

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu

**ARTETERAPIE V ÚSTAVU SOCIÁLNÍ PÉČE PRO
MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ DĚTI A MLÁDEŽ**

Diplomová práce

Duben 2006

Vedoucí diplomové práce:

PhDr.Jana Jebavá

Zpracovala:

Marie Žertová

ABSTRAKT:

Název:

Arteterapie v Ústavu sociální péče pro mentálně postižené děti a mládež

Artetherapy in the institution of social care for handicapped children and young people


Cíle práce: Cílem diplomové práce bylo shrnout informace v oblasti arteterapie u osob s mentální retardací a zjistit jaké formy arteterapie jsou používány v ÚSP v Bylanech se sídlem v Českém Brodě, jejich vliv na chování a komunikaci osob s mentální retardací v daném zařízení. Zjistit faktory, které mají vliv na arteterapeutickou činnost v daném zařízení.

Metoda: Pozorování bylo provedeno v ÚSP Bylany se sídlem v Českém Brodě. Pozorováním chování, schopnosti komunikace a názorových posunů jsme zjišťovali efektivitu působení arteterapie na tyto složky. Sledována byla aktivita, zájem, kreativita a tvořivé schopnosti a zároveň faktory, které činnost osob s mentální retardací ovlivňují. Klienti zařízení dostali také možnost vyjádřit své dojmy z této činnosti při otevřené diskusi.

Výsledky: Z celkového souhrnu je patrné, že formy arteterapie u osob s mentální retardací v daném zařízení mají velký vliv na utváření osobnosti mentálně retardovaného jedince. Možnost dlouhodobého pozorování ukázala posuny v rozumových schopnostech, komunikaci, samostatnosti, sebevyjádření některých klientů. Ukázala rozdíly mezi jednotlivými klienty, v jejich reakcích na určité formy arteterapie. Pro většinu klientů se arteterapie ukázala být atraktivní i vhodnou činností, prospívající nejen lepší komunikaci, ale i prevenci problémového chování a zvýšení samostatnosti klientů. Podařilo se zjistit některé pozitivní i negativní vlivy, které působí na celkové sebevyjádření klientů. Zjistila se důležitost volby vhodné formy arteterapeutické činnosti, vzhledem k věku, postižení i celkové povahové osobnosti klienta.

Klíčová slova: arteterapie, mentální retardace, komunikace, chování, tvorba, sebevyjádření, sebehodnocení, aktivita, rizikové faktory

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně. Při zpracování daného tématu jsem vycházela z uvedené literatury a hlavně z poznatků ze své praxe.


.....

podpis

Mé poděkování patří především vedoucí práce PhDr. Janě Jebavé za její obětavost, odborné vedení a cenné poznatky z oblasti arteterapie, klientům a personálu ÚSP Bylany se sídlem v Českém Brodě za trpělivost a pí. Ředitelce ing. Ivetě Blažkové za umožnění realizovat svou diplomovou práci právě v tomto zařízení.

OBSAH

Úvod.....	8
1 Přehled literatury.....	10
2 Cíle a úkoly práce.....	11
2.1 Cíle práce.....	11
2.2 Úkoly teoretické části.....	11
2.3 Úkoly praktické části.....	11
2.4 Základní otázky studie.....	12
3 Hypotézy.....	13
4 Teoretická část.....	14
4.1 Pojem arteterapie.....	14
4.2. Historie arteterapie.....	14
4.3 Současnost arteterapie.....	15
4.4 Cíle arteterapie.....	16
4.4.1 <i>Osobnost arteterapeuta.....</i>	<i>16</i>
4.1.2 <i>Arteterapeutický vztah mezi klientem a terapeutem.....</i>	<i>17</i>
4.5 Formy arteterapie.....	18
4.5.1 <i>Individuální arteterapie.....</i>	<i>18</i>
4.5.2 <i>Skupinová arteterapie.....</i>	<i>18</i>
4.5.3 <i>Rodinná arteterapie.....</i>	<i>19</i>
4.5.4 <i>Rodinné zázemí.....</i>	<i>19</i>
5 Mentální retardace.....	20
5.1 Typy mentální retardace.....	21
6 Arteterapie u osob s mentální retardací.....	25
6.1 Výtvarné techniky používané při činnostech osob s MR.....	26
6.2 Volný výtvarný projev,kresba.....	28
6.3 Výtvarný projev při hudbě,muzikomalba.....	29
6.4 Skupinové výtvarné činnosti,koláže.....	29
6.5 Práce s hlinou.....	31

7 Rizika v arteterapii u osob s mentální retardací.....	32
7.1 Psychologické zvláštnosti jedinců s MR.....	32
7.2 Profesionalita a schopnosti terapeuta.....	33
7.3 Etika v přístupu ke klientům.....	33
7.4 Motivace.....	34
8 Praktická část.....	35
8.1 Úvod do pozorování.....	35
8.2 Cíle pozorování.....	35
8.3 Popis pozorovací metody a zdůvodnění jejího výběru.....	35
9 Problematika ústavní péče v ČR.....	36
10 Charakteristika pozorovaného zařízení.....	37
10.1 Rozdělení klientů v daném zařízení.....	39
10.2 Personální zabezpečení v zařízení.....	40
11 Možnosti arteterapie v zařízení.....	40
11.1 Kresba.....	41
11.2 Koláže.....	42
11.3 Muzikoterapie.....	43
11.4 Práce s textilem.....	44
11.5 Práce se dřevem.....	45
11.6 Keramika.....	46
12 Rozdíly v tvorbě osob s MR v daném zařízení.....	47
13 Výsledky pozorování.....	48
14 Diskuse.....	51
15 Závěry pro praxi.....	54
16 Závěr.....	55
17 Seznam literatury.....	56
18 Seznam použitých zkratk.....	58
19 Seznam příloh.....	59

Úvod

Problematika zdravotně postižených je předmětem zájmu nejen daného jedince, ale celé společnosti. Jednou z oblastí postižení je mentální retardace. Tím, že se jedná o vrozené nebo získané postižení mozku, kdy dochází k strukturální poruše celé osobnosti, je výběr činností k rozvíjení a integraci mentálně postiženého jedince poměrně omezený a náročný (Švarcová,2001).

Jednou z činností, která vede k rozvíjení určitých schopností u osob s mentální retardací je arteterapie. Je to cílený arteterapeutický proces, realizovaný zejména individuálně, ale také skupinově, jenž řídí či usměrňuje osoba – arteterapeut. Výtvarná arteterapie disponuje vyjímečnými, specifickými možnostmi pozitivního vlivu na handicapovaného jedince.

Každý člověk s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy. Přesto se však u většiny z nich projevují (ve větší či menší míře) společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na hloubce a rozsahu mentální retardace, na míře postižení jednotlivých psychických funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v rámci mentální retardace. Za mentálně retardované se považují takový jedinci, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná. Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku. Podle vývojového období, v němž k mentálnímu postižení došlo, se rozlišuje oligofrenie, která se zpravidla pojímá jako opoždění duševního vývoje na podkladě dědičném a vrozeném, a demence, jež se chápe jako důsledek poškození mozku různého druhu v průběhu života jedince (Švarcová,2000) .

Prostřednictvím vnímání (percepce) člověk poznává své okolí, diferencuje známé a neznámé podněty a situace a na základě takto získaných informací se orientuje ve svém prostředí. Vnímání je spojeno s rozeznáváním percipovaných objektů na základě minulé zkušenosti.

Dítě s mentální retardací se, stejně jako každé jiné dítě, učí vidět a dívat se. To, co dovede svými očima vidět, není pouhý obraz předmětu na sítnici oka, ale výsledek jeho určité životní zkušenosti. Výraznou zvláštností vnímání mentálně retardovaných dětí je inaktivita tohoto psychického procesu. Když se mentálně retardovaný dívá na nějaký

obraz nebo předmět, neprojevuje snahu, prohlédnout si je do všech detailů, vyznat se ve všech jejich vlastnostech. Spokojuje se s povšechným poznáním předmětů.

Nedokonalé počitky a vjemy jsou právě těmi základními symptomy, které u těchto dětí brzdí a zpomalují rozvoj vyšších psychických procesů, zejména myšlení. Uvedené nedostatky a zvláštnosti počitků a vjemů se však mohou vyrovnávat a kompenzovat systematickou výchovou a vzděláváním mentálně retardovaných dětí. Obohacování životních zkušeností těchto dětí, rozšiřování okruhu jejich znalostí a představ, to jsou základní prostředky pro zlepšování kvality jejich vjemů a počitků. Naopak nedostatek podnětů brzdí rozvoj vnímání dítěte, zpomaluje rozvíjení jeho myšlení, a tím prohlubuje mentální retardaci dítěte.

Jedním z druhů tohoto obohacování je arteterapie. V odborné literatuře je vymezena jako druh psychoterapie. Arteterapeut umožní klientovi sebevyjádření k jeho psychotraumatizujícím zážitkům pomocí výtvarné tvorby. Chápeme ji v této souvislosti jako relaxační činnost nebo jako prostředek rozvoje vnímání, popřípadě k sebeuzdravování. Mnohá východiska v arteterapeutickém působení nacházíme ve výtvarném umění, které napomáhá k rozvoji osobnosti v oblasti duchovní, citové a intelektuální. Umění můžeme chápat i jako léčebný prvek. Je zapotřebí uvědomit si rozdíl mezi arteterapií a běžnou tvořivou činností. Odlišnost spočívá ve způsobu nazírání na výsledný výtvarný projev. V arteterapii spatřujeme těžiště práce v samotném tvůrčím procesu, nikoliv v uměleckém hodnocení vzniklého artefaktu.

Za jeden z možných terapeutických i motivačních postupů v arteterapii můžeme považovat komunikaci s výtvarným uměním. Za komunikativní prvek můžeme považovat i kresebné záznamy malého dítěte, které neumí psát, ale dokáže vyprávět své příběhy výtvarně.

V této práci jsem se snažila přiblížit různé způsoby komunikace s výtvarným uměním, které v sobě skrývá nepřeberné množství inspirativních metod a postupů, v jednom ze zařízení ÚSP ve středočeském kraji. Tyto metody a postupy vedou nejen k volnému výtvarnému vyjádření, ale také k možnostem další diagnostické práce.

1 Přehled literatury

O problematice arteterapie lze najít v literatuře množství titulů a článků, většina z nich se týká problematiky a uplatnění arteterapie jako léčebného prostředku, jako bližší komunikace s uměním a možná jako první seznámení s uměním vůbec.

Arteterapie je velmi zajímavé téma, nutno však ale připomenout, že většina autorů v literatuře je zahraničního původu.

Při výběru literatury jsem se soustředila na odkazy předních odborníků v oblasti arteterapie.

Většina literatury, kterou jsem měla k dispozici, byla opatřena z ÚSP Bylany se sídlem v Českém Brodě, ze Speciálně pedagogického centra v Kolíně a ze Speciální školy v Českém Brodě.

2 Cíle a úkoly práce

2.1 Cíle práce

Cílem této práce je zodpovědět otázku, zda je možné využít arteterapii, její cíleně zvolené techniky a cvičení pro lepší komunikaci mentálně retardovaných v daném zařízení, jestli je možno tímto podpořit jejich lepší a snažší vnímání okolního světa, lepší chápání některých situací v běžném životě, jejich soužití s ostatními klienty, v lepších případech integraci.

Teoretická část by měla být souhrnem informací sloužících ke zlepšení a doplnění informací pro personál zabývající se arteterapií a výtvarnou činností v tomto zařízení, pro dobrovolné pracovníky, kteří se například hodlají věnovat práci s mentálně postiženými, k čemuž by jim právě arteterapie mohla pomoci.

Experimentální část by měla sloužit jako zpětná vazba pro ÚSP Bylany, jako celkový náhled na činnost v oblasti arteterapie v tomto zařízení. V neposlední řadě by měl výsledek pozorování sloužit ke zlepšení vytváření těchto programů.

2.2 Úkoly teoretické části

- ° Zpracovat doporučenou a dostupnou literaturu z oblasti arteterapie.
- ° Zpracovat doporučenou a dostupnou literaturu z oblasti arteterapie u osob s MR.
- ° Podat ucelený přehled dané problematiky.

2.3. Úkoly praktické části

- ° Na základě studia doporučené literatury a dalších odborných pramenů vytvořit celkový náhled na pozorování v daném zařízení
- ° Provést srovnání pozorování za uplynulé roky
- ° Provést pozorování a srovnání chování, komunikace, sebevyjadřování, sebehodnocení a dalších kritérií, které arteterapie v daném zařízení ovlivňuje za pozorované období

- ° Provést pozorování faktorů, které ovlivňují arteterapeutickou činnost a činnost vůbec u klientů v tomto zařízení
- ° Zhodnotit výsledky pozorování

2.4 Základní otázky studie

1. Které faktory mají vliv na arteterapeutickou činnost klientů v ÚSP Bylany se sídlem Českém Brodě?
2. Jaký vliv má arteterapie na chování, komunikaci a vývoj celkové osobnosti mentálně retardovaného jedince v ÚSP Bylany se sídlem v Českém Brodě?
3. Jak důležitý je postoj zařízení k arteterapii?
4. Jak kvalitní je arteterapie v tomto zařízení ?

