

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta tělesné výchovy a sportu

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2006

Tomáš Macháček

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta tělesné výchovy a sportu

**Uplatnění pohybových aktivit a muzikoterapie při léčbě osob  
s mentální retardací – využití muzikoterapie a pohybových aktivit v ÚSP  
v Brandýse nad Labem**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Jana Jebavá

Zpracoval:

Tomáš Macháček

PRAHA DUBEN 2006

## **ABSTRAKT:**

**Název:** Uplatnění pohybových aktivit a muzikoterapie při léčbě osob s mentální retardací-využití muzikoterapie a pohybových aktivit v ÚSP v Brandýse nad Labem – Stará Boleslav

Using the excercises activities and music therapy in the threathment of persons with the mental retardation- using music therapy and excercise activities in ÚSP Brandýs nad Labem – Stará Boleslav.

### **Cíle práce:**

Cílem této práce, bylo proniknout do běžného života osob s mentální retardací, seznámit se s jejich životem, různými druhy a novými trendy terapie spojené s pohybem a možnostmi práce s mentálně postiženými. Předmětem práce také bylo zjistit vztah mentálně retardovaných k pohybu, sportu a veškerým pohybovým aktivitám, jak pohyb oni sami vnímají, zda je pro ně prospěšný, zda má nějaký vliv na fyzický a psychický vývoj těchto jedinců a vliv na léčbu a udržování určitého stupně psychomotorického vývoje.

### **Metoda:**

Průzkum byl proveden v ÚSP v Brandýse nad Labem u dvanácti klientů s rozdílným stupněm mentální retardace, kteří byli vybráni na základě konzultace s vychovateli a rodiči, analýzy jejich dokumentace (psychologické, lékařské vyšetření) a mou zkušeností při práci s nimi. Metoda průzkumu byla provedena formou strukturovaného rozhovoru s klienty. Výsledky jsem následně zhodnotil na konci práce.

### **Výsledky:**

Z vyhodnocení dat, které byly vypracovány na základě průzkumu je patrné, že většina dotázaných klientů se aktivně zapojuje do pohybové terapie, která v nich vyvolává kladný a pozitivní vliv na psychomotorický rozvoj. Předpokládané diference vnímání muzikoterapie a pohybových aktivit v závislosti na různém stupni mentálního postižení nejsou zcela a jednoznačně patrné.

**Klíčová slova:** mentální retardace, integrace, normalizace (žití normálním životem), humanizace, terapie.

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

V Praze dne: 6. dubna 2006



Tomáš Macháček





Člověk

Člověk jako nádobu

1. Úvod

2. Historie

3. Teorie

4. Praxe

5. Závěr

6. Literatura

7. Přílohy

8. Seznam

9. Index

10. Úvod

11. Závěr

12. Literatura

13. Přílohy

14. Seznam

15. Index

16. Úvod

17. Závěr

18. Literatura

19. Přílohy

20. Seznam

21. Index

22. Úvod

23. Závěr

24. Literatura

25. Přílohy

26. Seznam

27. Index

**Motto:**

*„Člověk je jako děravá nádoba, kterou voda protéká, vždy ale v nádobě malé množství vody zůstává. Proto je třeba vzdělávat i lid odlišný“*

Jan Amos Komenský

## Obsah:

<b>Úvod</b> .....	9
<b>1 Cíle a úkoly práce</b> .....	10
1. 1 Cíle práce.....	10
1. 2 Úkoly teoretické části.....	10
1. 3 Úkoly experimentální části.....	10
<b>2 Hypotézy</b> .....	11
<b>3 Základní otázky studie</b> .....	12
<b>4 Zpracování tématu, použité metody</b> .....	13
<b>5 Teoretická část</b> .....	15
5. 1 Historie péče o osoby s mentální retardací.....	15
5. 2 Současný stav a legislativa.....	16
<b>6 Mentální retardace</b> .....	18
6. 1 Definice mentální retardace podle Kvapilíka.....	18
6. 2 Příčiny vzniku.....	19
6. 2. 1 Endogenní faktory.....	19
6. 2. 2 Exogenní faktory.....	20
6. 3 Klasifikace mentální retardace.....	21
6. 3. 1 Lehká mentální retardace (dříve debilita), IQ 69-50, dg. F 70.....	21
6. 3. 2 Středně těžká mentální retardace (dříve imbecilita), IQ 49-35, dg. F 71.....	22
6. 3. 3 Těžká mentální retardace (dříve idiocie prostá), IQ 34-20, dg. F 72.....	22
6. 3. 4 Hluboká mentální retardace (idiocie hluboká), IQ 19 a méně, dg. F 73.....	23
6. 3. 5 Jiná mentální retardace.....	23
6. 3. 6 Nespecifikovaná.....	23
6. 5 Diagnostika mentální retardace.....	23
6. 6 Četnost mentálně postižených v populaci.....	24
6. 6 Prevence vzniku mentální retardace.....	24
<b>7 Systém péče a vzdělávání osob s mentální retardací</b> .....	26
7. 1 Systém podle Švarcové.....	26
7. 1. 1 Předškolní výchova dětí s mentální retardací.....	26
7. 1. 2 Zvláštní školy.....	27
7. 1. 3 Pomocné školy.....	27
7. 1. 4 Speciální třídy při základních a zvláštních školách a ústavech sociální péče.....	28
7. 2 Další vzdělávání a profesní příprava mládeže s mentální retardací.....	28
7. 3 Systém vzdělávání mladistvých s mentální retardací.....	28
7. 3. 1 Odborná učiliště.....	28
7. 3. 2 Praktické školy (s tříletou, dvouletou a jednoletou přípravou).....	28
7. 4 Mimoškolní péče o mentálně retardované.....	29
7. 4. 1 Chráněné bydlení.....	29
7. 4. 2 Osobní asistence.....	29
7. 4. 2 Chráněné dílny (work shopy).....	30
7. 4. 3 Ústavy sociální péče.....	30
7. 4. 4 Mentálně postižení a církev.....	30
7. 5 Socializace osob s mentální retardací.....	31
<b>8 Terapeutické přístupy v práci s mentálně retardovanými</b> .....	32
8. 1 Arteterapie.....	32
8. 2 Muzikoterapie.....	34



8. 2. 1	<i>Historie muzikoterapie</i> .....	35
8. 2. 2	<i>Vysvětlení pojmu muzikoterapie</i> .....	38
8. 2. 3	<i>Muzikoterapie jako možnost léčby</i> .....	39
8. 2. 4	<i>Druhy muzikoterapie</i> .....	39
8. 2. 5	<i>Cíl muzikoterapie</i> .....	40
8. 2. 6	<i>Vliv hudby na mozek a CNS</i> .....	40
8. 2. 7	<i>Aplikace muzikoterapie u mentálně retardovaných</i> .....	41
8. 3	<i>Dramaterapie</i> .....	42
8. 3. 1	<i>Vývoj dramaterapie v závislosti na psychoterapii</i> .....	43
8. 3. 2	<i>Možnosti využití dramaterapie pro mentálně retardované</i> .....	43
8. 4	<i>Taneční a pohybová terapie</i> .....	44
8. 5	<i>Hipoterapie</i> .....	44
8. 6	<i>Canisterapie</i> .....	45
8. 7	<i>Terapie pomocí gymnastického náradí a náčiní</i> .....	45
8. 8	<i>Terapie pomocí volnočasových aktivit v přírodě</i> .....	45
<b>9</b>	<b>Experimentální část</b> .....	<b>47</b>
9. 1	<i>Úvod do průzkumu</i> .....	47
9. 2	<i>Cíle průzkumu</i> .....	47
9. 3	<i>Popis průzkumné metody a zdůvodnění jejího výběru</i> .....	47
9. 3. 1	<i>Položky strukturovaného rozhovoru</i> .....	48
9. 4	<i>Popis a kasuistika probandů</i> .....	49
9. 4. 1	<i>Lehká mentální retardace</i> .....	49
9. 4. 2	<i>Středně těžká mentální retardace</i> .....	52
9. 4. 3	<i>Těžká mentální retardace</i> .....	55
9. 5	<i>Charakteristika a popis jednotlivých cviků</i> .....	59
9. 5. 1	<i>Chůze ve dvojicích</i> .....	59
9. 5. 2	<i>Cvičení s gymballem</i> .....	59
9. 5. 3	<i>Cvičení s hudebními paličkami</i> .....	60
9. 5. 4	<i>Rytmická cvičení s gymbally</i> .....	60
9. 5. 5	<i>Cvičení s míči na odbíjenou</i> .....	60
9. 5. 6	<i>Rytmická cvičení pomocí dupání</i> .....	61
9. 5. 7	<i>Relaxační cvičení</i> .....	61
<b>10</b>	<b>Vyhodnocování dat jednotlivých otázek ankety</b> .....	<b>62</b>
10. 1	<i>Lehká mentální retardace</i> .....	62
10. 2	<i>Středně těžká mentální retardace</i> .....	64
10. 3	<i>Těžká mentální retardace</i> .....	66
<b>11</b>	<b>Diskuse</b> .....	<b>68</b>
	<b>Závěr</b> .....	<b>71</b>
	<b>Seznam použité literatury</b> .....	<b>72</b>
	<b>Přílohy</b> .....	<b>75</b>

