna Novotná, jsem studentkou sociální práce na Evangelické teologické fakultě Karlovy univerzity a dovoluji si Vám, jakožto **přímým účastníkům hiporehabilitace nebo jejich rodičům/vychovatelům**, předložit následující dotazník.

Kvalitní a zdravá komunikace se významně podílí na prožitku celkové kvality a smysluplnosti našeho života a má dokonce kvůli svému působení na vegetativní děje v lidském organismu vliv i na průběh většiny tělesných onemocnění.

Chtěla bych ve své bakalářské práci, jejíž součástí bude právě tento dotazník, zjistit, do jaké míry napomáhá hiporehabilitace při rozvoji kvality komunikace u osob s postižením. Věnujte, prosím, pár minut času k vyplnění tohoto dotazníku (vyhodnocení bude probíhat anonymně). Jestliže Vás budou zajímat zpracované výsledky, ráda Vám je zašlu na Vaši e-mailovou adresu, pokud ji uvedete na konci dotazníku.

Děkuji
Kristýna Novotná

-
- Kdo dotazník vyplňuje? vyplňuji ho sám/sama za sebe
 rodič/vychovatel za své dítě/svěřence
 - Vaše pohlaví/pohlaví dítěte/svěřence: žena muž
 - Do jaké věkové kategorie se/své dítě/svého svěřence řadíte?
 0-3 roky 3-6 let 6-11 let
 11-13 let 13-15 let 15-20 let
 20-45 let 45-65 let nad 65 let
 - Označte prosím svou diagnózu/Vašeho dítěte/svěřence:
 dětská mozková obrna syndrom ADHD
 mentální retardace Downův syndrom
 autismus roztroušená skleróza
 narušená komunikační schopnost (poruchy mluvené řeči, její grafické formy a neverbálních prostředků)
 jiné: _____
 - Jakou formu hiporehabilitace využíváte/Vaše dítě/svěřenec?
 Léčebné pedagogicko-psychologické ježdění Hipoterapie
 Paravoltíž nevím

- Jak dlouho se hiporehabilitace účastníte/Vaše dítě/svěřenec? Jak často? (př. 1 měsíc, 2 x týdně)

- Zaznamenal/a jste u sebe/Vašeho dítěte/svěřence nějakou změnu

- ve vlastní iniciativě, aktivitě při rozhovoru?
- v hovornosti, komunikační spontánnosti?
- ve schopnosti reagovat na příkazy?
- ve srozumitelnosti jeho sdělení?
- v jeho emočním prožívání?
- ve schopnosti naslouchat druhým?
- ve vyhledávání sociálního kontaktu?
- ve vyhledávání fyzického kontaktu?
- ve vztahu
 - k sourozencům?
 - k vrstevníkům?
 - k ostatním lidem?
 - ke zvířatům?
 - k Vám? (*v případě, že*

dotazník vyplňuje rodič/vychovatel)

	Výrazné zhoršení	Zhoršení	Beze změny	Zlepšení	Výrazné zlepšení	hiporehab. jednotky jen v průběhu jeím ukončení Bezprostředně po dlouhodobější Změna je		

- Jak byste hodnotil/a svou celkovou komunikaci/Vašeho dítěte/svěřence oproti době, kdy jste se hiporehabilitace ještě vůbec neúčastnil/Vaše dítě/svěřenec?

výrazné zhoršení zhoršení beze změny zlepšení výrazné zlepšení

- Vnímáte HR jako přínosnou metodu pro zlepšení kvality komunikace u osob s postižením?

ne spíše ne nevím spíše ano ano

Děkuji za Váš čas a ochotu a přeji Vám mnoho radosti při kontaktu s tak úžasnými tvory, jakými koně beze sporu jsou!

Příloha 2 - Plán práce koně připraveného pro hipoterapii

	Dopoledne	Odpoledne
Pondělí	Práce pod sedlem, příprava v terénu	Hipoterapie
Úterý	Hipoterapie	Výběh, pastva
Středa	Práce na jízdárně Kavalety, skoky pro radost	Hipoterapie
Čtvrtek	Drezúra Příprava pod jezdcem	Hipoterapie
Pátek	hipoterapie	Práce v terénu
Sobota	Zápřež	Výběh
Neděle	Výběh, pastva – volný den	

Režim dne

6:30 – 8:00	Krmení, čištění, podestýlání
8:00 – 8:30	Příprava pro hipoterapii (lonžování, opakování nasedání u rampy, ranní opracování – terén, obdělání)
9:00 – 11:00	Provádění hipoterapie (maximálně 8 pacientů)
11:00 – 13:00	Polední krmení, klid, případně pastevní výběh
13:00 – 15:00	Hipoterapie nebo práce v terénu, na jízdárně se zátěží nebo bez zátěže dle potřeby přípravy koně
15:00 – 17:00	Pobyt ve výběhu (nejlépe pastva) nebo vycházka v terénu
17:00 – 18:00	Čištění, večerní krmení

**Příloha 3 - Fotografie ze 7. mezinárodního mistrovství ČR v paradrezuře;
Praha, Císařský ostrov, 18. - 19. 11. 2008; účastníci z Německa a Švýcarska**