3 Hypotézy

H 1: Předpokládáme, že většina klientů ÚSP se již setkala s nějakou formou artherapie.

H 2: Předpokládáme , že většina personálu ÚSP se již setkala s nějakou formou artherapie.

H 3: Předpokládáme, že většina pozorovaných klientů zaujímá vhodný postoj k formám a problematice arteterapie.

H 4: Předpokládáme, že při vhodně zvolených arteterapeutických činnostech můžeme nalézt pro dané jednotlivce možnosti jak překonat např.negativní emoce, neschopnost pracovat v kolektivu, špatné nálady, smutek nebo naopak jak pomocí arteterapie klienti své nálady a potřeby vyjádří, jak budou její pomocí komunikovat s okolím.

H 5: Předpokládáme, že pozorované zařízení má dostatek kvalifikovaných pracovníků pro arteterapii a vše je vedeno pod odborným dohledem.

H 6: Arteterapeutické činnosti v zařízení jako vhodná forma integrace mentálně postižených.

4 Teoretická část

4.1 Pojem arteterapie

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Obvykle se rozlišují dva základní proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapie, kde výtvořky a prožitky u procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány.

Arteterapie je poměrně mladý, ale slibně se rozvíjející psychoterapeutický obor, rozšířený po celém světě. Počet zájemců o ni v posledních letech vzrůstá zvláště mezi mladými lidmi. Současně s tím roste potřeba vymezovat jak obsahy, cíle a prostředky arteterapie, tak i její společenský a osobní smysl (Šicková-Fabrici, 2002).

Arteterapie je práce týmová, můžeme ji klasifikovat jako formu psychoterapie, nebo také úžeji, v našem případě, visual arteterapie, kdy prostřednictvím grafické, malířské a sochařské činnosti působí jako prostředek výchovy, sociální integrace, komunikace pro handicapované jedince. Výtvarná arteterapie disponuje vyjímečnými, specifickými možnostmi pozitivního vlivu na handicapovaného jedince. Zejména můžeme hovořit o výrazné pomoci v oblasti seberealizace, o rozvoji imaginativního vnímání reality, rozšíření výčtu normálních životních situací a jejich adaptability.

4.2 Historie arteterapie

Arteterapie je slovo pocházející ze spojení latinského ARS = umění a řeckého TERAPE = léčení, léčba. Z hlediska doslovného překladu můžeme hovořit o arte-terapii, jako o léčbě uměním. Od dávných dob používají lidé umění, světlo a barvy k navození určité nálady. Barvy, jimiž byly vymalovány svatyně egyptských a řeckých chrámů, byly zvoleny záměrně s ohledem na svůj účinek. Předstupněm ve vývoji arteterapie jako profese bylo zkoumání výtvarné produkce duševně nemocných, zaměřené původně spíše k upřesnění diagnózy. Jako terapeutická metoda se arteterapie začala cíleně

využívat ve 30. až 40. letech dvacátého století v návaznosti na rozvoj psychoanalýzy a dalších psychoterapeutických směrů. Průkopníky arteterapie byli většinou výtvarníci, kteří prošli psychoterapií a hledali možnosti propojení výtvarného působení s psychoterapeutickými postupy a jejich uplatnění v léčbě (např. M. Naumburgová, C. Lewis, E. Kramerová a další). Začátky arteterapie mají však své kořeny mnohem starší, než je sám výraz „art therapy“. Sahají až do 18. a 19. století a souvisí nesporně s psychopatologií schizofrenie. Myšlenka terapeutického využití výtvarné produkce vznikla na základě zájmu odborníků o tvorbu duševně nemocných.

Byly určeny dvě zásady zkoumání výtvarného výrazu duševně nemocných:

- duševně nemocní malují jinak než zdraví
- charakter jejich výtvarné tvorby se mění podle druhu a vývoje nemoci.

U nás se arteterapie využívala od 50. let v různých léčebných a psychoterapeutických zařízeních jako součást psychoterapie. V 70. letech vznikla na půdě Psychoterapeutické společnosti ČLS J.E. Purkyně arteterapeutická sekce, založená a vedená PhDr. D. Kocábovou. Sdružovali se v ní zájemci o danou problematiku z různorodých oborů a byly pořádány speciální semináře a dílny. V průběhu 80. let narůstala popularita arteterapie zvláště mezi studenty a absolventy speciální pedagogiky, neboť arteterapie byla začleněna do plánů výuky a počátkem 90. let zásluhou PhDr. M. Kyzoura bylo na Jihočeské univerzitě otevřeno bakalářské studium arteterapie.

V roce 1984 vznikla Česká arteterapeutická asociace, jako samostatné profesní sdružení.

4.3 Současnost arteterapie

V současnosti zažívá arteterapie svůj rozkvět nejen v USA, Velké Británii, Francii a Německu, kde v posledních desetiletích vzniklo množství institutů i univerzitních programů pro studenty denního i dálkového studia, ale i ve státech bývalého socialistického tábora, ba i v zemích třetího světa.

U nás dosud nemá jasně vyhraněný profesní statut, zřetelné vymezení ani pravidla. V rolích arteterapeutů působí absolventi široké škály oborů - speciální a výtvarní pedagogové, psychologové, lékaři, střední zdravotnický personál. Je možné ji studovat na Jihočeské univerzitě formou zmíněného bakalářského studia, je součástí výuky na fakultách pedagogických, ale i některých filozofických a lékařských. Pokud jde o postgraduální studium, ČAA pořádá od r. 1998 pětiletý sebezkušenostní komunitní výcvik a krátkodobé kurzy a dílny, zaměřené na seznámení s arteterapeutickými technikami.

4.4 Cíle arteterapie

K individuálním cílům patří uvolnění, sebeprožívání a sebevnímání, vizuální a verbální organizace(uspořádání) zážitků, poznání vlastních možností, přiměřené sebehodnocení, růst osobní svobody a motivace, svoboda pro experimentování při hledání výrazů, emocí nebo konfliktů, rozvoj fantazie, nadhled, celkový rozvoj osobnosti.

Mezi sociálními cíli uvádí vnímání a přijetí druhých lidí, vyjádření uznání jejich hodnoty, jejich ocenění, navázání kontaktů, zapojení do skupiny a kooperace, komunikace, společné řešení problémů, zkušenost, že druzí mají podobné zážitky jako já, reflexe vlastního fungování v rámci skupiny, pochopení vztahů, vytváření sociální podpory.

U všech věkových i problémových skupin pak cílem arteterapie je (Šicková,1994) vybudovat opětně z různých důvodů narušené přirozené dispozice člověka – kreativitu, spontaneitu, schopnost komunikace se sebou samým, s druhými, s prostředím v němž žije, chápání života v jeho souvislostech a jeho smysluplné prožívání.

4.4.1 Osobnost arteterapeuta

Pro práci arteterapeuta jsou důležité určité znalosti, dovednosti a osobnostní předpoklady, jež jsou společné pro všechny, kdo v oblasti pomáhajících profesí, zejména psychoterapie, pracují, a navíc některé předpoklady speciální.

Pro výkon profese jsou důležité znalosti z oblasti psychologie, medicíny(zejména psychiatrie), pedagogiky (zejména speciální a léčebné pedagogiky), a protože v terapii jde o celostní zacházení s člověkem, měl by mít arteterapeut i znalosti z antropologie.

Arteterapeut by měl být empatický, měl by umět své informace propojovat do souvislostí, měl by umět improvizovat, neměla by mu chybět intuice, schopnost předvídat vývoj událostí a jevů. Měl by mít vysoký morální a etický kredit, měl by v terapii sledovat vždy jasný terapeutický nebo diagnostický cíl, měl by vytvořit atmosféru důvěry, pomáhat klientovi zvládat zadané úlohy, které jsou pro klienta nové, měl by ho povzbuzovat k vlastním interpretacím, iniciovat rozhovor.

Specificky je pak pro arteterapeuta důležité, aby byl vzdělaný v obou částech výrazu arteterapie, tedy v arte-(umění) a v terapii(léčbě).

Za prvořadé se považuje vytvořit atmosféru důvěry. Dále se zdůrazňuje potřeba individuální terapie pro každého klienta. Za rovněž důležité se pokládá obeznámení s postupy předešlých terapeutů a vyvarování se chyb.

4.4.2 Arteterapeutický vztah mezi klientem a arteterapeutem

Vztah mezi klienty a terapeuty zdůrazňuje většina terapeutů. Ve vztahu má dominovat důvěra, rovnocennost a úcta k člověku, s nímž pracujeme, snaha prožít jeho úhel pohledu. Terapeutický vztah je kreativní aliance, klient je v ní doprovázen na určitém úseku svého života. Někdy je to celoživotní doprovázení. Cílem je navigovat ho tak, aby se zřekl chování a vztahů, které jemu nebo jeho okolí způsobují bolest, a dokázal je nahradit takovými, z nichž by měl radost a které by posilily jeho vědomí vlastní hodnoty a sebelásky v pozitivním slova smyslu.

Klient by měl být veden k zodpovědnosti za sebe, za svoji výtvarnou reflexi. Klienta je třeba vést k sebeakceptaci, ne k sebenegaci. Měl by přes arteterapeutickou intervenci přijmout odvalu nejen experimentovat s novými výtvarnými technikami, ale nacházet i nové cesty řešení ve svém životě.

4.5 Formy arteterapie

4.5.1 Individuální terapie

Při individuální terapii má klient terapeuta k dispozici jen pro sebe, navazuje úzký kontakt, vzniká tak intenzivní emocionální zážitek styku s chápajícím člověkem (Pogády a kol.,1993).

Hornáková (1999) se domnívá, že individuální terapie je vhodná pro klienty, jejichž problém vyžaduje celou pozornost terapeuta nebo jejichž chování ve skupině by působilo rušivě, odstrašujícím způsobem a mohlo by mít pro druhé klienty negativní následky (např. agresivita, negativní vůdcovství, psychotické projevy). Zpočátku vyžadují individuální terapii např. hyperaktivní, nebo naopak anxiózní děti.

4.5.2 Skupinová arteterapie

Skupinová arteterapie je formou náročnější hlavně pro arteterapeuta. Má však řadu výhod (Lliebman,1984):

- sociální učení probíhá rychleji a intenzivněji
- lidé s totožnými nebo podobnými problémy se mohou podpořit a cítit sounáležitost
- zpětné vazby členů skupiny jsou podnětné pro každého jednotlivce ve skupině
- je vhodnější pro toho, kdo prožívá individuální arteterapii příliš intenzivně
- je demokratičtější, protože moc i odpovědnost se dělí
- má ekonomický efekt - za tentýž čas se pomůže více lidem

Nevýhody skupinové arteterapie vidí tatož autorka v tom, že:

- hůře se dosáhne diskrétnosti než při individuální arteterapii
- skupinu je těžší organizačně zvládnout
- vyžaduje větší pohotovost a obratnost terapeuta
- každému jednotlivci v rámci skupiny se věnuje méně času
- skupina může dostat „nálepku“ nebo stigma (např. alkoholicí)

Podle Hornákové (1999) lze ve skupinové terapii zařadit cvičení a techniky, které jsou dynamičtější a zajímavější. „Skupina je mikrosvětlem, z něhož mohou klienti přenést svoje zkušenosti do svého přirozeného prostředí.“

Skupinová arteterapie má velký sociální a integrační náboj (Šicková-Fabrice,2002).

4.5.3 Rodinná arteterapie

Rodinnou arteterapii rozvinula Hanna Yaxa Kwiatkowska. Zkoumala souvislost mezi propuknutím schizofrenie u jednoho člena rodiny a celkovou rodinnou atmosférou.

Rodinné arteterapie musí být komplexní – stejně jako je rodina komplexem složitých vztahů, identifikací, koalicí a dominancí. Někdy se arteterapeutovi podaří pomocí kresby odhalit důležitá fakta, která zůstala z různých příčin neodhalená nebo zatajená.

Rodinná arteterapie zahrnuje širokou škálu problémů, jež se týkají všech generací. Jsou to problémy v rodinách s dětmi předškolního i školního věku, s teenagery, s budoucími rodiči, s rodiči ve středním věku, s třígeneračními rodinami, s ovdovělými muži a ženami, s neúplnými rodinami, s rodinami s dětmi z více manželství. Cíl rodinné arteterapie je v lepší komunikaci, ve snaze spolupracovat na řešení konfliktů, v sebeidentifikaci, ve větší autonomnosti členů rodiny, v možnosti spontánního vyjádření svých emocí (Šicková-Fabrice,2002).