## Úvod

Podnětem k vytvoření této diplomové práce byli kromě mých vlastních zážitků a zkušeností, ať již teoretických, či praktických, hlavně lidé. Lidé, kteří byli ještě donedávna vytěsněni a dá se i říci izolováni od naší společnosti a pro mnohé z nás byl jejich život tabu, které vyplývalo ze strachu a nedostatku informací o postižení, s nímž tito lidé žijí a snaží se právem zařadit do společnosti.

Po roce 1989 došlo v naší společnosti k velkým změnám a jednou z nich byla a je snaha o integraci mentálně retardovaných osob mezi ostatní občany. Pojem integrace by se dal chápat spíše jako postoj společnosti k mentálně retardovaným a její pomoc k vytvoření optimálních podmínek pro jejich začleňování do společenského života. V tomto směru začaly vznikat nové instituce a státní i nestátní organizace. Zřizují se ústavy s denním (stacionáře), týdenním a celoročním pobytem. Po roce 1998 se zahájila transformace velkých ústavů sociální péče pro těžce zdravotně postižené v modernější formy trvalé péče. Vznikají chráněná bydlení, chráněná zaměstnání a v oblasti školství speciální pedagogická centra (SPC), zřizovaná jako součást speciálních předškolních zařízení, praktické, pomocné i zvláštní školy.

V této diplomové práci jsem se zabýval začleněním pohybu a pohybových aktivit do léčby mentálně retardovaných osob a vlivem těchto pohybových aktivit na jejich vývoj. Stejně, jako jsou v našem životě nezastupitelné hodnoty, mezi které patří vzdělání, zaměstnání a aktivity vyplňující náš volný čas, měly by tyto hodnoty být nezastupitelné i pro osoby s mentální retardací. Pohybové aktivity, mezi něž patří sport, tanec, ale i různá pracovní činnost beze sporu rozvíjí u těchto osob jak fyzické, tak i mentální schopnosti a je pro ně posléze snazší vřadit se do kolektivu.

S osobami s mentální retardací jsem měl možnost se setkat při své praxi v ÚSP v Brandýse nad Labem, kde jsou umístěni klienti s mentálním postižením (Downův syndrom, DMO, schizofrenie slabšího stupně a epilepsie). Na základě poznatků a zkušeností, které jsem v tomto ústavu získal, je vypracována praktická část.

# 1 Cíle a úkoly práce

## 1.1 Cíle práce

Cílem této práce bylo proniknout do běžného života osob s mentální retardací a zjistit, jak velkou roli v jejich životě, a jestli vůbec hraje sport a pohybové aktivity. Zda má pohyb nějaký vliv na fyzický a psychický vývoj těchto jedinců, na jejich léčbu a udržování určitého stupně psychomotorického vývoje a seznámit se s novými trendy terapie spojené s pohybem a možnostmi práce s mentálně postiženými. Teoretická část by měla být souhrnem informací sloužících ke zlepšení a doplnění vědomostí pro pracovníky ústavů a jiných zařízení věnujících se mentálně postiženým.

Cílem experimentální části bylo zjištění difference mezi pocity vybraných jedinců s různými typy mentální retardace při pohybových aktivitách spojených s muzikoterapií.

## 1.2 Úkoly teoretické části

- Zpracovat doporučenou a dostupnou literaturu z oblasti mentální retardace.
- Zpracovat doporučenou a dostupnou literaturu z oblasti nových terapeutických postupů při práci s mentálně retardovanými.
- Podat ucelený přehled dané problematiky.

## 1.3 Úkoly experimentální části

- Shromáždit informace k danému tématu.
- ✓ Zvolit testovaný soubor klientů.
- Popsat průběh a realizaci průzkumu.
- Zhodnotit a porovnat výsledky.
- Vzájemně spolupracovat s ÚSP.
- Závěr.

## 2 Hypotézy

H 1: Předpokládáme, že muzikoterapie a pohybové aktivity kladně ovlivňují psychický stav mentálně retardovaných. *psych. a m. k.*

H 2: Předpokládáme, že jednotlivé stupně mentální retardace ovlivňují vnímání muzikoterapie a pohybových aktivit. *x*

### 3 Základní otázky studie

1. Má muzikoterapie spojená s pohybovou aktivitou kladný vliv na psychický stav mentálně retardovaných?
2. Mohou různé stupně mentální retardace ovlivnit způsob vnímání muzikoterapie a pohybových aktivit?

#### 4 Zpracování tématu, použité metody

Z důvodu možnosti výběru ne příliš širokého spektra literatury s tématem zabývajícím se mentální retardací jsem pro náhled a studium volil postřehy, znalosti a vědomosti především našich předních odborníků zaměřených na tuto problematiku.

**Co je mentální retardace?** Za mentálně (postižené) retardované se považují takoví jedinci (děti, mládež a dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování (Švarcová, 2000).

**Jaké jsou příčiny mentální retardace?** Mentální retardace může být způsobena jakoukoli okolností, která narušuje vývoj mozku před narozením, během porodu nebo v raném dětství. Je známo několik stovek příčin, nejrozšířenější je Downův syndrom, fetální alkoholový syndrom a syndrom fragilního X. Ve třetině případů se příčinu nedaří zjistit (Raboč, Zvolský, 2002).

**Jaký je systém vzdělávání mladistvých s mentální retardací?** Můžeme říci, že po didaktické stránce vzdělávání osob s mentální retardací musíme počítat s řadou osobnostních odlišností a zvláštností, specifických problémů. Musí se dbát na vhodnou organizaci vyučování, hodnocení a klasifikaci žáků, důležitá je také osobnost učitele a spolupráce školy. Ve výchovné práci s mentálně retardovanými bychom tedy měli respektovat jejich zájmy a potřeby, podle toho pak volit slova, obrázky, jednoduše vhodná témata k učení (Polášková, Vítková, 1994).

**Je možné pracovní uplatnění mentálně retardovaných?** Pracovní uplatnění osob s mentální retardací je možné, pokud se jedná o práci, která odpovídá úrovni jejich myšlení, udržení pozornosti, nevyžaduje rychlé reakce a rychlé změny pracovních operací. Přes všechny obtíže je adekvátní práce pro mentálně retardované užitečná, rozvíjí a uchovává jejich kompetence a dává náplň jejich životu (Vágnerová, 1999).

**Co členíme mezi nové terapeutické přístupy v práci s mentálně retardovanými?**

**Arteterapie** - Hlavním cílem arteterapie u mentálně retardovaných je kompenzace poškozených funkcí mozkových hemisfér prostřednictvím uměleckých aktivit. Klade důraz na esteticko-bazální stimulaci, reorganizaci vnitřních struktur osobnosti postiženého. Tam, kde malujeme, stavíme, konstruujeme, budujeme i prostorové vnímání klienta, vnímání času, kontextu světa (Menzen, 1990).

**Dramaterapie** - Dle British Association for Dramatherapists (1979) zní definice dramaterapie takto: „*Dramaterapie pomáhá uchopit a zmírnit sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž jedinec poznává sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální a nonverbální složku komunikace*“ (Valenta, 2001).

**Taneční a pohybová terapie** - U taneční a pohybové terapie chápeme tanec jako pohyb, u kterého se neklade důraz na jeho estetickou stránku, ale vysvětluje se z hlediska psychologického, sociologického a historického.

Ústředním principem taneční terapie a pohybové terapie je silné a velice výrazné spojení emocí a pohybu (Panyeová, 1999).