4.5.4 Rodinné zázemí

Nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu dítěte s mentální retardací je jeho rodina. Žádné jiné prostředí mu nemůže poskytnout stejný pocit bezpečí, jistoty, emocionální stability ani stejné množství podnětů pro jeho další rozvoj. Optimistický přístup k možnostem rozvoje dětí s mentální retardací vede ke stále důraznějšímu akcentování funkce rodiny pro život a vývoj dítěte (Švarcová,2000).

Ne nadarmo se říká, že postižení dítěte znamená postižení celé rodiny. Rodina s postiženým dítětem se musí vyrovnat i s různými předem nepředvídatelnými reakcemi svého okolí. Rodiče postižených dětí bývají přecitlivělí a mohou i zcela nevinnou poznámku nebo dotaz pochopit jako netaktnost a projev bezcitnosti. Pro vývoj dítěte je

však velmi důležité, aby se rodiče dokázali vyrovnat se všemi změnami okolností a zaujali k němu pozitivní postoj. Toto vše se právě projeví v chování mentálně postiženého klienta, který reaguje jak na vše dobré, tak i na vše špatné ve svém okolí a na rodinu vůbec nejvíce. Tíha starostí a péče o postižené dítě klade vysoké nároky na oba rodiče. Zůstane-li jeden z rodičů s postiženým dítětem osamocen, může se péče o ně stát úkolem nad jeho síly. Rodina hraje významnou roli i v dospělém věku mentálně postižených. Mládež s lehčím stupněm postižení se zapojuje do pracovního procesu a v rodině i nadále nachází své zázemí a útočiště při svízelných všeho druhu (Švarcová, 2000).

Pokud se právě toto zázemí a útočiště v rodině nenachází nebo rodina není schopna o své postižené dítě či dospělého se postarat, bývají umisťováni v zařízeních sociální péče, která jsou buď denní, týdenní, nebo celoroční. Stále však mají potřebu pravidelného a co nejčastějšího kontaktu se svojí rodinou. Bohužel ani toto v některých případech nelze splnit neboť rodina o dítě nejeví zájem. Zde pak ve většině případů dochází často k problémovému chování klientů, ke stagnaci ve výchově, ke strádání, právě proto, že chybí rodinné zázemí.

5 Mentální retardace

Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence. Tento velmi často užívaný pojem však dosud nebyl uspokojivě definován a psychologové se již velmi dlouhou dobu pokoušejí o jeho přesnější vymezení.

Obecné definice zpravidla chápou inteligenci jako schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím. V konkrétnějším vymezení chápou inteligenci např. jako „relativně konstantní strukturu ontogeneticky podmíněných schopností individua postihovat a vytvářet smysluplné, resp. funkční vztahy, od jednoduchých asociací na nejnižším stupni až po složité myšlenkové operace na nejvyšším stupni (in Švancara, 1974, s. 222).

Psychologové se neshodují ani v tom, zda inteligence je jednotná vlastnost, kterou už nelze dále analyzovat, či zda se jedná o komplex jednodušších schopností. E. L. Thorn-

díky vystoupil již v roce 1903 s názorem, že inteligence je souhrnem navzájem nezávislých schopností. Rozlišoval tři základní druhy inteligence (Svoboda, 1999, s. 46):

1. abstraktní inteligenci (projevující se při verbálních a symbolických operacích);
2. mechanickou inteligenci (schopnost operování s předměty);
3. sociální inteligenci (schopnost komunikovat s lidmi).

Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem.

$$IQ = (\text{mentální věk} \times 100) / \text{chronologický věk}.$$

Význam stanovení inteligenčního kvocientu spočívá v tom, že informuje o celkové rozumové úrovni jedince. Neřká však nic o kvalitativních zvláštnostech inteligence konkrétní osoby a jeho diagnostickou hodnotu pro poznání osoby probanda nelze přeceňovat (Svoboda, 1999, s. 48–49).

Pro klasifikaci úrovně rozumových schopností existují různá pojetí. Mezi nejznámější a stále uznávané patří klasifikace podle Wechslera vycházející z rozložení inteligence v americké populaci v první polovině 20. století.

5.1 Typy mentální retardace

Lehká mentální retardace, IQ 50–69 (F70)

V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší.

Hlavní potíže se u nich obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Lehce retardovaným dětem velmi prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků.

Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce.

V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod.

Obecně jsou behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných a z toho plynoucí potřeba léčby a podpory bližší těm, které mají jedinci s normální inteligencí než specifickým problémům středně a těžce retardovaných. Organická etiologie je zjišťována u narůstajícího počtu jedinců, u mnoha však příčiny dosud zůstávají neodhalené.

U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

Tato diagnóza zahrnuje:

- slabomyslnost,
- lehkou mentální subnormalitu,
- lehkou oligofrenii (dříve označovanou jako debilitu).

Středně těžká mentální retardace, IQ 35–49 (F71)

U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluhy) a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností.

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí.

U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U značné části je přítomen dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají.

Tato diagnóza zahrnuje:

- středně těžkou mentální subnormalitu,
- středně těžkou oligofrenii (dříve označovanou jako imbecilitu).

Těžká mentální retardace, IQ 20–34 (F72)

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Snížená úroveň schopností zmíněná pod F71 je v této skupině mnohem výraznější. Většina jedinců z této kategorie (na rozdíl od předcházející kategorie) trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému.

I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

Tato diagnóza zahrnuje:

- těžkou mentální subnormalitu,
- těžkou oligofrenii.

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a přinejlepším jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené.

IQ nelze přesně změřit, je odhadováno, že je nižší než 20. Chápání a používání řeči je přinejlepším omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky. Lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na praktických sebeobslužných úkonech.

Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

Tato diagnóza zahrnuje:

- hlubokou mentální subnormalitu,
- hlubokou oligofrenii (dříve označovanou jako idiocii).

Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené

senzorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií.

Zahrnuje:

- mentální retardaci NS,
- mentální subnormalitu NS,
- oligofrenii NS.

Uvedená klasifikace mentální retardace neobsahuje kategorii „mírná mentální retardace“ (IQ 85–69), která u nás byla donedávna ve starších klasifikacích uváděna a ještě se někdy v poradenské praxi užívá. Toto snížení úrovně rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku, v jehož důsledku by se psychika mentálně postižených jedinců nemohla normálně rozvíjet, nýbrž bývá zapříčiněno jinými faktory (genetickými, sociálními a dalšími). Děti s opožděným rozumovým vývojem, u nichž k zaostávání vývoje došlo z jiných příčin, než je poškození mozku (sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady apod.), se nepovažují za mentálně postižené (Švarcová,2000).

6 Arteterapie u osob s mentální retardací

Arteterapie s mentálně postiženými je rozsáhlá a rozličná, tak jako jsou rozmanité i formy mentální retardace – od lehčích forem přes střední až po těžké formy – pásma. Hlavním cílem arteterapie je tu kompenzace intelektových deficitů této populace, poznávacích funkcí, schopnosti zevšeobecňování a chápání jevů v souvislostech. Miller se domnívá, že je vhodné, aby se těmto klientům aplikovaly terapie vycházející z behaviorálních psychoterapeutických modelů a tak se zlepšovaly jejich komunikační

dovednosti, schopnosti zaujmout společenské role, aktivizaci a vytváření nových, žádoucích vzorců chování. Valenta (2001) uvádí, že hlavním cílem arteterapie u této skupiny klientů je reedukace, resocializace, integrace osobnosti, rozvoj kreativity, nácvik empatie, odblokování komunikace, nácvik sebereflexe, sebeovládání a vůle. Pro tuto populaci jsou vhodné tělesně orientované techniky, které probíhají konkrétně tělesně – hmatově. Pro mentálně handicapované jedince znamená silný emotivní zážitek zprostředkovaný výtvarnými aktivitami způsob učení se o světě, jeho souvislostech (Šicková-Fabrice, 2002).

Mentálně postižení, někdy nazývaní „věčnými dětmi“, nechápou události ve svém životě a ve světě jako takovém „rozumem“, ale jsou schopni chápat svět okolo sebe „srdcem“, emocemi. Umělecké aktivity, které rozvíjejí tvořivost, budují v jedincích s mentální retardací schopnost být kreativní i v jiných oblastech praktického života. Zejména modelování z hlíny, jež probíhá prostřednictvím hmatu, je vhodnou technikou budující uvědomování si vlastního těla, body image, což je důležité při tvorbě adekvátního sebevědomí a sebehodnocení (Šicková-Fabrice, 2002).

6.1 Výtvarné techniky používané u osob s mentální retardací

Pro arteterapii je více důležitý proces tvorby se všemi psychologickými a speciálně (léčebně) pedagogickými aspekty než produkt výtvarného úsilí klienta (tj. výtvarný artefakt), nicméně výtvarná hodnota díla může někdy hrát terapeuticko-rehabilitační roli (Valenta, Miller, 2003).

Při arteterapeutických sezeních, která jsou buď individuální nebo skupinová, se pracuje se spoustou výtvarných technik. Výtvarný projev je pro člověka, především pak pro dítě a dospívající mládež, přirozeným prostředkem vyjadřování vlastních pocitů a postojů. Je to způsob sebepoznávání, uvolnění napětí, získání náhledu apod. Arteterapie s tímto přirozeným projevem člověka umí zacházet tak, že zde výtvarné nadání či nacvičená zručnost ustupují do pozadí. Tím důležitým se stává fantazie, dobrodružství, zkoušení něčeho nového.

. Je-li někdo výtvarně nadaný a citlivý, je to samozřejmě dobře, ale není to podmínkou.

Snad každý z nás někdy držel v ruce štětec. Někomu to na hodinách výtvarné výchovy nevadilo, pro některé byly možná utrpením.

Důležitou vlastností arteterapie je, že není zaměřena pouze na výsledek, důležité je celé tvoření. Další důležitou rovínou tvoření výtvarnými prostředky je komunikace. Výtvarný proces umožňuje jinou, neverbální a symbolickou řeč, kterou může vyjádřit své pocity, přání, obavy a představy, které jsou vlastní vnitřnímu prožívání. Každý obraz či výtvar z hlíny v sobě nese často důležité sdělení, adresované terapeutům i ostatním členům terapeutické skupiny, kde tvořivé procesy probíhají. V každé skupině se vytvářejí vztahy a dochází ke komunikaci na mnoha různých úrovních a pomocí různých prostředků. Léčebný potenciál je již v samotném procesu vytváření výtvarného díla. Tak například tím, že se člověk dostává do situace, se kterou si může jen těžko poradit pomocí zaběhaných stereotypů. Snaží se v sobě objevit nové schopnosti a i tuto situaci zvládnout. Taková zkušenost je velmi důležitá. Pomáhá nám rozšiřovat vlastní repertoár způsobů řešení problémů a stáváme se tak pružnějšími. Léčebný může být náhled klienta na vlastní problémy. Tímto poznáním se stáváme svobodnějšími, víc víme proč to či ono děláme.

Léčebná je i zkušenost, kterou klient získává ve vztahu či při práci s ostatními členy skupiny. Skupiny mohou výtvarnou tvorbu chápat buď jako oddechovou činnost, nebo jako prostředek k rozvoji vnímání a k případnému sebeuzdravování.

Arteterapii můžeme obecně rozdělit do dvou oblastí:

1. **Aktivní terapii** - výtvarnou činnost jedince v různých výtvarných disciplínách /kresba, grafika, malba, sochařství, keramika, textilní a kombinované techniky/ pracovní činnosti, pohybové projevy /divadlo, tanec, happening(organizovaný umělecký zážitek)/
2. **Pasivní terapii** - zájem klientů o dějiny umění, hudbu, film- besedy, sběratelství, poslechy, projekce apod.

Zvláštním druhem v oblasti arteterapie je **muzikoterapie**. Počítá s rozvojem specifických vokálních a instrumentálních hudebních schopností. Aktivní forma muzikoterapie se uskutečňuje v hudebně-pohybových hrách s pozitivním působením na psychomotoriku, hravost a tvořivost.

Vše je doplněno a prolno to relaxačními technikami, které v mnoha případech mají také nemalý terapeutický význam.

6.2 Volný výtvarný projev, kresba

Volný výtvarný projev akceptuje spontaneitu dětské hry a radost z pohybu, učí nebát se plochy a ovládat neuromotoriku.

Technika čmárání – děti se „rozčmárávají“ po papíru a teprve dodatečně se snaží „vytáhnout“ z čar motiv a ten rozvinout.

Volná kresba či malba – nakresli, co chceš.

Výcvik práce s čarou, linií – modulace linie (zeslabení, zesílení) je funkcí nálady, afektu; u duševně zdravých jedinců bývá přiměřeně modulována. Nemodulovaná čára je typická pro jedince se schizofrenií i mentální retardací. Návčik zahajujeme čmáráním, pak teprve nacvičujeme sílu linie, přechody, obrysy a obrazce.

Hra s benzinovým papírem je motivující a efektivní zvláště pro jedince bez výtvarných schopností (Valenta, Miller, 2003).