**Canisterapie** - Tedy léčba za využití psa. Sociální cítění psovoda a dobrá povaha psa je základ pro výkon canisterapie. Jediná mzda psovoda je pocit, že vykonal činnost, která pomohla jiným lidem, kteří cítí osamělost. Místo peněz vidí rozzářené oči, veselost, spokojenost, touhu žít, vytváření tolerance, zvyšování sebevědomí, ochotnější přístup k rehabilitaci a dříve odmítanému vyšetření. Částečné obnovování hmatových vjemů, uvolňování spasmů a křečí. Ochota nemocných k nenásilnému pohybu apod..

## 5 Teoretická část

### 5.1 Historie péče o osoby s mentální retardací

Z historického hlediska byla péče o tzv. slabomyslné určitým způsobem organizována až okolo šedesátých let devatenáctého století, kdy začaly vznikat první ústavy pro slabomyslné jedince. Nejprve se sem mohly dostat pouze děti a osoby z vládnoucí třídy, ostatním byla péče odepřena. Koncem 19. století byly ustanoveny právní normy a zákonná ustanovení, které pomohly zlepšit vztahy rodiny a postiženého dítěte. V roce 1863 byl ustanoven domovský zákon, který stanovil právo členů a příslušníků obce na pomoc sociální a chudinskou. V posledních desetiletích 19. stol. docházelo ke změnám i v pedagogické a výchovné činnosti, kdy vznikaly koncepce nové výchovy, označované jako pedocentrismus (Řáda, 1993). K těmto koncepcím, které byly založeny na zájmu a zvědavosti jedinců a následně pouhé organizaci jejich práce se neodmyslitelně řadí Maria Montessoriová, která se v Římě po r. 1896 zabývala vzděláváním a výchovou mentálně retardovaných jedinců. Dalšími významnými představiteli pedocentrismu byli E. Claparede, E. Seguin, C. Freinet a E. Keyová. V období druhé světové války byly všechny školy založené M. Montessoriovou zavřeny a všechny knihy zabývající se pedocentrickou výchovou spáleny. Možnost vzdělávání pak byla zakotvena v říšském zákoně o školách obecných.

V Českých zemích nastala změna až od roku 1871, kdy byl v Praze založen první ústav pro slabomyslné v Rakousko-Uhersku. Jeho zakladatelem byl lékař, přírodovědec a pedagog Karel Slavoj Amerling. Cílem tohoto ústavu bylo pomocí výchovy a zdravotnické péče navrátit chovance do společnosti. Dalšími významnými osobami v oblasti péče o mentálně retardované byly např. MUDr. Karel Herfort a Josef Zeman. Společně založili systém speciálního školství a speciální obor pedopatologii, který se zabýval chorobami v dětském věku a doktor František Čáda, jenž založil českou psychologii dítěte (Eisová, 1983). Světové proslulosti dosáhli také A. Bartoš a F. Bakule, kteří uplatňovali myšlenky pedocentrické výchovy v práci s tělesně postiženými dětmi.



## 5. 2 *Současný stav a legislativa*

Péče o jedince s mentální retardací prošla řadou období, ve kterých se ale ve většině případů nejednalo o péči kompletní, zahrnující všechny složky, jež jsou potřebné pro dobrý vývoj osobnosti. Tato péče spočívala spíše ve zdravotnickém ošetření a izolaci od společnosti v ústavech. Většinou byly pro tyto ústavy vyčleněny prostory jako kláštery a různé církevní budovy na okraji vesnic a měst, aby tito lidé byli co nejméně na očích tzv. zdravé společnosti.

Velký zvrat však nastal po listopadu roku 1989, kdy nastaly obrovské změny v celé společnosti a společně s převratem tehdejšího režimu, přišly i změny v oblasti sociální péče. Pokrok v této oblasti byl tak rychlý a nenadálý, že často zákony a různá opatření vznikaly až dávno po založení určité instituce nebo ústavu. Pro osoby s mentální retardací, ať už se jednalo o dospělé, mládež nebo děti, se naskytla řada možností uplatnění, vznikly nové školy a systém vzdělávání s cílem integrace těchto osob do společnosti. Také byly zřizovány různé nestátní i státní organizace, církevní spolky a charity, které se zabývali péčí sociálně potřebným, některé speciálně zaměřené na péči o mentálně retardované.

I když se takto postižení lidé začínají dostávat do vědomí společnosti, její velká část si stále není vědoma schopností lidí s mentálním postižením a jejich práv. Lidem s mentálním postižením se mnohdy nedostává úcty, na níž mají jako občané nárok a často nemají ani potřebnou podporu k tomu, aby svých práv využívali. Mezinárodní smlouvou o lidských právech, zmiňující výslovně práva osob postižených byla v r. 1961 Radou Evropy přijatá Evropská sociální charta, která zvláště zdůrazňovala práva určitých kategorií osob vyžadujících zvláštní ochranu a zmiňovala právo na zaměstnání osob se zdravotním postižením. V r. 1971 byla OSN přijata Deklarace práv mentálně postižených osob, která stanovila právo na řádnou léčebnou péči, výuku a výchovu, které mají v maximální míře rozvinout možnosti a schopnosti mentálně postižených osob. Dále plné právo pracovat podle svých možností, nebo se zabývat jinou užitečnou činností a žít se svou rodinou. Pokud je nevyhnutelné umístění ve speciálních zařízeních, musí podmínky v nich co nejvíce odpovídat podmínkám normálního života. Omezení, nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům musí být jasně určeno a pravidelně kontrolováno a zároveň musí být stanoven kvalifikovaný opatrovník. Přes velké pokroky na všech úrovních politického života, základní práva lidí s mentálním postižením nebyla dosud plně

uznána a zajištěna. U nás se legislativa řídí Listinou základních práv a svobod. Byla obnovena řada organizací a řada byla zrušena. V současné době máme jednotný systém sociální péče, poskytující mnoho služeb a způsobů pomoci, které jsou založeny na zdravotní a výchovně - vzdělávací činnosti a péči. Ta má za úkol co nejvíce zapojit osoby s mentální retardací do společnosti, naučit je samostatnosti a soběstačnosti, vykonávání jednoduchých pracovních činností, kterými pak mohou být a také hlavně cítit se prospěšnými pro okolí a celou společnost.

## 6 Mentální retardace

### 6.1 Definice mentální retardace podle Kvapilíka

Mentální retardace ( lat. mens = mysl, rozum – retardare = opožďovati se )

*„Za mentálně (postižené) retardované se považují takoví jedinci (děti, mládež a dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování“* (Kvapilík, Černá, 1990).

Jednou z příčin, o kterých se podrobněji zmíníme v další kapitole, je organické poškození mozku, kdy se o mentálně retardovaných vyjadřujeme z časového hlediska jako o oligofrenii, což je opoždění duševního vývoje na podkladě dědičném a vrozeném, naopak od demence, která je chápána jako důsledek poškození mozku během života, konkrétněji po druhém roce věku.

Důležité je zmínit, že za mentálně retardované jedince nepovažujeme ty, u nichž došlo k zaostávání rozumových schopností z jiného důvodu, než je poškození mozku. Jejich veškeré psychické procesy probíhají normálním a zdravým způsobem, což znamená, že mluvíme o zanedbaných dětech, dětech ze špatného psychosociálního prostředí s nedostatečnými podněty, děti i dospělí s vážnými emočními poruchami nebo děti se smyslovým postižením, které nebyly včas diagnostikovány (<http://www.medicina.cz/odborne/hledej.dss?s text>).

Tento stav jako by zdánlivé mentální retardace označujeme jako pseudooligofrenii.

Jedním ze znaků mentální retardace je trvalost porušení poznávací činnosti. Někdy se totiž může stát, že při určitém infekčním onemocnění nebo např. otřesu mozku, dojde k přechodnému poškození psychické činnosti nebo ke zpomalení duševního vývoje. Proto je podstatné říci, že mentální retardace není nemoc, ale trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.

Ze starší literatury lze vyčíst, že stav opožděného vývoje, který si člověk přinese na svět, se už nedá změnit. Dnes už ale víme a různé výzkumy nám to mohou potvrdit, že vhodnými metodami a pedagogickými přístupy lze dosáhnout výrazného zlepšení. Dnešní psychologie mentální retardace vychází ze stále se rozvíjejícího poznání specifických zvláštností psychiky, které sice do jisté míry omezují jejich kognitivní procesy, ale zcela jim umožňují žít bohatým emocionálním životem.