Během poslední doby se ukazuje, že dětská kresba je jedním z nejvhodnějších přístupů k poznání osobnosti dítěte. Kresba není pouhou hrou, nebo sněním, zahrnuje v sobě jak hru a snění, tak realitu, takže ji nelze opomíjet. Ke kreslení většinou nikdo nemusí dítě nutit a kreslit ho baví. Záhy však poznáte, kolik pravdy právě při takové hře vychází najevo. Na papíře se objevují nevědomá i vědomá přání. Dítě je při kreslení motivováno tím, co ho zajímá nebo trápí. Kvalita kresby, odhlédneme-li od její esteticke stránky, odráží jednak úroveň intelektu dítěte, jednak jeho emoční rovnováhu, která je mnohdy určující pro schopnost adaptovat se v rodině i ve škole (Davidov, 2001).

Kresba je projekcí psychomotorických schopností dítěte. Dospělí obvykle spontánně sami pro sebe nekreslí. Zákonitosti dětské kresby a její znaky je třeba poznat, neboť mají paralely v kresbách psychicky nemocných dospělých a v insitním umění. Kresba je považována za projekci psychomotorických možností jejího autora. Odkrývá nejen povahové rysy, ale i hyperaktivitu, agresivitu, nízké sebevědomí. Pomocí kresbových testů se u dětí dá zjistit nejen úroveň intelektuálního vývoje, ale i formy poruch osobnosti.

Zdravé dítě ve své kresbě přejde postupně přes stádia čmáranic, hlavonožců, geometrických tvarů až k vytvoření kompletní lidské postavy. Děti s opožděným vývojem častokrát fyziognomizují v kresbách postavy části těla (Šicková-Fabrice,2002).

6.3 Výtvarný projev při hudbě, muzikomalba

Vyžíváme syntézy hudby a výtvarného projevu. Zvuky mají svoji barvu, zrovna tak nástroje. Už předškolák je schopen přiřazovat vysokým a hlubokým tónům světlo a tmu v podobě bílých či černých ploch. Což je velmi efektivní právě u osob s mentální retardací, protože jsou v těchto situacích velmi vnímaví. Jedná se o značně zavedenou techniku. Hudební grafika se např. vyučuje na Hudební akademii ve Vídni ve spolupráci s Institutem hudební grafiky. Při využívání muzikomalby bychom měli vždy vycházet nejdříve ze skladeb relaxačních, později vybrat skladby rytmické a dynamizující a až v závěru přistoupit na náročné a vysoce stimulující skladby (Valenta, Miller, 2003).

Muzikomalba ovlivňuje odreagování afektů, umožňuje katarzi (očistu) a vytváří vhodné podmínky pro usměrnění pudů. Podle hudby kreslíme rytmus v podobě čar, kruhů, trojúhelníků, úhlů a klubiček. Důraz je kladen na spontánnost. Použít můžeme i prstomalbu. Dynamické skladby s rychlým tempem slouží k odreagování od vnitřních konfliktů a problémů. Hudba by měla mít uvolňující a harmonizující charakter, mělo by dojít k uvolnění jak psychickému, tak i k somatickému.

6.4 Skupinové výtvarné činnosti, koláže

Tyto činnosti jsou cenné pro svoji diagnostickou hodnotu i jako prostředek úpravy vztahů v kolektivu.

Někteří vedoucí a terapeuti se mohou rozhodnout, zda pracovat individuálně, nebo se skupinou, takže stojí za to podívat se blíže na obecné důvody pro práci se skupinou. Důvody pro použití skupinové práce mohou být shrnuty do několika bodů:

1. Většina sociálního učení probíhá ve skupinách, skupinová práce tedy poskytuje vhodné zázemí, ve kterém jej můžeme procvičovat.

2. Lidé s podobnými potřebami si mohou poskytovat vzájemnou podporu a pomáhat si s řešením problémů.
3. Členové skupina se mohou poučit ze zpětné vazby od ostatních: „Je zapotřebí dvou, abychom viděli jedno“(Culbert,1967).
4. Členové skupiny si mohou vyzkoušet nové role, vidí jak ostatní reagují (návěst role), a mohou v nich být podpořeni a posílení.
5. Skupiny mohou být katalyzátorem vývoje skrytých zdrojů a schopností.
6. Skupiny více vyhovují určitým jedincům, například těm, pro které je intimita individuální práce příliš intenzivní.
7. Skupina mohou být demokratičtější a dělit se o moc a zodpovědnost.
8. Některé terapeutů může skupinová práce uspokojovat více než práce individuální.
9. Skupina může být ekonomický způsob, jak využít odborné znalosti a pomáhat několika lidem najednou.

Přesto zde existují také některé nevýhody (Brown,1992):

1. Zachování důvěrnosti je obtížnější, protože je zapojeno více lidí.
2. Skupiny potřebují zdroje a jejich organizování je obtížnější.
3. Členům skupiny je poskytováno méně individuální pozornosti.
4. Skupina může snadněji někoho označkovat, dát mu „nálepku“, které se pak obtížně zbavuje.
5. Lidé se mohou vyhnout rozhovoru o nepříjemných tématech, protože se za někoho „schovají“.

Důležité je vhodně uspořádat prostor pro diskusi. Je třeba, aby každý věděl, o čem hovoří, přičemž oční kontakt každého s každým zároveň usnadňuje skupinovou kohezi (Liebmann,2004).

Jedním používaným skupinovým projektem u osob s mentální retardací jsou koláže. Účast několika klientů na jedné činnosti přináší velmi kreativní řešení a zároveň skoro vždy zajímavý výsledek. Záleží ovšem opravdu na vhodné motivaci, na výběru tématu i materiálu a samozřejmě na skupině samotné. Pokud terapeut zná dokonale klienty, může vybrat skupinu, která se dobře zná a rozumí si, ale může se vybrat i klientela rozdílná, kde se snažíme o vhodnou komunikaci, spolupráci, odstranění negací vůči některému z klientů. Zde opravdu velmi záleží na tom, jak terapeut zná klienty.

6.5 Práce s hlínou

Práce s hlínou je u klientů s mentální retardací přínosná zejména tím, že je bezprostředně orientována na stimulaci hmatu, na cvičení a rozvoj jemné motoriky, na rozvoj vnímání prostoru a tím i na uvědomování si a rozvoj vlastního těla a následné sebepojetí. Zanedbatelná není ani odpovídající možnost sebevyjádření a seberealizace. Tato činnost by měla probíhat v přístupném a přehledném prostoru, v němž jsou nainstalovány potřebné pracovní plochy. Ty by měly být přizpůsobeny tělesné výšce klientů, být stabilní a mít lehce udržovatelný povrch. Jako součást prostoru se doporučují i plochy na odkládání a vystavování výrobků (M. Velínská, Praktické využití činnosti terapie u jedinců s mentální retardací, diplomová práce, Olomouc 2003).

Hlína dává možnost kompenzace postiženého nebo chybějícího smyslu. Je materiálem diagnosticky mimořádně plastickým a expresivním, jako i relaxačně-rehabilitačním (lidé s narušenou jemnou motorikou). Modelování z hlíny tedy disponuje velkým terapeutickým potenciálem a jeho přenos do výchovně-léčebné oblasti je nesporný. Efekt je těžko měřitelný, respektive vyčíslitelný, jak to ještě často ortodoxně myslící vědci vyžadují. Hlína jako médium zjevně fascinuje a oslovuje člověka už dlouho. Modelování z hlíny je vždy znovu se opakující akt stvoření ať už je tvůrcem sochař nebo postižené dítě. První seznámení s hlínou má nesmírný diagnostický význam. Někteří dospělí i děti jsou jí okamžitě nadšeni, jiní ji berou do rukou opatrně, jako by to bylo něco co znečišťuje. Hledání a nacházení vlastního tvaru je vhodné například pro depresivní klienty, protože v sobě nese možnost změn, dynamiku a ne jenom statické neměnné konstalace jejich života. Každý z nich ho může částečně ovlivnit jako tvůrce. Najít svůj tvar. Být ve své formě (Pipeková, Vítková, 2001).

7 Rizika v arteterapii u osob s mentální retardací

Každý člověk s mentálním postižením je určitá individualita. Právě tyto individuální rozdíly mohou způsobit různé problémy při různých činnostech, například i v arteterapii.

7.1 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací

Mentální retardace se klinicky projevuje zejména:

- zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků
- sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů
- sníženou mechanickou a zejména logickou paměť
- těkavostí pozornosti
- nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování
- poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace
- impulsivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování
- citovou vzrušivostí
- sugestibilitou a rigiditou chování
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“
- opožděným psychosexuálním vývojem
- nerovnováhou aspirací a výkonů
- zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí
- poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci
- sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými dalšími charakteristickými znaky (Švarcová, 2000).

Je tedy nutno velmi přihlížet k těmto znakům ať už obecně nebo individuálně u jednotlivých osob s mentální retardací, protože zanedbání nebo opomíjení by mohlo vést např. k problémovému chování nebo k dalším jiným zbytečným konfliktním situacím.

7.2 Profesionalita a schopnosti terapeuta

Podílí se na míře úspěchu terapie. Klient je svobodná autonomní bytost, která o sobě rozhoduje sama. Arteterapeut přistupuje ke klientovi rovnocenně. Poskytuje mu dostatečný prostor k sebevyjádření, pomáhá a doprovází ho na cestě terapie. Jeho intervence nesmí klienta omezovat. Poskytnutí dostatečného pocitu bezpečí a důvěry způsobí, že klient dokáže lépe uvolnit a hovořit o svých potížích. Profesionalita terapeuta přispívá k bezpečnému vztahu, kde se může dotyčný klient bez ostychu vyjádřit, vytříbí se různé druhy komunikace, které pomáhají pochopit klienta i jeho problém. Správně by měl terapeut empaticky naslouchat klientovým potřebám, umět předvídat okolnosti, reflektovat situaci a vnímat i jiné než verbální sdělení. Zájem o rozvinutí komunikace a pozitivní vztah ke klientele hraje základní roli. Klient není vždy dostatečně komunikativní a konverzaci většinou začíná terapeut.

Arteterapeut by se měl řídit nejen klientovými potřebami, ale i svými možnostmi. Vybrané metody arteterapie a přístupů jsou ovlivněny diagnózou, povahovými vlastnostmi i zájmy klienta. Nesporně k tomu patří i možnosti daného zařízení ve kterém se klient i terapeut nacházejí.

7.3 Etika v přístupu ke klientovi

Etické zásady zaručují ochranu klienta před neetickou aplikací terapie, slouží založení standardu terapeutů a jako základ řešení stížností. Tak jako ve všech pomáhajících profesích se musí zachovávat úcta ke klientovi a respektovat jeho práva. Klient nesmí být ponižován, manipulován a nesmí se mu jinak ubližovat. Chování, komunikace a i výsledky práce klienta nesmí být zesměšňovány nebo používány k jakýmkoli jiným účelům bez souhlasu klienta.

Užití nějaké formy oklamání, podvedení klienta s cílem přimět ho udělat to, co si terapeut přeje, nebo zabránit klientovi v jednání, které je z pohledu terapeuta obtížné, atd., je v rozporu se Standardy kvality sociálních služeb.

7.4 *Motivace*

Metody stimulující práci klientů s mentální retardací vycházejí z psychologických zákonitostí výchovného procesu. Nemotivovaná činnost přináší daleko větší riziko než nečinnost, postrádá smysluplnost a závažnost. Pro mentálně handicapované jedince hraje větší roli motivace zaměřená emotivně a názorně než racionálně.

Nejčastějším motivačním prvkem je vyprávění, které většinou navazuje na předchozí poznatky klientů a tím se snaží navodit jejich zájem. Je nutné vzbudit kladnou motivaci, upoutat pozornost, zklidnit jednotlivce či skupinu a soustředit se na dané téma nebo úkol. Dalším vhodným prvkem motivace osob s mentální retardací je ukázka, demonstrace. Při svých napodobovacích schopnostech jsou osoby s mentální retardací schopny pochopit tuto variantu motivace asi nejlépe. Nutné je používat motivační metody i během činnosti, aby se zájem nevytrácel. I zde je velmi nutné, aby terapeut dobře znal svoji pracovní skupinu nebo jednotlivce ohledně případných nedorozumění nebo zbytečně neadekvátních reakcí klienta na nevhodnou motivaci.

8 Praktická část

8.1 Úvod do pozorování

V této části diplomové práce bylo cílem zmapování používání různých prostředků a metod arteterapie v ÚSP pro mentálně postižené děti a mládež Bylany.

Průzkum byl prováděn pozorováním vlivů, které působí na chování a komunikaci osob s mentální retardací, pohovory s klienty i personálem, porovnáváním některých výsledků tvorby.

8.2 Cíle pozorování

Jak už vyplývá z názvu závěrečné diplomové práce „Arteterapie v Ústavu sociální péče pro mentálně postižené děti a mládež“ hlavním tématem této práce je porovnávání činností klientů v této oblasti s poznatky z minulých let a ověřit jak arteterapie v tomto zařízení funguje nyní a zda může napomoci mentálně retardovaným porozumět sama sobě nebo naopak okolnímu světu porozumět jim. Snahou bylo též zjistit, zda může ovlivnit jejich postoj vůči druhým, naučit se vyjadřovat své emoce a nálady. U klientů s poruchou jakéhokoliv druhu komunikace, využít arteterapie jako komunikačního prostředku.