Švarcová (2000) ve své knize uvádí: „*Psychika osob s mentální retardací v sobě skrývá řadu ještě neodhalených tajemství a možností v oblasti specifických vloh, kreativity, intuice, empatie apod.*“

## 6. 2 Příčiny vzniku

Jestliže se v rodině narodí dítě s mentální retardací, je to velká zátěž nejen fyzická, ale i psychická. Rodiče si kladou mnoho otázek, ptají se proč? Proč zrovna my? Proč naše dítě? Co se stalo, co jsme udělali špatně? Žádný viník mnohdy neexistuje, pokud se nejedná o špatný životní styl matky, drogy a alkohol, stres během těhotenství nebo i zanedbáním ze strany lékaře. Ve většině případů jsou příčiny v něčem jiném, než je prosté selhání člověka (Guvirth, 1981; Baštecká, 2001).

### 6. 2. 1 Endogenní faktory

Endogenními (vnitřními) faktory jsou nazývány ty faktory, které jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické.

- *Dědičně podmíněné* – jedná se o poruchu ve struktuře nebo funkci genetického aparátu. Patří sem např. Downův syndrom. Tato diagnóza se stanovuje při trizomii 21. chromozomu, postižení mají typické znaky tělesné konstrukce, jsou patrné i odlišnosti ve výrazu tváře. Dále je to pak Klinefelterův syndrom u mužů a Turnerův syndrom u žen. Oba tyto syndromy jsou také charakteristické určitým vzhledem a také pohlavní sterilitou.
- *Hormonální poruchy* – při hormonálních poruchách může dojít například ke kretenizmu, který nastává při nedostatečné funkci štítné žlázy. Štítná žláza neprodukuje požadované množství hormonů, porucha mohla vzniknout už při vývoji plodu nebo těsně po narození. Při včasné diagnóze a podávání přírodních léků může být toto onemocnění zachyceno.
- *Metabolické poruchy* – Do metabolických poruch můžeme zařadit fenylketonurii – je to nemoc zapříčiněna špatným metabolismem bílkovin. Důležitá je včasná diagnóza. Jedná se o vrozený nedostatek jaterního enzymu, což v důsledku znamená, že nedochází k rozložení aminokyseliny fenylalaninu, ta se hromadí

v mozkomíšním moku a zabraňuje tak fyziologickému vývoji mozku a vzniká mentální retardace různého stupně. Z dalších chorob bych uvedl galaktosémii (porucha metabolismu cukrů) a Wilsonovu chorobu (porucha metabolismu minerálních látek).

### 6. 2. 2 Exogenní faktory

Exogenní (vnější) faktory, jinak řečeno vnější činitelé, kteří mohou způsobit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství. Tyto faktory mohou působit na dítě i na matku. Pro příklad uvádím několik nejčastějších faktorů.

- *fyzikální* - RTG záření (nebezpečné při graviditě matky), mechanické poškození plodu při úrazu matky...
- *chemické* - léky (nevhodné léky, které matka užívá během těhotenství), alkohol a drogy v době gravidity.
- *biologické* - viry, mikroby, RH inkompabilita, nedostatečná výživa, nedostatek kyslíku v mozku dítěte

Příčiny vzniku lze také dělit podle období, kdy tomuto poškození mozku došlo. Poškození mozku může nastat v období *prenatálním* (od početí po narození), *perinatálním* (těsně před, během a těsně po porodu) a *postnatálním* (poškození nastává až po porodu).

- Poškození může nastat následkem infekcí a intoxikací, poruchami výměny látek, růstu, výživy dítěte (hypotyreóza, fenylketonurie, kretenizmus apod.) a makroskopickými lézemi mozku.
- Následky poškození mozku, bez ohledu na příčinu, čas a patologicko-anatomický charakter postižení, se obvykle označují jako encefalopatie.

Velice důležité pro rodinu jedince s mentální retardací je nehledat usilovně příčiny onemocnění tam, kde si klasická medicína nevěděla rady. Pokus hledání viny a viníků tam, kde žádná vina neexistuje, může vést ke zkáze rodiny, k jejímu rozvratu, trpět může i samo postižené dítě (Švarcová, 2000).

### **Může být mentální retardaci zabráněno?**

- Výzkum dokázal v uplynulých třiceti letech zamezit mnoha případům mentální retardace například díky novorozeneckému monitorování fenylketonurie (a následné úpravě stravy) a vrozené hypotyreózy (nahrazením thyroid hormonu), či použitím anti-Rh globulinu při novorozenecké žloutence.
- I přes nejednotnost názoru na očkování je doložen jeho pozitivní vliv na omezení výskytu mentální retardace v případě očkování proti spalničkám a zarděnkám.
- Postupné odstraňování olova z životního prostředí redukuje poškození mozku u dětí. Preventivní opatření, jako například dětské ochranné sedačky a cyklistické helmy, omezují četnost zranění hlavy.
- Značný význam mají rané intervenční programy pro ohrožené kojence a děti, které omezují předpokládané snížení intelektuálních schopností.
- Konečně, ranná komplexní prenatální péče a preventivní měření předcházející probíhajícímu těhotenství zvyšují pro ženy možnost mentální retardaci zabránit. Dětský AIDS je redukován AZT léčbou matky během těhotenství a doplňková dieta s kyselinou listovou redukuje riziko poruch nervové trubice.
- Výzkumy pokračují v hledání nových způsobů, jak zabránit mentální retardaci, včetně výzkumu vývoje a činnosti nervové soustavy, velkého množství různých způsobů léčby vrozených poruch a genové terapie pro upravení abnormálních jevů vyvolaných genovými poruchami.

### **6.3 Klasifikace mentální retardace**

Podle Mezinárodní zdravotnické organizace WHO byla v Ženevě roku 1992 ustanovena klasifikace nemocí, podle které se mentální retardace dělí na šest kategorií.

#### **6.3.1 Lehká mentální retardace (dříve debilita), IQ 69-50, dg. F 70**

Do tří let se dítě jeví jako opožděné či zpomalené v neuropsychickém vývoji, mezi třetím a šestým rokem se výrazně projevuje omezení rozumového vývoje (malá slovní zásoba, poruchy řeči, malá zvědavost a vynalézavost hlavně u her, myšlení je

nesamostatné, konkrétní a mechanické, nemyslí logicky, netvoří pojmy). Mají problémy se čtením a psaním, porucha druhé signální soustavy - vážne analýza a syntéza, někdy dobrá mechanická paměť. Lehce se unaví, špatně si osvojuje hygienické návyky, kulturní a pracovní dovednosti, zvládá osnovy zvláštní školy. Tito jedinci trpí citovou chudostí a velice často zvýšeným egocentrizmem. V dospělém věku se věnují jednoduchým profesím, rukodělným pracím, mohou žít samostatným životem.

### 6. 3. 2 *Středně těžká mentální retardace (dříve imbecilita), IQ 49-35, dg. F 71*

U tohoto stupně mentální retardace je viditelné výrazné opoždění v celkovém vývoji, v oblasti fyzické a tělesné stránky jsou již patrné degenerativní změny, nervová soustava zůstává na nižším stupni, často je mentální retardace kombinovaná s epileptickými záchvaty. Celkově později sedá, vstává, chodí, je neobratný, nepozorný, nemá jasné vnímání a představy. Obtížně navazují kontakty a mezilidské vztahy, řeč se vyvíjí až v šesti letech, většinou s poruchami jako agramatizmus, jednoslovné věty, nesrozumitelnost. Po charakterové stránce bývají labilní, nevyrovnaní, afektivní, někdy až agresivní. Většinou jsou schopni zvládat pomocnou školu, kde se kromě zjednodušeného učiva učí základním potřebným hygienickým návykům a zvládání běžných denních činností, učí se nenáročným manuálním činnostem, v dospělosti většinou navštěvují denní stacionáře, ústavy sociální péče, chráněné dílny a pracovní terapie.

### 6. 3. 3 *Těžká mentální retardace (dříve idiocie prostá), IQ 34-20, dg. F 72*

Tento stav je již velice náročný a těžký nejen pro jedince takto postiženého, ale i pro celé jeho nejbližší okolí. Většinou se u takto postižených vyskytuje pozdní chůze s vadami. Jsou schopni jen základních hygienických návyků, které se musí nacvičit s určitou pravidelností. Naučí se jen několik slov a většinou se ve vývoji zastaví na úrovni dvouletého dítěte. Vyžadují trvalou péči a ošetřování.