8.3 Popis pozorovací metody a zdůvodnění jejího výběru

Pozorování bylo zahájeno v roce 2002 a to ze dvou důvodů. Od ledna tohoto roku byla otevřena nová budova Ústavu sociální péče Bylany. Byla postavena v Českém Brodě s navýšením kapacity klientů o 21.

Příliv nových klientů, převážně z rodinného prostředí a nově vzniklé zařízení nabízí možnosti srovnání vlivů, které působí na celkovou osobnost lidí s mentální retardací a tím i na jejich přístup k různým činnostem a zároveň, jak je tyto činnosti ovlivňují.

9 Problematika ústavní péče v České republice

K nejrozšířenějším zařízením sociální péče, v nichž může probíhat edukace osob s mentální retardací patří ústavy sociální péče. Ústavy v současné době zajišťují tři formy provozů: denní, týdenní či celoroční pobyt. Důležitým výchovným faktorem je zde tedy různý stupeň vyjmutí tzv. uživatelů sociálních služeb z přirozeného rodinného života. Z hlediska tohoto faktoru je pak optimálním řešením denní (případně týdenní) provoz, neboť poskytuje intenzivní odbornou péči, aniž by uživatele služeb úplně vytrhoval z onoho obtížně nahraditelného primárního prostředí. Je sice pravda, že se tito uživatelé i nadále setkávají s ne zcela reprezentativním vzorkem společnosti, avšak s ohledem na jejich specifické potřeby zde bývá učiněno maximum (Valenta, Miller, 2003).

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Cílem služeb bývá mimo jiné podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu, rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život, snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů. Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis.

Prvním komplexním pokusem o řešení kvality sociálních služeb bylo vydání tzv. „Standardů“ Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR v roce 2002. V něm je mimo jiné stanovena povinnost zařízení respektovat základní lidská práva uživatelů služeb, jakými

jsou: ochrana osobní svobody, soukromí, osobních údajů, právo na vzdělání a svobodnou volbu povolání, svobodu rozhodování, ochrana před jakýmkoli formami zneužívání, nucenými pracemi, diskriminací apod. (Valenta, Miller,2003).

V souvislosti se zmíněnou kvalitou služeb je důležité připomenout i nadále existující rozpor dvou „filozofií“ přístupu k ústavnictví – tradiční (medicínský či ochranný orientovaný) a moderní (vycházející z potřeb uživatelů). Oba přístupy se pak mnohdy odvíjejí od „lidských zdrojů“. Mentálně postiženým klientům některých ústavů sociální péče a jejich výchově tak neustále hrozí riziko „zakonzervování“ personálu, čili jeho setrávání na tradičních modelech rezidenční péče. Ty nerespektují nejnovější poznatky o významu nejrůznějších forem stimulace, byť jen dílčích psychomotorických funkcí, považují klienty za pasivní objekty manipulativní péče a omezují se na zjištění jejich základních fyziologických potřeb a na restriktivní opatření vůči problematickým prvkům v jejich chování. Navíc jsou „živnou půdou“ pro všemožné doprovodné negativní jevy, např. pro šikanu, zneužívání, hospitalismus apod. (Valenta, Miller,2003).

S poskytováním kvalitních služeb daného zařízení, ústavu, pochopitelně souvisí i obsah a organizační formy a výběr možností určitých činností. Nemalý vliv má i personál pracující s klienty a vedení ústavu. Protože na základě schopností těchto lidí se odráží celkový obraz zařízení.

10 Charakteristika pozorovaného zařízení

Zařízení ve kterém bylo prováděno pozorování je Ústav sociální péče v Bylanech se sídlem v Českém Brodě. Věková hranice klientů je od 3-26 let a výše. Tolik ze zřizovací listiny. Současná budova (příloha č.1) byla nově postavena a otevřena v prosinci 2001. Původních 45 obyvatel zámečku, v kterém doposud ÚSP fungovalo o roku 1961, v nedaleké vesnici Bylany, bylo přestěhováno do nové budovy a bývalý objekt ÚSP byl navrácen v restitucích původnímu majiteli.

Do nového objektu bylo přijato dalších 21 klientů, převážně z rodinného prostředí, menší část z dětského domova nebo speciálních mateřských škol. Takže kapacita nového ÚSP je 66 klientů. Stávající klientela čítá 3 klienty nadstav a vede asi 35 nevyřízených žádostí o umístění.

Zařízení je projektováno do přízemí a prvního patra. V přízemí se nachází ubytování pro klienty s těžkým mentálním a tělesným postižením, které je rozděleno na tři oddělení. Péči o tyto klienty se věnuje zdravotnický personál, protože náročnost této péče je velmi vysoká. Příkladem je skladba jednoho z oddělení, kde je 11 plně imobilních klientů, z toho 8 vyživováno sondou. Ani jeden z klientů není schopen samostatné chůze ani péče o vlastní osobu. I přesto jejich pokoje odpovídají vybavením každému normálnímu pokoji dětí v rodinách. Vše v pokojích má svůj záměr, jako např. stimulace smyslů pomocí různých maleb nebo hraček a kompenzačních pomůcek. (příloha č.2)

V prvním patře má svůj „domov“ 33 klientů převážně s lehkou, střední až středně těžkou mentální retardací. Zde je ubytování rozděleno do dvoulůžkových pokojů s vlastním sociálním zařízením a společenskými místnostmi vhodnými pro volnočasové aktivity a relaxaci. Je zde část věnovaná vzdělávání (odloučené pracoviště Speciální školy) a část pro terapie (muzikoterapie, keramická dílna, textilní dílna, výtvarná dílna atd.). (příloha č.3) Klientům se zde věnuje pedagogický personál. Velkým přínosem pro klienty, ale i pro zde pracující personál jsou právě tyto velké, moderně zařízené prostory, které poskytují spoustu možností pro aktivity, zároveň však i pro soukromí klientů. (příloha č.4)

Součástí celého zařízení je venkovní vyhříváný bazén, vířivý bazén, rehabilitace a rozsáhlá zahrada pro sportovní vyžití s odděleným sadem a skleníkem. (příloha č.5)

Většina klientů zařízení navštěvuje Speciální školu v Českém Brodě. Imobilním nebo těžce postiženým klientů je vzdělávání zajištěno přímo v ÚSP. Buď formou přípravné třídy na již zmíněném odloučeném pracovišti Speciální školy nebo formou individuální. To znamená, že pedagogové ze Speciální školy v Českém Brodě dochází přímo k lůžku klienta.

Velký vliv na to, že je stále tolik nových žadatelů, má právě velmi moderní zařízení a vybavení pro činnost klientů. Ve spousta bodech splňuje toto zařízení již nově modelované požadavky Standardů kvality péče sociálních služeb, např. co se týče požadavků na bydlení, rehabilitaci, stravování, poskytování soukromí klientům a v neposlední řadě i možností pro činnost klientů, třeba právě v rámci arteterapie. Je nutné připomenout, že i toto zařízení má i přes svoji „novost“ spoustu problémů a nedostatků, které je nutno postupně řešit. A může to být právě posun v arteterapeutických činnostech, na základě této diplomové práce.

10.1 Rozdělení klientů v daném zařízení

Zařízení je rozděleno do 6 oddělení, kde převážnou část tvoří klientela se středním až středně těžkým postižením.

Velmi náročným na péči o klienty je oddělení imobilních klientů, kde i přes jejich velmi těžké postižení nejen mentální (těžká a hluboká mentální retardace), ale např. i tělesné, poruchy srdeční, poruchy trávení, je jim personálem věnována taková péče, že není výjimkou vidět na tvářích těchto klientů úsměv a spokojenost.

Další dvě oddělení, kde pracuje zdravotní personál tvoří převážnou část uživatelů sociálních služeb klienti se středně těžkou a těžkou mentální retardací. Pokoje jsou dvou-lůžkové, společné jsou místnosti pro terapie a volnočasové aktivity. Pevná část klientů je motoricky soběstačná, problémy jsou na úrovni hygieny, sebeobsluhy, stravování. Terapie jsou většinou zaměřovány právě na ty činnosti, které klientů dělají největší problémy. Velkou součástí zdravotní péče na těchto oddělení je rehabilitace. U těchto klientů je povinná školní docházka prováděna většinou individuálně speciálním pedagogem na základě individuálních plánů. Ostatní aktivity jsou v rámci personálu, který pracuje s danou skupinou a navazuje na individuální plány vytvořené školou.

V prvním patře jsou tři oddělení klientů převážně s lehkou a středně těžkou mentální retardací. Oddělení je rozděleno na dívky – žluté oddělení, chlapce – modré oddělení a tzv. stacionář – zelené oddělení, kde je 7 chlapců ve věku od 18 – 36 let. Jsou samostatnější, vytvářejí jakousi komunitu dospělých, která má náročnější požadavky, jiné záliby. Hlavně mají možnost mít své soukromí, protože klienti mají sice ubytování rozdělené, ale různé terapie, rehabilitaci a zájmové činnosti provádějí společně. Bohužel právě zde dochází někdy ke konfliktům. Zde se ukazují rozdílnosti v chování a náladách klientů, z nichž některé z nich pomáhá řešit právě arteterapie. Klient nemusí mít vždy náladu pracovat právě s tím nebo oním kamarádem. Někdy starším klientům vadí malé děti a naopak. Právě proto je rozděleno ubytování tak jak je, neboť dlouhodobým pozorováním bylo zjištěno, kde to kterému z klientů nejlépe vyhovuje nebo to, co si on sám vybral.

10.2 Personální zabezpečení v zařízení

Tab. 1: Složení a rozdělení personálu v ÚSP

POČET	I.odd.	II.odd.	III.odd.	IV.odd..	V.odd..	Stacionář
klientů	14	11	12	12	12	8
zdr.personálu	-	-	5	1	1	-
pom.zdr.pers.	-	-	-	5	4	-
vychovatelů	1	1	-	-	1	-
pom.vých.pers.	2	2	-	-	-	2

11 Možnosti arteterapie v zařízení

Nové zařízení, na rozdíl od staré budovy, poskytlo spousty prostoru pro práci s klienty. Tedy i v oblasti arteterapie možnosti pokročily dopředu. Každá činnost s klienty s mentálním postižením má svůj význam a zároveň svá určitá pravidla. Výtvarná tvorba je podle Campellové (2000) vnímána jako odpočinková tvůrčí činnost, jež nějakým způsobem obohacuje náš život. Tvůrčí proces též pomáhá odvádět jeho účastníky od destruktivního chování a hraje významnou roli v překonávání jejich psychických obtíží.

I prostředí má velký vliv na tvorbu klientů. Předěšlé zařízení mělo také jistě své kouzlo, ale právě malé prostory měly velký podíl nejen na chování klientů, ale i na jejich činnosti, na jejich chuti něco vytvářet. S tím jsou zkušenosti i z jiných zařízení. Např. Campellová (2000), se zmiňuje, že pracovní terapie v psychiatrických léčebnách přispěla k poznání, jak důležité je vytvořit vhodné podmínky pro rozvoj samostatného výtvarného tvoření. Všimla si toho, že výtvarné práce pacientů vznikající v nemocničních pokojích či v oficiálním terapeutickém prostředí se výrazně lišily od těch, jež byly vy-

tvořeny v tzv. „Chýši pro umění (prostoru pojatém jako „oáza“, který pacienti podněcoval k uvolněnému projevu).

V nové budově ÚSP se přímo počítalo s místnostmi na terapie, které byly během času uzpůsobeny terapiím dle potřeby. Nejen, že je jich více, ale dávají právě dostatek prostoru pro realizaci různých projektů a různých možností terapie.

11.1 Kresba

Při vši možné zdravé skepsi je možno vycházet z předpokladu, že charakter kresby není záležitostí náhody, ale je ovlivněn zkušenostmi, zážitky a představami autora obrázku. Novák (2004) říká, že kresebný projev je projekcí vědomých i nevědomých přání, představ, tužeb i cílů. A právě tímto se řídí vychovatelé, když zařazují do výtvarné činnosti kresbu. Velká většina klientů tohoto zařízení má problémy s komunikací a jak vyplývá z tabulky personálního zabezpečení, nelze bohužel umožnit klientům neustálý individuální přístup. Vzhledem k tomu, že kresba je velice spontánní a většině klientů přirozená, využívá se jí jako náhradního komunikačního prostředku u velké části klientů. Samozřejmě, že tato činnost je přirozenější mladším klientům, kde je kresba jejich častou hrou. A právě zde, kde dítě je při kreslení motivováno tím, co ho zajímá nebo trápí (Davido, 2001), se dají při určitých zkušenostech vypořádat problémy zdejších klientů, jejich nálady nebo starosti, které se u některých jedinců dají právě kresbou napravit nebo alespoň vylepšit.

Např. klientka, 23let, bez rodičů, od 4 let v ÚSP, středně těžká mentální retardace. Zjištěna schizofrenie, velké citové strádání. Ve svých „špatných náladách“ požaduje maminku, velice pláče, někdy dochází k sebepoškozování. Nutné je nabídnout jí takovou aktivitu, která odkloní tyto problémy na „vedlejší kolej“. Mezi tyto vypořádané aktivity patří právě kresba, kdy nakreslí právě maminku, domeček, postel atd. Je na nich krásně zřetelné jak se vyvíjí její nálada během tvorby. První obrázek = tmavě zelená s tmavě modrou, zelené sluníčko, zmateně zasazená židle, do toho vzpomínky z nedávno absolvovaného plesu a neustálý strach – čert. Při povídání o čertovi, že se nemusí bát, že tu žádný není, si vybavuje anděla a dárečky = Mikulášská nadílka (druhý obrázek).Dárečky zlepšily náladu a třetí obrázek představuje mamčin domeček ve žluté zářivé barvě s červenými doplňky kolem.(příloha č.6a) Jak se vyjasňují barvy ob-

rázku, vyjasňuje se i její tvář. Vše si pak vezme do svého pokoje nebo je daruje jinému kamarádovi, který je také smutný. Kresba je neumělá, odpovídá mentálnímu věku v rozmezí 3-5 let, ale to není v tuto chvíli podstatné. Podstatný je výsledný efekt v náladě a chování klientky. Zde je velmi názorně vidět, že i dospělá klientka využije kresbu ku svému prospěchu.

Kresba je zde nedílnou součástí nejen volnočasových aktivit, ale i vyjádřením svých tužeb a přání nebo prvkem, který pomůže při lepším vyjádření požadavku nebo při špatných náladách. Výhodou kresby je, že ji mohou klienti využívat nejen v prostorách k tomu určených, ale i ve svém soukromí, v přírodě a jako jeden z druhů arteterapie se využívá na pobytech s klienty mimo zařízení. (příloha č.6b)

11.2 Koláže

Mezi velmi rozšířenou arteterapeutickou techniku patří koláž. Je to výtvarné dílo, vytvořené vystříháním nebo vytrháním částí určitého materiálu, získaného z barevných tiskových ploch obrazových nebo i z prvků typografických - z velkých i malých písmen, číslic, částí textu. Je možné použít též kombinace papíru s textilem a různých druhů přírodnin. Získaný materiál využíváme k výtvarnému zpracování. Hotovou koláž nalepujeme lepidlem na podkladový materiál (papír, látka). Koláž můžeme doplňovat dokreslováním, domalováním, písmem i tiskem. (příloha č.7) Je velmi dobrým cvičením trpělivosti, skládání prvků do vyvážené kompozice. Což se zde uplatňuje především u klientů s potřebou určitého zklidnění, u klientů kde je potřeba naučit určitému uvolnění, ale i seberealizaci a podpory fantazie. Široká možnost nabídky v této oblasti umožní klientovi popustit uzdu své fantazii příloha 7a) a prezentovat své dílo sám za sebe nebo jako celá skupina. Skupinově se využívá tvorby koláže ke spolupráci několika klientů, neboť právě tato činnost nutí k diskusi s ostatními, dokázat vyjít vstříc, prosadit si svůj názor nebo naopak připustit myšlenku druhého. Velice dobře se zde dají poznat povahové rysy jednotlivých klientů, hodnotit jejich schopnosti i negativa. Poznání toho všeho lze pak využívat při vytváření dalších činností pro jednotlivé klienty, které jim umožní rozvíjet to v čem jsou dobří, to co je zajímavá nebo to, co má pozitivní vliv na jejich chování či nálady. I zde záleží velmi na vhodné motivaci a na zájmu klientů.

Převážně tvoří z přírodnin, které si sami nasbírali (šišky, větvičky, šípky, listy atd.). Jako další vhodný materiál se používá písek, látka, těstoviny, rýže a některé umělé hmoty (igelit, plasty). Je nutné s nimi klienty vhodně seznámit, protože neznalost může být příčinou dalšího problémového chování nebo zbytečného strachu z neznáma. Velká pozornost při používání této techniky je věnována klientům s atypickým autismem. Vyjdeme-li z podstaty problému, podle něhož mají lidé s autismem „neschopnost vytvořit přiměřené vztahy se svými vrstevníky na odpovídající úrovni“ (Gilbert, Peters, 1995) a z toho, že dalším z problémů je neschopnost adekvátně používat kontakt z očí do očí, tělesné postoje, výraz obličeje, gesta k regulování sociálních interakcí, zpožděná nebo úplná absence vývoje mluveného jazyka, problémy s představivostí, je tvorba koláží jedním z prostředků jak klienty s atypickým autismem vtáhnout do činnosti. (příloha č.7b) Převážně skupinová koláž nabízí možnosti pomalého a nenásilného zapojení s přihlédnutím k povaze klienta. Možnosti osahat si materiál, účastnit se na jeho zajištění (sbírání šišek v lese), je velkou možností pro vytvoření řetězce, který umožní klientovi krok po kroku zjistit s jakým materiálem pracuje, co se v daném kousku koláže skrývá. Navozování nových kontaktů a kontaktů vůbec, je pro autistické klienty též vhodným prostředkem k zapojení se do činností. Tato činnost musí být prováděna velmi nenásilně s přihlédnutím k celkové situaci klienta s atypickým autismem. Zde je dítě totiž schopno třeba nějakých sociálních interakcí, ale chybí představivost, chybí řeč. Poté se využívá právě té složky, která je zastoupena a ostatní musí být zastoupeno v dostatečné vizuální míře (názorné předměty, obrázky nahrazující slovo).

11.3 Muzikoterapie

Zatím v zárodcích je v ÚSP muzikoterapie. Hudba celkově má velký vliv na všechny klienty. Většina z nich ji miluje a právě proto je zde využívána jako velmi vhodný prostředek komunikace, zklidnění nebo naopak navození atmosféry k určité činnosti. Ve stádiu vývoje je i místnost určená pro muzikoterapii, která pokud má splňovat určitá kritéria, musí projít ještě některými úpravami. Ale určité pokusy o navození muzikoterapeutických sezení již byly učiněny a jak se dalo očekávat, byly přijaty s velkou odezvou. Podle své povahy může hudba určitého druhu člověka stimulovat, aktivizovat, alarmovat, mobilizovat, naplňovat energií a pocitem lidské důstojnosti, relaxovat, uvol-

ňovat, uklidňovat, konejšit, euforizovat, inspirovat, oduševňovat, může mu být do jisté míry náhradou za chybějící mezilidské vztahy nebo při nedostatku lásky anebo uznání, dávat mu pocit smyslu života a duševního naplnění, může být ventilem psychického přetlaku, zdrojem osvěžení, únikem ze životních strastí, příležitostí ke společenskému kontaktu, sebevyjádření a mn.j. (Linka,1997) a to je právě ona linie po které zatím kráčí muzikoterapie v tomto zařízení. Využíváním hudebně laděných programů a her se rozvíjí hlavně kreativní a rytmický pohyb. Jak již bylo řečeno reakce osob s mentálním postižením na hudbu jsou převážně pozitivní (vyjma klientů s autismem), proto se zde hudby využívá velmi hojně v jakýchkoliv variantách. U dětí se zbytky sluchu a u neslyšících se využívá i terapie tancem, která je samozřejmě vhodná i pro ostatní klienty. Zde je hlavním cílem poskytnutí prostoru osobnosti klienta. Taneční terapie využívá výrazových a tvořivých možností tance. Vzhledem k tomu, že většina lidí s MR není přístupná běžně používaným psychoterapeutickým postupům, které vyžadují schopnost výstižného slovního vyjádření vnitřních pocitů, právě taneční pohyb pro ně může představovat jednu z forem sebevyjádření. Komunikace se odehrává prostřednictvím tanečního dialogu. Následné pocity po tanci jsou někdy tématem při další tvorbě. Např. kresba nebo malba, odvážnější klienti zkouší vyjádřit své pocity v keramické dílně. Vhodně jsou zde prvky muzikoterapie využívány jako relaxační prostředek. V největší míře u klientů se sníženou pohyblivostí, s těžkou a hlubokou mentální retardací a u klientů s hyperaktivitou. V poslední době se tato relaxace muzikoterapií zkouší kombinovat s aromaterapií. Důležité pro vychovatele je umění improvizace, což podle Šimanovského (1998) „znamená někdy riskovat větší spontaneitu a otevřenost“. Protože někdy se stává, že určití klienti nemají na připravený hudební program tu svou „dobrou“ náladu. Pak je nutné hned na místě vytvořit činnost náhradní, třeba na téma, které si sami vyberou. (příloha č.8)

11.4 Práce s textílem

Jednou s dalších forem arteterapie v ÚSP Bylany je práce s různými druhy textilu. Jednotlivé druhy činnosti jsou přizpůsobovány schopnostem a zájmům klientů, ale zároveň

se pokouší nenásilnou formou rozvíjet schopnosti a zájmy nové. Vše se samozřejmě odvíjí i od toho, jaký materiál je k dispozici. Zatím se vedení ÚSP daří shánět sponzory z oblasti firem, které pracují s různými materiály textilu i různými druhy doplňků. Samozřejmě, že zájem o materiál by byl ještě větší, ale bohužel např. třeba zbytky vlny jsou tolik požadovaný odpad, že se nepodařilo je zajistit. K dispozici je tedy potahový materiál na nábytek, z kterého klienti stříhají tvary polštářků, za pomoci vychovatelky je sešijí a plní molitanem. Dále různé druhy látek z kterých se zhotovují kuchyňské chňapky, pouzdra na brýle, podložky do kuchyně i barevná sedátka na židle. (příloha č.9) Ve chvílích individuální činnosti s jednotlivými klienty se snaží vychovatelky podpořit klienty v práci na tkalcovských stavech, které ovšem vyžadují opravdu velké soustředění a trpělivost, ale výsledek vždy má velký vliv na sebevědomí klienta a význam pro jeho další činnost. Pokud se totiž podaří dovést dokonce činnost na nějakém výrobku, který byl pro daného klienta velmi složitým úkolem, je to velkou motivací pro činnost další a třeba ještě složitější. A to je pro lidi s mentální retardací velmi přínosné, protože jednou z možností integrace je zaměstnání a zde se dá využít třeba právě zručnosti při práci s textilem. Opravdu módou se zde v poslední době stalo vyšívání deček a ubrusů, různých rámečků a přání. Při první nabídce této činnosti se zájem rovnal jedné klientce. Nyní se ve volných chvílích snaží vyšívat i chlapci.

11.5 Práce se dřevem

Při zavádění nového zařízení do praxe se muselo začít uvažovat o nabídce činnosti pro starší klientelu, neboť bývalé zařízení bylo dětské. Co nabídnout dospělým mužům, aby činnost plnila funkci zájmovou, ale zároveň dovedla rozvíjet tvořivost, zručnost, myšlení a další aktivity vhodné pro samostatný život. Po delším zkoušení bylo vypořádáno, že práce se dřevem chlapce baví, jsou schopni na něm realizovat schopnosti a rozvíjet nové. Přes veškeré rámečky, kolíčky, prkénka se dostali na ptačí krmítka, která jsou jedním z prodejních sortimentů na výstavách, kde klienti prezentují svoji činnost. Při práci se dřevem se projeví především zručnost a vztah k této činnosti. Zároveň se však zručnost zlepšuje, prohlubuje se samostatnost a i určité zkušenosti práce s dalším druhem materiálu. (příloha č.10)

11.6 Keramika

Asi nejrozšířenější arteterapeutickou činností ve zdejších zařízení je práce s hlínou. Je to jedna z činností, která přešla již z bývalého ÚSP a podmínky pro ni vytvořené v nové budově odpovídají požadavkům pro tuto tvorbu.

Místnost pro práci s keramikou je vybavena prostornými stoly na práci, velkými regály pro materiál i pro vystavení rozdělaných nebo již hotových výrobků. Dvě vypalovací pece jsou schopny plnit funkci odpovídající potřebám dané dílny. Výhodou práce v keramické dílně je nepřeborné množství možností využití jak pro klienty s těžším mentálním postižením, tak pro klienty hyperaktivní, s problémy v chování, pro autisty, neslyšící i pro klienty s vadami zraku. Při volbě vhodné činnosti se klientům daří podmanit si hlínu, popřípadě vytvořit výrobek, kterým se mohou reprezentovat, „v hlíně je možné zhmotnit, sformovat či sformulovat svoje problémy do konkrétního tvaru“ (Pipeková, Vítková, 2001) a vytváří se tím opět jakýsi prostředek komunikace.