#### *6. 3. 4 Hluboká mentální retardace (idiocie hluboká), IQ 19 a méně, dg. F 73*

Takto postižené osoby neumí chodit, nejsou schopni naučit se základním dovednostem a návykům, nepoznávají nic a nikoho ve svém okolí, nemluví, jen vydávají neartikulované zvuky a skřeky. Vyskytují se u nich stereotypní pohyby částí nebo celého těla, vyžadují trvalé ošetřování, krmení, celkovou hygienu a zdravotnickou péči. Obvykle se nedožívají vysokého věku, protože jejich organizmus nemá dostatečnou obranyschopnost.

#### *6. 3. 5 Jiná mentální retardace*

Jinou mentální retardaci lze diagnostikovat jen tehdy, kdy je nesnadné klasifikovat normální mentální retardaci podle obvyklých metod kvůli přidružené senzorické nebo somatické poruše (nevidomí, hluchoněmí, těžké poruchy chování, autisté, těžce tělesně postižení).

#### *6. 3. 6 Nespecifikovaná*

U diagnostikování mentální retardace někdy nejsou dostatečné informace, proto nemůže být pacient zařazen do jednoho ze stupňů (Langer, 1990; Švarcová, 2000).

### **6. 5 Diagnostika mentální retardace**

Hodnoty IQ jsou charakteristické určitou kolísavostí, proto při opakovaných měřeních lze často získat rozdílné výsledky. Záleží na momentální psychické dispozici testované osoby, na časovém odstupu, na kvalitě testu a na jeho vhodnosti pro jedince s mentální retardací. Není proto vhodné spoléhat jen na testování, při diagnostice je důležité použít souboru zkoušek, podrobné zhodnocení chování a osobnosti dítěte při vyšetření. Přesná rodinná anamnéza a životní podmínky, emoční a deprivanční činitelé, ty se také mohou projevit a pomoci při diagnostikování (Langer, 1990).



## 6. 6 Četnost mentálně postižených v populaci

Ze všech druhů různých onemocnění by se dalo říci, že mentální retardace je nejpočetnější, a to nejen u nás, ale v celosvětovém měřítku. Další úkaz je také to, že výskyt tohoto postižení neustále stoupá. Tento stav se může vysvětlovat dvěma způsoby. Jednak je to lepší evidence mentálně retardovaných, a potom zlepšení celkové pediatrické léčby, díky které se snižuje novorozenecká a kojenecká úmrtnost. Přesný počet osob s mentální retardací v naší populaci však není znám, podle odhadů se jedná asi o 3 % občanů (Švarcová, 2000).

Pro snazší přehled klasifikace IQ byla zvolena tabulka podle Wechslera:

IQ	Klasifikace inteligence	Procenta v populaci
130 a výše	Značně nadprůměrná	2,2
120 – 129	Nadprůměrná	6,7
110 – 119	Mírně nadprůměrná	16,1
90 – 109	Průměrná	50,0
80 – 89	Podprůměrná	16,1
70 – 79	Hraniční inferiorita	6,7
69 a níže	Mentální retardace	2,2

## 6. 6 Prevence vzniku mentální retardace

Prevence znamená činnost zaměřenou na zamezení vzniku fyzické, intelektové, psychické či smyslové vady (primární prevence) nebo zabránění tomu, aby vada způsobila trvalé funkční omezení či postižení (Langer, 1990; Švarcová, 2000). Tato prevence tedy zahrnuje řadu činností, které se vztahují na péči o matku a dítě v jeho prenatálním stádiu, na péči v postnatálním stádiu. Správná výživa, bezpečnostní pravidla, prevence různých onemocnění a postižení z povolání, to jsou další způsoby, jak je možné zabránit nějakému poškození mozku. Množství příčin vzniku mentální retardace je veliké, proto Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené formulovala desatero zásad, při jejichž dodržování lze možnost vzniku mentální retardace omezit.

Desatero zásad pro prevenci vzniku mentální retardace dle Švarcové (2000):

<b>1. Žena by měla navštívit lékaře nejméně tři měsíce před plánovaným otěhotněním.</b>
<b>2. Nastávající matka by měla jíst zdravě a udržovat správný životní styl.</b>
<b>3. V průběhu těhotenství by se žena měla vyvarovat požívání alkoholických nápojů.</b>
<b>4. Matka by se měla chránit očkováním zejména proti zarděnkám a možné hepatitidě typu B.</b>
<b>5. Skončit s kouřením, které může bránit normálnímu růstu dítěte již v děloze.</b>
<b>6. Navštívit genetickou poradnu, která může odhalit případné ohrožení těhotenství.</b>
<b>7. Vyvarovat se užívání léků, mimo těch, které jí předepíše lékař.</b>
<b>8. Dát si pozor na RTG záření.</b>
<b>9. Vyhýbat se infekčním onemocněním.</b>
<b>10. Pravidelně navštěvovat svého lékaře, který může včas odhalit abnormality plodu.</b>

## 7 Systém péče a vzdělávání osob s mentální retardací

Systém výchovy a vzdělávání prošel složitým vývojem, zejména po roce 1989. Dnes můžeme říci, že osoby s mentální retardací mají možnost vzdělávání na úrovni, kterou umožňuje jejich stupeň a hloubka mentální retardace (Miller, 2001). Musíme chápat, že se jedná o celoživotní proces. Rozvoj kognitivních funkcí u osob s mentální retardací je zpomalen, proto je u nich výraznější potřeba jejich permanentního rozvíjení, opakování již naučeného a prohlubování znalostí a dovedností.

Zásady výchovy spočívají již v rodině (Marková, Středová, 1987). Tam jsou počátky vztahu k vědě, poznávání a získávání dovedností a návyků, jejím přístupem je pak ovlivněn další osud jedince s mentální retardací. Důležitá je trpělivost a také rada odborných pracovníků, kteří jsou v případě, kdy si rodič už neví rady, ochotni pomoci, poradit a popř. odkázat na jiné instituce. Jsou to například pracovníci speciálně pedagogických center, které se zabývá mimo poradenské činnosti i prevencí, diagnostikou, profesní orientací a řadou dalších činností potřebných při péči a práci s osobami s mentální retardací.

### 7.1 Systém podle Švarcové

#### 7.1.1 Předškolní výchova dětí s mentální retardací

Patří sem speciální předškolní zařízení. Význam poskytování speciálně-pedagogické péče pro děti s mentálním postižením je veliký a v poslední době se mu přikládá značný význam. Tato zařízení se dělí na speciální mateřskou školu pro mentálně postižené denního nebo internátního typu, běžnou mateřskou školu a speciální třídu pro mentálně postižené při mateřské škole. Měla by uspokojovat všechny potřeby mentálně retardovaného dítěte a vytvářet podmínky pro jeho rozvoj. Úzce spolupracují s rodinou (Švarcová, 2000).

### 7. 1. 2 Zvláštní školy

Ve zvláštní škole se vzdělávají žáci s takovými nedostatky, se kterými se nemohou s úspěchem vzdělávat v základní škole. Jedná se o žáky s lehkým stupněm mentální retardace, popřípadě s podprůměrnými rozumovými schopnostmi, se kterými nejsou schopni prospívat na škole základní. Vzhledem k jejich různému stupni vědomostí a dovedností je zde důležitý individuální přístup (Švarcová, 2000).

### 7. 1. 3 Pomocné školy

Pomocná škola vychovává a vzdělává takové žáky, kteří mají obtíže se vzděláváním a natolik sníženými rozumovými schopnostmi, pro které nemohou navštěvovat základní ani zvláštní školu. Obsah výchovy se zaměřuje na vypěstování základních hygienických návyků, sebeobsluhy a na rozvíjení přiměřených poznatků a pracovních dovedností. Jedná se většinou o jedince se středním stupněm mentální retardace (Švarcová, 2000).

- *Přípravný stupeň pomocné školy* – přípravný stupeň pomocné školy si klade za cíl umožnit vzdělávání těm žákům, pro které by pomocná škola byla příliš náročná. Jsou to žáci většinou s těžkými formami mentálního postižení. Jedním z hlavních činitelů, kdy jsou přijímáni tito žáci, je zájem rodičů o jejich vzdělávání a s tím související neustálá spolupráce školy a rodiny. Náročná práce s těmito klienty vyžaduje vzdělané odborníky (Švarcová, 2000).
- *Rehabilitační třídy pomocné školy* – v těchto třídách jsou vzděláváni děti s takovým stupněm postižení, většinou se jedná o kombinované vady, které jim znemožnilo vzdělávat se ve všech ostatních formách studia. Tito jedinci mají v souvislosti se svým postižením poruchy v komunikaci, motorické projevy a další poruchy, které vyžadují velice pečlivý a odborný přístup a také soustavné rehabilitační cvičení. K vyučování se využívá speciálních metod založených na jiných formách komunikace např. znakové řeči, symboly, piktogramy, sociální čtení apod. (Švarcová, 2000).