Je zde též znát odborné vedení vychovatelky, která má s prací v keramické dílně dlouholeté zkušenosti a co týče klientů, její schopnost empatie je obdivuhodná. Ovšem i jistá reprezentace zdejších výrobků má svá negativa. Některé výrobky jsou na takové úrovni, že je o ně na prezentacích velký zájem, ale „velkovýroba“ dalších je pro některé klienty nepřijatelná. Nebaví je dělat stejné věci, rádi tvoří a objevují nové. Podle Kohlové (1996) je podstatný proces, ne výsledek. To znamená, že klienti mohou svobodně objevovat různé materiály a jejich jedinečné vlastnosti. Nemusejí napodobovat díla dospělých ani práce svých kamarádů. Neexistuje žádný správný způsob, jak by se to mělo dělat, existuje jen jejich způsob. Oni jsou umělci. Bujná fantazie klientů umožní spatřit mezi zdejšími výrobky různé draky, zajíčky, slony, ale i hrnečky odlité ve formách a malované glazurami dle předlohy nebo nálady. Vedle těchto výrobků se vystavují i hrnečky motané z válečků hlíny, vykrajovaná zvířátka, pestrobarevné motýlci, které vytvořili klienti, pro které bylo setkání s hlínou něčím novým, někdy i negativním. Proto každý jimi vytvořený kousek si zaslouží pozornost a obdiv, což bohužel někdy na prodejních výstavách dost lidí opomíjí. (příloha č.11)

12 Rozdíly v tvorbě osob s MR v pozorovaném zařízení

Na veškeré arteterapeutické činnosti zde v ÚSP má vliv spousta faktorů. V první řadě je to asi samotný klient, jeho povaha, nálady, míra postižení, věk. Již to, že nežije v harmonickém rodinném prostředí nabízí spoustu možností, které vytváří půdu pro problémové chování, deprese, špatné nálady, negativismus. Žádné alternativní zařízení nemůže nahradit dobře fungující rodinu, ale právě činnosti jako např. arteterapie se snaží v tomto zařízení následky rodinného strádání zmírnit. Třeba tím, že mu umožní vložit své touhy a přání do namalovaného obrázku nebo do tanečního projevu, jak již bylo řečeno. Každý člověk, mentálně postižený nevyjímaje, je určitá individualita. Proto je potřeba k němu i tak přistupovat. Snažit se pochopit proč to dělá tak či onak, zjistit příčinu problémového chování nebo špatných nálad, najít odpověď nikoli na otázku „proč se uživatel podivně chová, ale na otázku co se uživatel svým chováním snaží vyjádřit, co asi cítí“ (Standardy soc. služeb, 2002). Pozorováním v tomto zařízení bylo zjištěno, že např. starší klienti s lehkou mentální retardací (muži), více obdivují a berou si příklad z vychovatelky než z vychovatele (tím není řečeno, že zde vychovatel nemá autoritu). Více ženu respektují, pravděpodobně jim nahrazuje matku a muž je jakousi jejich konkurencí. Mladší klienti tíhnou více k vychovatelkám staršího věku, pravděpodobně „babičkovský přístup“. Klienti, kteří nemají rodiče nebo se o ně nezajímají, vyjadřují svoje nadšení a radost z každé aktivity a zájmu o jejich osobu daleko spontánněji a upřímněji. Klienti starší věkové kategorie je třeba vnímat i dle jejich postižení, protože věk fyzický nemusí odpovídat zdaleka věku mentálnímu. A potom by mohli úkoly zadané v nějaké činnosti způsobit zbytečné problémové chování z toho, že klient daný úkol nezvládá, protože mu nerozumí. Toto vše je potřeba skloubit, aby nejen chování klientů, ale i jejich přístup k činnostem byl co nejkladnější a mohli v klidu a bez obav vyjádřit svá přání, své požadavky. Těm, kterým chybí rodina, vytvořit takové prostředí, aby se jí co nejvíce podobalo. Nabídky aktivit tedy směřují nejen k věku klienta, ale i k jejich postižení, aby nedocházelo ke zbytečným problémům s nezvládnutím činností a poté k následné nechuti tvořit. (příloha č.12)

13 Výsledky pozorování

Tab. Č. 2: Využití arteterapie v ÚSP Bylany

	LMR	STMR	TMR	HMR	Využití A
Textil.dílna	6%	20%	11%	-	37%
Keram.dílna	10%	20%	19%	-	49%
Muzikoterapie	10%	20%	30%	40%	100%
Práce se dřev.	8%	5%	-	-	13%
Kresba, malba	10%	20%	30%	9%	69%
Koláže	10%	20%	15%	-	45%

Na základě pozorování se dá sestavit určitý celkový obraz daného zařízení co se týče oblasti arteterapie. Jak vyplývá z tabulky č.2 nejvíce používanou terapií je muzikoterapie, která dokáže uspokojit převážnou část klientely ÚSP. Dalším nejpoužívanějším typem arteterapie je kresba, je to dáno i její spontánností a volnou tvorbou, které využívají především klienti s těžším postižením. Vzhledem ke složení klientely ÚSP (převážně středně těžká, těžká a hluboká mentální retardace) jsou právě tyto typy nejschůdnější pro většinu klientů, dokáží zde použít své schopnosti, využít svého nadšení a naučit se novým věcem. Ostatní terapie vyžadují přece jenom větší soustředění, určitý zájem o danou problematiku a hlavně zručnost. Je nutno podotknout, že vše se vyvíjí a to třeba i zručnost klientů a tudíž v případě zájmu o jakoukoli činnost je umožněno její vyzkoušení. Vše záleží jen na klientech a v důsledku nedostatku personálu někdy bohužel i na počtu personálu. Nemůže jeden pracovat s 12 klienty v dílně, kde je potřeba neustálý dohled po stránce bezpečnostní, ale i pomocné a kontrolní v oblasti samotné terapie. Převážná část terapií se provádí na oddělení s lehčím mentálním postižením. V menší míře, ale s velkým úsilím jsou zapojováni i klienti s těžším mentálním postižením. Pro srovnání uvádím v tabulce č.3 využívání metod arteterapie v bývalém zařízení, kde podmínky a prostředí zdaleka nevyhovovalo činnostem z oblasti arteterapie, ale které vlastně položily jakési základy na vybudování prostředí v zařízení novém, které bylo

umístěno v bývalém zámečku. Prostředí a okolí bylo sice nádherné, ale ostatní prostory byly zcela nepostačující pro ostatní činnosti, např. pro arteterapii. Klienti měli pro jednu skupinu (cca 12 klientů) k používání jednu místnost, která byla jídelnou, relaxační místností a zároveň sloužila i pro zábavu a volnočasové aktivity. Zdaleka ani přístup bývalého vedení nesměřoval k nějakým aktivitám vhodným pro rozvíjení klientů nebo ke snaze pomoci jim najít jiné způsoby vyjádření a komunikace. Takže veškeré inovace, pokud se nějaké odvíjely, byly spíše v duchu úprav budovy nebo zařízení kuchyně. Trochu světla přinesla jedna budova v téže obci, kterou vlastnil zřizovatel ÚSP, toho času okres. Tam byla přemístěna skupina 12 klientů s lehkou a střední mentální retardací, kteří si zde vytvořili jakýsi domov. K dispozici bylo 5 pokojů, obývací místnost, místnost na kreslení a práci s textilem, malá školička a místnost pro hudební výchovu. Byla zde i kuchyň a jídelna, takže úžasný přechod a možnost alespoň trochu se přiblížit rodinnému prostředí. Poslední rok před stěhováním do nové budovy zde byla ze sponzorského daru vybudována malá keramická dílna, která položila základy k dílně budoucí. Takže i ve staré budově se již začaly využívat některé typy arteterapie. Všech dvanáct klientů se zdokonalilo nejen v péči o sebe a své okolí, ale i v různých technikách činností, které jim přestěhování nabídlo. Zlepšení se projevilo i v náladách klientů, jejich sdílnosti, ať už formou řeči nebo prostřednictvím kresby nebo práce s hlínou. Ale stále ještě chybělo určité zázemí u vedení ÚSP i větší množství možností, které by klienty zaujalo. To nabídla až nová budova se svým vybavením.

Tab. č.3: Možnosti využití arteterapie v bývalém zařízení ÚSP Bylany

	LMR	STMR	TMR	HMR	Využití A
Kresba Malba	30%	12%	10%	-	52%
Keramic. dílna	24%	-	-	-	24%
Koláže	24%	12%	-	-	36%

V porovnání obou zařízení lze tedy konstatovat, že vliv na tvorbu klientů s mentálním postižením má ve velké míře prostředí ve kterém je prováděna, samozřejmě postižení samotné, spolupráce s rodinou, ale také zázemí, které vytvoří personál a vedení ÚSP. Protože ekonomická stránka pro využití arteterapie je neodmyslitelná. Bylo zjištěno, že v novém zařízení se zájmy klientů kladou na jedno z prvních míst a tudíž dostatek možností a dostupného materiálu je jednou z priorit zařízení.

Diskuse

Mnohé výsledky získané tímto pozorováním považuji za zajímavé a inspirativní, ale v jistých bodech i za upozorňující na různé nedostatky v oblasti arteterapie v ústavní péči. Je nutno apelovat na všechny ty, kteří se podílejí na práci s mentálně postiženými osobami a využít poznatků a zkušeností i jiných terapeutů a jiných zařízení.

Tato diplomová práce se zabývala shrnutím informací v oblasti arteterapie u osob s mentální retardací. V experimentální části se diplomová práce zabývala jednak metodami arteterapie používaných v ÚSP Bylany, tak i vlivy působícími na tuto oblast v tomto zařízení a vlivy arteterapie na další činnost klientů a klienty samotné a dalšími otázkami, které souvisí s touto problematikou.

Hypotéza 1, která předpokládala, že většina klientů se již setkala s nějakou formou arteterapie se podle předpokladu potvrdila. Z dlouhodobého pozorování a znalostí z předešlého zařízení vyplývá, že 40% klientely tohoto ÚSP se již setkalo s některým z druhů arteterapie.

Hypotéza 2, která předpokládala, že většina personálu, který pracuje s klienty se již setkala s nějakou formou arteterapie se podle předpokladu také potvrdila. Z pozorování je zřejmé, že 35% personálu pracujícího v přímé péči o klienty, vyloženě pracovalo s některou z forem arteterapie. Za důležitý poznatek považuji, že skoro polovina personálu pracuje s prvky arteterapie pravidelně a využívá jejich poznatků k další práci u osob s mentálním postižením.

Celkový zájem o arteterapeutické činnosti v ÚSP a tedy hypotézu 3 se jednoznačně nepotvrdil. Z dlouhodobého pozorování je ale zřejmé, že se nejedná o vyložený nezájem nebo nechť pracovat v této oblasti, ale jde spíše o to, že 40% klientů s hlubokou mentální retardací se jen velice okrajově účastní na těchto terapeutických činnostech, protože jim to nedovoluje právě jejich postižení. Metody se musí vybírat velmi pečlivě a vhodnou formou aplikovat pro tyto klienty. Je to tedy spíše součást jejich léčby nebo integrace, ale ne projev skutečného zájmu o tuto činnost.

Hypotéza 4, která předpokládala, že při vhodně zvolených arteterapeutických činnostech můžeme nalézt pro dané jednotlivce možnosti jak překonat např. negativní emoce, neschopnost pracovat v kolektivu, špatné nálady, smutek nebo naopak jak pomocí arte-

terapie klienti své nálady a potřeby vyjádří, jak budou její pomocí komunikovat s okolím se potvrdila. Pro vytipované klienty, kteří mají určité problémy, přinesla spoustu nových zkušeností a potvrdila, že lze arteterapie v daném zařízení využít jako prostředku, který pozitivně ovlivní chování klienta.

Hypotéza 5, která předpokládala, že dané zařízení má dostatek kvalifikovaného personálu pro arteterapeutické činnosti a vše je tedy vedeno pod odborným dohledem se nepotvrdila. Jak vyplývá z tabulky č. 1 není zde žádný kvalifikovaný arteterapeut.

Jak již bylo zmíněno v kapitole o osobnosti arteterapeuta jeho přístup, jednání a znalost problému je velmi důležitá. Samozřejmě souhlasím, ale musím dodat, že vzdělání není všechno. Což se potvrzuje v tomto zařízení u některých členů personálu v přímé péči o klienty. Jejich snaha vcítit se do problémů a starostí „svých klientů“ je tak velká, že sami vyhledávají možnosti jak pomoci a jednou z nich je právě arteterapie. Určitě se najdou rozdíly v různém podání, ve výběru různých metod, ale výsledný efekt u jednotlivých klientů je stejný. Jelikož jsem se setkala s názory, že arteterapie prováděná nequalifikovanými lidmi je jako arteterapie žádná, dovedlo mne to k zamyšlení, zda-li vůbec tuto činnost v tomto zařízení provádět. Víím, že přečíst pár knížek nebo absolvovat nějaké školení neznamená vše vědět, ale právě proto, že je v tomto zařízení spousta možností jak se vzdělávat a to i v oboru arteterapie, myslím si, že pokud se věci provádí s citem a pochopením je to alespoň malý krůček k tomu jak začít s něčím novým, s něčím co dokáže pomoci. V žádném případě nechci znevažovat obor arteterapie. Věřím, že špatný přístup v této oblasti dokáže ublížit, ale i snaha o přiblížení se k jakékoli činnosti se má cenit. Dle Slavíka (1999) můžeme arteterapii jednoduše charakterizovat jako léčbu psychiky prostřednictvím výtvarných aktivit. A o to se dle mého názoru zde snaží především.