#### *7. 1. 4 Speciální třídy při základních a zvláštních školách a ústavech sociální péče*

Jsou to třídy zřízené při základních školách za předpokladu, že je zajištěna odborná výuka speciálním pedagogem. Této možnosti mohou využívat i ústavy sociální péče (Švarcová, 2000).

#### *7. 2 Další vzdělávání a profesní příprava mládeže s mentální retardací*

Pro mladistvé s mentální retardací, kteří ukončí vzdělávání ve zvláštních a pomocných školách, existuje řada možností, jak se specializovat a pokračovat v odborných školách a učilištích nebo praktických třídách. Od roku 2000 mají všichni studenti po ukončení povinného devítiletého vzdělávání možnost přihlásit se na kteroukoliv střední školu, jejich přijetí se potom odvíjí od splnění přijímacího řízení a požadavků pro zvolený obor.

#### *7. 3 Systém vzdělávání mladistvých s mentální retardací*

##### *7. 3. 1 Odborná učiliště*

Jde o způsob přípravy absolventů zvláštní školy na odpovídající profesní uplatnění. Kromě rozšiřování a prohlubování znalostí ze zvláštní školy, je těžištěm jejich vzdělávání předávání praktických dovedností (Švarcová, 2000).

##### *7. 3. 2 Praktické školy (s tříletou, dvouletou a jednoletou přípravou)*

Tyto školy byly zřízeny pro ty osoby s mentální retardací, které nemohly dokončit vzdělání na zvláštní škole a pro žáky, kteří se z důvodů svého postižení nemohou vzdělávat na jiných středních školách nebo odborných učilištích (Švarcová, 2000).

Celkově můžeme říci, že po didaktické stránce vzdělávání osob s mentální retardací musíme počítat s řadou osobnostních odlišností a zvláštností, specifických problémů. Musí se dbát na vhodnou organizaci vyučování, hodnocení a klasifikaci žáků, důležitá je také osobnost učitele a spolupráce školy a rodiny.

Některým žákům s těžkým mentálním postižením může dělat potíže řídit se osnovami běžných pomocných škol a rehabilitačních tříd, proto pokud jim chceme

alespoň trochu usnadnit orientaci v prostředí a v běžném životě, používáme tzv. piktogramy nebo soubory obrázků a slov. Je důležité využívat individuální přístup ke každému jedinci.

Individuální přístup znamená přizpůsobovat veškerý výchovný vliv potřebám jednotlivce. V podstatě by se dalo říci, že je to cílevědomé a systematické respektování osobnosti. Abychom mohli adekvátně působit na mentálně retardované dítě, musíme ho důkladně poznat. Musíme však také respektovat individuální odlišnosti a věkové zvláštnosti. Tyto jevy se navzájem prolínají a je těžké je od sebe rozeznat. Ve výchovné práci s mentálně retardovanými bychom tedy měli respektovat jejich zájmy a potřeby, podle toho pak volit slova, obrázky, jednoduše vhodná témata k učení (Polášková, Vítková, 1994).

#### **7. 4 Mimoškolní péče o mentálně retardované**

##### **7. 4. 1 Chráněné bydlení**

Cílem chráněného bydlení je umožnit lidem s mentálním handicapem život v přirozeném prostředí mimo velké ústavy. Vychází se ze zkušenosti, že i poměrně těžce postižený člověk může žít v běžném prostředí, má-li k tomu vytvořeny základní podmínky. Důležité je, aby každý měl možnost rozvíjet své schopnosti a dosáhnout co největší samostatnosti. Veškeré potřebné služby jsou poskytovány asistenty, kteří jsou tam zaměstnání (<http://www.portus.cz/www/basic.php?section=section3>).

##### **7. 4. 2 Osobní asistence**

Tyto služby jsou vymezené a řízené uživatelem, jedná se ale spíše o péči jedinců s fyzickým postižením, kteří vyžadují pomoc při hlavních denních aktivitách, např. hygieně. Osoby s mentální retardací je tendence z této služby vylučovat, pokud vyžadují intenzivní pomoc, bývají odkazováni na ústavní nebo jinou sociální pomoc (Švarcová, 2000).

#### 7. 4. 2 *Chráněné dílny (work shopy)*

Zde se mají možnost osoby s mentální retardací realizovat a za minimální finanční obnos vyrábět různé předměty, které jsou pak zpeněžovány na různých výstavách, veletrzích a akcích s tímto tématem. V některých dílnách také zhotovují předměty na objednávku.

Odlehčovací služby – jedná se o péči o rodiny s postiženým dítětem a péči v domácím prostředí.

#### 7. 4. 3 *Ústavy sociální péče*

Denní, týdenní a celoroční pobyt, kde je podle zákona ustanovena péče v oblasti bydlení, zaopatrění, zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče a s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu klienta i přiměřené pracovní uplatnění. Dělí se na ústavy pro děti, mládež a dospělé (Kvapilík, Černá, 1990).

#### 7. 4. 4 *Mentálně postižení a církve*

Značnou část rehabilitačních programů pro mentálně postižené organizuje Diakonie Českobratrské církve evangelické. Pro své klienty tato církev zřídila řadu chráněných ergoterapeutických dílen a chráněných bydlení.

Ve svých 33 zařízeních v různých regionech České republiky slouží lidem, kteří se neobejdou bez pomoci druhých. Je určena pro staré, nemocné, postižené, pro jedince s krizovou životní situací, pečuje o opuštěné děti, problémovou mládež a děti s kombinovaným postižením, které vzdělává ve speciálních školách. Jde o samostatné, nestátní, neziskové, veřejně prospěšné organizace s cílem sloužit podle svých možností všem potřebným z církve i celé společnosti, věřícím i nevěřícím.

Díky obětavosti a nadšení zaměstnanců jednotlivých center se daří vytvářet pro svěřence ty nejlepší podmínky v rámci omezení, daných jejich postižením. S tímto cílem vydatně pomáhá i sdružení rodičů a přátel středisek (<http://www.euronisa.cz/default.asp?S>; <http://www.nvf.cz/serviscik/index.htm>).

## 7. 5 Socializace osob s mentální retardací

Socializace mentálně postižených je velice opožděna. Déle přetrvává vazba na matku a na rodinu, jedinec s mentální retardací často nemá kompetence k osamostatnění. Nemá potřebu emancipace. Mnohé projevy chování jsou považovány za problémové, i když se často nebere v úvahu, jaký má vlastně daná reakce pro tyto lidi význam. Jejich chování je určitým způsobem komunikace.

Komunikace mentálně postižených a zdravých jedinců je charakteristická menší dávkou empatie, je schematičtější, projektivnější a většinou trvá kratší dobu. Často totiž tato situace pramení z neznalosti a nedostatku respektu k možnostem mentálně retardovaného.

Mentálně postižené děti jsou v sociální oblasti závislé na aktivitě dospělých. Preferují stereotyp, kontakt se známými lidmi, od kterých mohou čekat určité chování. Postižené děti mohou pozorovat okolí, různé situace a sociální interakce, ale těžko chápou jejich podstatné znaky a smysl tohoto chování. Učení nápodobou je tedy méně efektivní.

Mentálně retardovaní lidé mohou v procesu socializace trpět dvěma problémy. Primárním defektem a s tím souvisejícím nedostatkem zkušeností.

Dospívání je ovlivňuje daleko více biologicky než psychosociálně. Určitý problém tohoto období může představovat sexuální potřeba, někdy více touha po blízkém člověku. Situaci sexuálních potřeb řeší většinou autostimulací.

V období dospívání někdy dochází také ke zvýšení agresivity. Bývá důsledkem stresujícího působení prostředí, různé zákazy, omezení, odmítání a zavrhování, které tyto jedinci neumí ovládat. Jindy se jedná o biologické faktory. Sociálně maladaptivní chování a nezvládnutí vlastní fyzické síly a nedostatečné chápání důsledků agresivního chování.