Jednou ze základních otázek studie bylo, které faktory ovlivňují arteterapeutickou činnost v ÚSP Bylany. Přejít ze staré budovy do nového zařízení jednoznačně ukázal, že největší vliv zde má prostředí a pochopení vedení pro tyto činnosti. V další řadě je nadšení vychovatelů i zdravotního personálu pro tuto činnost. Z toho všeho je jenom krůček k nadšení klientů, protože jen vhodná motivace, dobrá nálada a pozitivní přístup k práci s mentálně postiženými může vytvářet vhodné prostředí pro různé činnosti a následně pro spokojenost klientů.

Je ovšem třeba připomenout, že jsou zde i negativní stránky, které tuto práci stěžují a mohou vytvořit právě ty nevhodné podmínky, kde vzniká problémové chování, nejistota a nechuť tvořit, vyjadřovat se, komunikovat. Je to hlavně nedostatek personálu, který pracuje přímo s klienty. Každý má rád někoho jen pro sebe. Rád to má i člověk s mentálním postižením. Má to rád, ale zároveň to i potřebuje. Potřebuje daleko více, aby mu někdo pomohl, poradil a pokud možno ho naučil, jak se postarat sám, jak se dorozumívat s okolím. Jeden vychovatel na dvanáct klientů tedy nemůže uspokojit potřeby všech. Bohužel toto nezáleží na vedení, ale na rozpočtu, který má sociální sféra jeden z nejnižších. A to sledované zařízení má jeden z nejvyšších počtů zaměstnanců v přímé péči o klienty. Situace se řeší dobrovolníky z řad studentů, převážně ze zdejšího gymnázia. Za jejich aktivity je nutno vyjádřit velký dík, protože spousta akcí a činností by nebyla vykonávána na takové úrovni jako nyní. Jako velmi pozitivní lze označit i přínos nových názorů z „venčí“, které tito dobrovolníci přinášejí.

Výhodou při zpracování pozorování v tomto zařízení bylo, že toto ÚSP znám již déle a můžu posoudit různé změny, jak celkově v ÚSP, tak v oblasti arteterapie, které se převážně týká diplomová práce. Lze se domnívat, že je to jednostranný názor osoby, která chválí, to co již delší dobu zná. Myslím si, že není důvodu nadsazovat věci, které se týkají osob s mentální retardací a největším důkazem je asi to, že ústav je přístupný široké veřejnosti, takže se každý může přesvědčit, jak se s klienty pracuje a hlavně může přinést poznatky nové a hlavně pomoci.

Ve své diplomové práci si uvědomuji mnohé nedostatky, vyplývající zejména z obecného pohledu na celé pozorování. Celkový průzkum jednotlivých činností nebo podrobný náhled na určitou formu arteterapie by byl jistě zajímavější. Naproti tomu však ucelený pohled na stav činností a zvláště pak arteterapie v tomto zařízení, bude výchozím materiálem personálu ÚSP pro další práci s klienty. Celkové zhodnocení a upozornění na výsledky práce mohou mít vliv i na příliv zájmu ze strany zřizovatele ÚSP a pomoci např. s lepším personálním obsazením.

15 Závěry pro praxi

- osoby s jakoukoli mentální retardací se mohou podílet na různých formách arteterapie, při použití vhodných metod
- je potřeba vhodnou formou vzdělávání umožnit personálu v přímé péči o klienty další seznamování s metodami a využíváním arteterapie
- najít vhodnou formu navýšení pracovníků v přímé péči o klienty
- vzhledem k převažující klientele s těžším mentálním postižením, vytvářet více možností v oblasti arteterapie pro tuto skupinu klientů
- vhodným způsobem provádět i nadále pozorování vlivu arteterapie na klienty a využívat je pro další činnosti a vhodného přístupu ke klientům

16 Závěr

Umělecky zaměřené programy umožňující svobodné sebevyjádření, rozvíjení individuality a sebeuvědomění, pomáhají rozvoji osobnosti člověka s mentálním postižením a posilují jeho schopnost prosazovat vlastní lidská práva.

Postupy umělecky zaměřených programů by měly rozvíjet osobnost člověka s mentálním postižením. Klient nemá sloužit uměleckým ambicím vedoucího programu, ale umělecké prostředky mají sloužit klientovi.

Nedostatkem tradiční ústavní péče bylo nerespektování vlastního světa klientů a vytváření náhradního umělého světa. Člověk s mentálním postižením disponuje omezenými verbálními schopnostmi a dovednostmi, často nedokáže sdělit svá přání a pocity. Pro zjištění jeho skutečných potřeb je třeba hledat alternativní komunikační prostředky. Sebevyjádření prostřednictvím pohybu nebo výtvarného projevu představuje efektivní alternativní formu verbální komunikace.

Problematika arteterapie je téma daleko širší, než skýtá rozsah této práce, proto byl prostor některým tématům věnován pouze zkratkovitě, některá byla pominuta zcela. Záměr uvedeného výběru byl přibližně takový, že snahou bylo uvést fakta úměrná k získání základní orientace v oblasti arteterapie, které se při větším zájmu mohou prohlubovat.

Při čerpání z literatury byl kladen důraz nejčastěji na díla předních odborníků působících v této oblasti. Není náhodou, že většina citovaných prací je z druhé poloviny devadesátých let. Oblast arteterapie se neustále vyvíjí a stává se stále častěji námětem pro zkoumání a následnou publikaci.

Cílem je, aby tento projekt byl jakousi motivací a návodem zároveň, jak pedagogickým pracovníkům, tak ostatním, kteří by se chtěli lidem s mentálním postižením věnovat.

17 SEZNAM LITERATURY

- CAMPBELLOVÁ, J.: *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 199 s. ISBN 80-7178-428-1
- DAVIDO, R.: *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 208 s. ISBN 80-7178-449-4
- GILLBERG, CH., PEETERS, T.: *Autismus-zdravotní a výchovné aspekty*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 122 s. ISBN 80-7178-201-7
- HUTŇANOVÁ, Z.: *Tvoříme s dětmi*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2004. 80 s. ISBN 80-204-1098-8
- JEBAVÁ, J.: *Úvod do arteterapie*. Dotisk. Praha: Karolinum, 1997. 95 s. ISBN 80-7184-394-6
- JOHNOVÁ, M., ČERMÁKOVÁ, K.: *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2002. 112 s. ISBN 80-86552-45-4
- KOHLLOVÁ, M.: *200 výtvarných činností*. 1. vyd. Praha: Portál, 1996. 271 s. ISBN 80-85282-90-9
- KULHÁNKOVÁ, E.: *Písničky a říkadla s tancem*. 2.vyd. Praha: Portál, 2002. 143 s. ISBN 80-7178-655-1
- LIEBMANN, M.: *Skupinová arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 280 s. ISBN 80-7178-864-3
- NOVÁK, T.: *Co dítě sděluje, když nakreslí svou rodinu*. 1. vyd. Olomouc: Rubico, 2004. 48 s. ISBN 80-7346-037-8
- PAUSEWANGOVÁ, E.: *100 her k rozvoji tvořivosti v předškolním a mladším školním věku*. 5. vyd. Praha: Portál, 1992. 106 s. ISBN 80-85282-59-3
- PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M.: *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. vyd. Brno: Paido, 2001. 165 s. ISBN 80-7315-010-7
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J.: *Základy arteterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0
- ŠIMANOVSKÝ, Z.: *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 248 s. ISBN 80-7178-264-5

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

VÁGNEROVÁ, M.: *Úvod do psychologie*. Dotisk. Praha: Karolinum, 2001. 210 s. ISBN 80-246-0015-3

VALENTA, M., MÜLLER, O.: *Psychopedie*. 2. vyd. Praha: Parta, 2004. 443 s. ISBN 80-7320-063-5

ZELINKOVÁ, O.: *Poruchy učení*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 196 s. ISBN 80-7178-038-3

SERIÁLOVÉ PUBLIKACE

ARTETERAPIE: Instituce. Č. III/7. Praha: Česká arteterapeutická asociace, 2005. Vychází nepravidelně.

ARTETERAPIE: Děti. Č. I/5. Praha: Česká arteterapeutická asociace, 2004. Vychází nepravidelně.

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA: Arteterapie v souvislostech speciální pedagogiky. roč.9, čl. Praha: Pedagogická fakulta UK, 1999. Vychází měsíčně. ISSN 1211-2720

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

° *Arteterapie v ČR*. [online]. c2001, poslední revize: neuvedena. [cit.25.3.2005]

Dostupné z WWW: <<http://arteterapie.cz/engine.php3?act=1>>

° *PVŠPS, s.r.o.* [online]. c1998, poslední aktualizace: 25.8.2004. [cit.14.2.2006]

Dostupné z WWW: <<http://www.viap.cz/knihy/mentalniretardace.htm>>

° *Help24.CZ – psychologie/duševní zdraví* [online]. c2001-2006, poslední aktualizace: neuvedena. [cit.14.2.2006]

Dostupné z WWW: <<http://www.help24.cz/index.php?page=terapie&view=arteterapie>>

° *Dobromysl*. [online]. c2005, poslední revize: neuvedena. [cit.16.3.2006]

Dostupné z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.asp?id=537&tmplid=45>>

18 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Atd.	a tak dále
Apod.	a podobně
ČAA	Česká arteterapeutická asociace
HMR	hluboká mentální retardace
LMR	lehká mentální retardace
Mn.j.	mnoho jiných
MR	mentální retardace
NS	nervová soustava
Pom.vých.pers.	pomocný výchovný personál
Pom.zdr.pers.	pomocný zdravotní personál
STMR	středně těžká mentální retardace
ÚSP	ústav sociální péče
TMR	těžká mentální retardace
Tzv.	tak zvaný
Zdr.pers.	zdravotní personál

19 SEZNAM PŘÍLOH

Vysvětlivky

Příloha č. 1: Fotografie – ÚSP

Příloha č. 2: Fotografie – Prostory pro těžce postižené klienty

Příloha č. 3: Fotografie – Prostory pro terapie

Příloha č. 4: Fotografie – Prostory pro soukromí a relaxaci klientů

Příloha č. 5: Fotografie – Prostory pro volnočasové aktivity

Příloha č. 6a: Fotografie - Kresba klientky s MR a poruchami chování

6b: Fotografie – Ukázky dalších prací v rámci arteterapie

Příloha č.7: Fotografie – Koláže

7a: Fotografie - Fantazie (voskovky)

7b: Fotografie – Práce klientů s atypickým autismem

Příloha č. 8: Fotografie – Muzikoterapie

Příloha č. 9: Fotografie – Práce s textilem

Příloha č.10: Fotografie – Práce se dřevem

Příloha č.11: Fotografie – Keramika

Příloha č.12: Fotografie – Příklady vlivu arteterapie na chování klienta

Přílohy

Vysvětlivky odborných výrazů

Anxiózní: vyhýbaná, úzkostná, závislá (deprese)

Artismus: uzavření se do vnitřního psychického světa s poruchou kontaktu s realitou

Behaviorální: zabývající se chováním subjektů na základě studia odpovědí na stimuly

Epilepsie: padoucnice, záchvatové onemocnění

Fyziognomie: podoba, výraz (obvykle obličeje)

Imaginativní: obrazotvornost, představivost

Inkontinentní: neschopný udržet moč

Insitní umění: vrozené, označení naivního umění

Koheze: soudržnost

Oligofrenie: slabomyslnost, MR

Pervazivní: hluboko pronikající, neuropsychické onemocnění, opožděný a abnormální vývoj sociálních, komunikativních a kognitivních funkcí

Probanda: sledovaný, zkoumaný

Rudimentární: základní, elementární

Signifikantní: příznačný, důležitý

Příloha č.1 - ÚSP



Příloha č. 2: Prostory pro těžce postižené klienty



Příloha č. 3: Prostory pro terapie



Příloha č.4: Prostory pro soukromí a relaxaci klientů



Příloha č. 5: Prostory pro volnočasové aktivity



Příloha č. 6a: Kresba klientky s MR a poruchami chování



Příloha č. 6b: Ukázky dalších prací v rámci arteterapie



Příloha č. 7: Koláže



Příloha č. 7a: Fantazie (voskovky)



Příloha č.7b: Práce klientů s atypickým autismem



Příloha č. 8: Muzikoterapie



Příloha č. 9: Práce s textilem



Příloha č. 10: Práce se dřevem



Příloha č. 11: Keramika



Příloha č. 12: Příklady vlivu arteterapie na chování klientů

Pohoda



Radost



Důležitost



Pečlivost



Únava