Pracovní uplatnění osob s mentální retardací je možné, pokud se jedná o práci, která odpovídá úrovni jejich myšlení, udržení pozornosti, nevyžaduje rychlé reakce a rychlé změny pracovních operací. Přes všechny obtíže je adekvátní práce pro mentálně retardované užitečná, rozvíjí a uchovává jejich kompetence a dává náplň jejich životu (Vágnerová, 1999).



## 8 Terapeutické přístupy v práci s mentálně retardovanými

V současné době se kromě klasických druhů léčby využívá řady nových přístupů a metod, které se svým provedením a formou těší velké oblíbenosti nejen u mentálně postižených. Pracují na umělecké bázi, na pohybu a také na vztahu a kontaktu ke zvířeti. Mezi umělecké metody můžeme zařadit např. dramaterapii, muzikoterapii, choreo a bodyterapii. Práci se psy zařadila do své náplně canisterapie a práci s koňmi hippoterapie. Všechny tyto techniky jsou založeny na určité spolupráci s vlastním tělem, pohybem a s ním spojenými vyvolanými emocemi.

### 8.1 Arteterapie

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 jevu v souvislostech.

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 (Campbell, 1998). Arteterapii s mentálně retardovanými dětmi a mládeží se věnuje prakticky i teoreticky K. H. Menzen (1990), který hlavní cíle arteterapie u této skupiny populace vidí v kompenzaci poškozených funkcí mozkových hemisfér prostřednictvím uměleckých aktivit. Klade důraz na esteticko-bazální stimulaci, reorganizaci vnitřních struktur osobnosti postiženého. Podle tohoto autora tam, kde malujeme, stavíme, konstruujeme, budujeme i prostorové vnímání klienta, vnímání času, kontextu světa.

Arteterapii lze hodnotit jako oblast kulturní terapie (Davido, 2001; <http://www.arteterapie.cz/engine.php3?act=1>).

Jako speciální léčebná terapie disponuje výjimečnými specifickými prostředky a sleduje ve své podstatě vztah mezi vznikem a vývojem lidstva. Umělecká tvořivost

rozšiřuje estetické znalosti, kultivuje osobnost, obnovuje touhu nově vnímat realitu, inovuje vitální síly a proměňuje hodnotovou sféru životních potřeb (Jebavá, 2000).

Arteterapie je samostatná výtvarná činnost jedince v různých výtvarných disciplínách charakteristická těmito složkami:

- kresba
- malířství
- sochařství
- grafika
- keramika
- textilní techniky

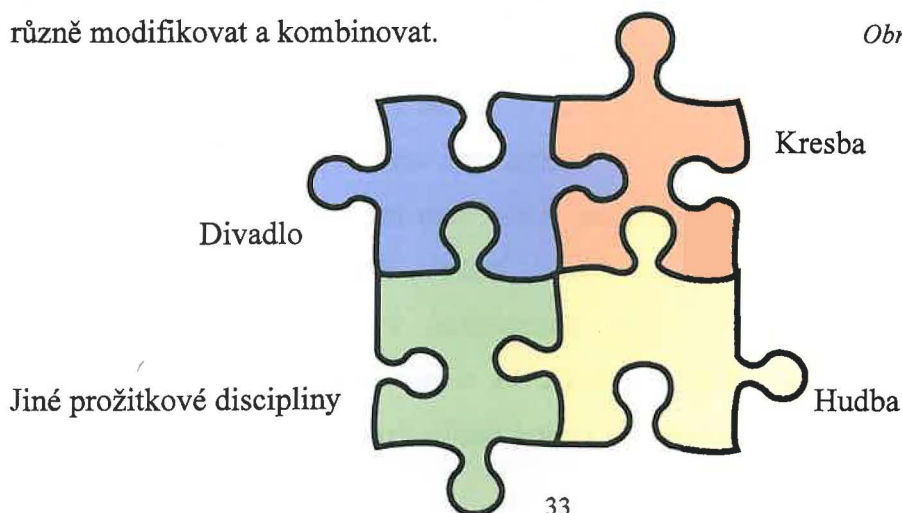
Tyto jmenované techniky spolupracují s jinými metodami např. s verbální psychoterapií, muzikoterapií, pohybovou terapií a divadlem.

Arteterapie je práce týmová a musí být prováděna ve spolupráci s psychologem, psychiatrem nebo pedagogem. Pomáhá zpřesnit diagnózu a prognózu, hlavně však je zaměřena do rozvoje kreativních schopností klienta a na jeho citový vývoj. Význam a hodnota práce spočívá v procesu činnosti a pozitivním vztahu mezi arteterapeutem a klientem. „*Arteterapie je indikována pro širokou oblast poškozených jedinců*“ (Jebavá, 1997).

Vhodně zvolená disciplína je podle Jebavé (2000) totožná s vnitřním založením jedince. Tu volí arteterapeut po předchozím diagnostickém verbálním pohovoru s klientem, jen tehdy má maximální účinek jako léčebná metoda. Při těchto výtvarných činnostech je třeba i vhodně zvolené motivace, téma a přiměřená časová jednotka, která rovněž slouží jako podpůrný medikament.

Disciplíny arteterapie lze přirovnat ke skládačce puzzle (obr. č. 1), která po složení vytváří vhodný obraz, stejně jako program arteterapie. Jednotlivé varianty terapie lze různě modifikovat a kombinovat.

Obrázek 1:



Aktivní formy této terapie můžeme následně rozdělit do jednotlivých podskupin (Jebavá, 2000):

Označení	Technika	Využití
Výtvarný happening	Dotekový Plastický Malířský Kreslířský	Výtvarně poznávací ve formě happeningových akcí v terénu, v přírodě nebo ve městě.
Hudební happening	Malba Hudba	Lze vytvářet rytmus malby.
Divadelní happening	Hry Nonverbální divadlo Pantomima Loutkové kreace	Lze využít jako divadelní projekce dada.
Prožitkové happeniny	Pomezí ostatních disciplin	Lze využít jako body-art, performance, výrazový tanec.

## 8. 2 Muzikoterapie

Muzikoterapie nachází projekci v prožitku a imaginaci při slyšené hudbě, zvuku či rytmu. Muzikoterapie je velmi účinná metoda při léčbě psychosomatických potíží, například pocitu úzkosti, depresi, poruch spánku, komunikačních problémech a proto se uplatňuje nejvíce v psychiatrii a psychologii (např. Mátejová, Mašura, 1992). Ve formě pohybové terapie je schopna zlepšit tělesnou kondici, přispět k zvýšení sebevědomí. Ve formě zvukoterapie a imaginací s hudbou podporuje pozitivní myšlení, mění pohled na svět. Bylo vědecky dokázáno, že emoce způsobené pasivním, nebo aktivním kontaktem s hudbou vyvolávají reakce, které ovlivňují biochemické pochody v lidském organismu.

*„V nejužším slova smyslu užíváme názvu muzikoterapie tehdy, když je specifickou formou psychoterapie při léčení duševních poruch, neurotických, nebo psychotických, zejména při individuální psychoterapii nemocného, se zcela specifickým léčebným záměrem a se zcela specifickou terapeutickou metodou“* (Pokorná, 1982). Poněkud širší obsah pojmu muzikoterapie je shledáván u takového

užití hudebních aktivit, zejména ve skupinové formě, kdy – jako jedna z psychoterapií – mají působit především na zlepšení sociálních vazeb pacientů, na usměrňování sebehodnocení, zařazení do kolektivu a pod..

*„V nejširším slova smyslu užíváme pojmu muzikoterapie u takových hudebních činností, které již nejsou léčbou, terapií, ale spíše psychohygienickým procesem, který využívá s určitým záměrem vlivu hudby na psychiku člověka (např. v oblasti gerontologie, při dlouhodobé hospitalizaci“ (Pokorná, 1982).*

### 8. 2. 1 Historie muzikoterapie

Hudba byla již odnepaměti používána lidmi jako léčebný prostředek. Z počátku spíše jako forma komunikace s nadpřirozenými silami s jejichž pomocí se lidé snažili zapůsobit na určité jedince, prosperitu celého kmene, nebo bojovat s úzkostí a chorobami. U některých primitivních kmenů převládala léčba pomocí šamanských rituálů, využívajících střídavě se opakujícího rytmu a zpěvu, který je udáván šamanem. Lidé z těchto kmenů věřili, že hudba, kterou provozuje šaman zahání a vyhání z těla nemoci, zlé duchy a mnohdy se na něj obraceli i pokud šlo o poruchy sociálního rázu (vymírání kmene apod.).

Ve starověku se v léčbě uplatňovalo výtvarné umění, hudba, literatura, politika, filosofie i náboženství. V písemné formě se poprvé zmiňuje o léčbě rituálním zpěvem Homérova Odyssea. Zakladatelem teorie řecké hudby se stal Pythagoras, následoval Aristoxenus, žák Aristotela, který propojil hudbu s léčbou. Římská náboženská hudba měla během rituálů magickou mocí zapudit zlé síly a přivolat dobré duchy. Někteří lidé navštěvovali doktory s přáním, aby je zbavili zlých duchů. Po pádu římské říše byla tradice léčby hudbou zapomenuta. Do centra pozornosti se opět dostává v období renesance. R. Burton, anglický lékař, se zaměřoval na aplikaci hudby při duševních poruchách. Ve Francii lékař Ambroise Paré studoval možnost využití hudby u pacientů, kteří byli po chirurgických zákrocích.

Více teorií, praktických metod a spisů pojednávajících o muzikoterapii se objevuje v 17. a 18. století. Léčilo se živou hudbou prostřednictvím speciálních léčivých skladeb. Léčba hudbou se nazývala *iatromusia* a byla založena na starořeckém učení o harmonii kosmu, která se promítala za pomoci hudby do organismu člověka. Poprvé se také věnuje pozornost fyziologickým a biochemickým procesům při používání hudby (Marek, 1990). O systému muzikoterapie napsal první ucelenou

publikaci anglický lékař R. Brocklesby. Na Slovensku lékař I. R. Ambro napsal spis o léčení hudbou používaném v medicíně. A. Kircher se ve svém díle *Phonurgia Nova* opíral o názor, že existuje dvojí druh hudby, kterou rozdělil na přirozenou a umělou. E. A. Nicolai se zabýval somatickými reakcemi na vnímání hudby, zejména na změnu tepu a rytmu dýchání.

V první i druhé polovině 19. století prakticky nevznikaly žádné nové koncepce léčby hudbou, byla spíše odsuzována jako nevědecká a pomalu upadala v zapomnění.

První polovina 20. století je známa rychlým vývojem techniky a nástupem reprodukované hudby, která změnila přístup lidí k hudebnímu umění. Muzikoterapie, jako léčebná metoda je brána v potaz spíše skepticky.

V průběhu druhé světové války se o muzikoterapii začal znovu objevovat zájem. V Americe vznikla tzv. "americká škola" muzikoterapie o které se někdy také hovoří jako o „hudební farmakologii“. Popisovala převážně pozorované účinky ukázek hudby jednotlivých stylů na pacienty s různými diagnózami. Za centrální obor v oblasti psychologie pokládá muzikoterapii koncepce tzv. „švédské školy“, která vznikla o něco později a jejím hlavním teoretikem byl Aleks Pontvik. K principům švédské školy, která popisovala hudbu jako něco, co dokáže proniknout do duše hlouběji a bezprostředněji než slova, které brala jako abstraktní symboly se poté hlásilo také Norsko, Dánsko, Finsko a Island. Mezi představitele tohoto směru patří L. Shatin a J. Massermann, kteří zastupovali spíše směr psychoanalytický a dále R. Dreikurs, H. Douglass, R. Wagner a B. R. Buttler, kteří se orientovali spíše na sociálně psychologické faktory.

Ve Velké Británii byla založena Britská společnost pro muzikoterapii, kterou založila J. Alvinová. Tato společnost, v jejímž čele stál A. Boulton, vydala později časopis *British journal of music therapy*. Podobné společnosti byly založeny i v Kodani a Rotterdamu.

V německy mluvících zemích, zejména pak v Lipsku založili v roce 1969 Ch. Kohlerová a Ch. Schwalbe sekci muzikoterapie. Taktéž v Lipsku na neurologické klinice aplikovali u pacientů s neurotickými poruchami speciální metodu muzikoterapie spojenou s terapií spánkem.

V Rakousku je obor muzikoterapie na vysoké úrovni poté, co se Rakouská společnost podporující muzikoterapii přičinila o to, aby se tento obor začal v roce 1958 přednášet na Hudební akademii ve Vídni.

V roce 1969 byl založen Muzikoterapeutický ústav v Paříži, který se orientoval na terapii pacientů s nevyjasněnou diagnózou, terapii artismu u dětí a na skupinovou terapii pacientů postižených psychózou.

Skandinávské země, Holandsko a Španělsko, byly ovlivněny Výborem pro muzikoterapii a Společností pro muzikoterapii. Ty vznikly v roce 1971 v Německu. Muzikoterapie postupně nabývala významu i respektu. Začaly se konat pravidelné kongresy, semináře a sympozia a vydávat první odborné časopisy. Pod vedením V. A. Giljarovského vznikla v roce 1927 v bývalé SSSR na neurologické klinice v Moskvě metoda terapie, která vycházela z principů muzikoterapie. Jednalo se o systém terapeutické logopedické rytmiky pro děti trpící koktavostí, poruchami sluchu a také neslyšící.

V bývalé Jugoslávii vzniklo v roce 1970 pod vedením D. Breitenfelda Muzikoterapeutické sdružení Chorvatska. Muzikoterapie se aplikovala na psychiatrických a neurologických odděleních u dětí s poruchami řeči, sluchu, u dětí s LMD a dětí s překonanou mozkovou obrnou. Také se jí využívalo v geriatrických klubech a při léčení alkoholismu.

Na Slovensku se muzikoterapie zařadila v roce 1968 mezi předměty, které byly vyučovány v Institutu speciální a léčebné pedagogiky při FV UK v Bratislavě. Muzikoterapií dětí i dospělých s poruchou řečové komunikace se zabývali na Psychologicko-výchovné klinice v Bratislavě Z. Mátejová a S. Mašura. Zabývali se také dětmi a mladistvými s mentální retardací, LMD, dětmi neurotickými a dětmi s poruchami chování.

V České republice se muzikoterapie začalo využívat zejména v Praze a to na Bohnické psychiatrické léčebně, na Foniatrické klinice M. Seemana a v Logopedickém ústavu na foniatrickém oddělení pod vedením F. Kábeleho. V Praze při Lékařské společnosti existuje a aktivně působí sekce muzikoterapie. Systematicky a dlouhodobě se u nás muzikoterapií zabývají Jitka Schánilcová-Vodňanská, Josef Krček, I. Stressová, která podle P. Pokorné využívá muzikoterapie ve spojení s metodou psychodramatu, dále pak V. Mikula a S. Kratochvíl, který využívá hudbu v terapeutické komunitě dospělých při léčbě neuróz. Pořádají se výcvikové kurzy pro psychology, sociální pracovníce, pedagogy a další (<http://www.sweb.cz/muzikoterapie/hurnik.htm>).

## 8. 2. 2 Vysvětlení pojmu muzikoterapie

Muzikoterapie je chápána jako soustava léčebných postupů využívajících hudbu k uzdravení člověka z různých nemocí. Dnes je tato terapie používána v mnoha medicínských oborech jako tzv. metoda komplexní. Jak již bylo předesláno, uplatňuje se hlavně v psychiatrii a psychologii, tedy v oborech, kde se léčí hlavně vnitřní problém. Vědecky bylo prokázáno, že emoce způsobené pasivním nebo aktivním kontaktem s hudbou ovlivňují biochemické pochody v lidském organismu.

Podle Pokorné (1982) a dalších je využití hudby jako terapie následující:

- V nejužším slova smyslu užíváme názvu muzikoterapie tehdy, když je specifickou formou psychoterapie při léčení duševních poruch, neurotického nebo psychotického charakteru.
- Muzikoterapii chápeme jako psychoterapeutickou metodu, která podle psychopatologických zákonitostí užívá specifického hudebně komunikativního média receptivního i aktivního, tak aby docílila terapeutických efektů.
- Muzikoterapie se odlišuje od všech forem terapeutických směrů díky svému širokému uplatnění při léčbě celé řady psychických onemocnění, např. autismu, psychoschizofrenních poruchách a dalších.
- Poněkud širší obsah pojmu muzikoterapie je shledáván u takového užití hudebních aktivit, zejména ve skupinové formě, kdy jako jedna z psychoterapií působí především na zlepšení sociálních vazeb pacientů, na usměrňování sebehodnocení, zařazení do kolektivu a další.
- Muzikoterapii lze také chápat jako součást léčebně - rehabilitačního komprehenzivního programu, kdy využíváme hudbu současně s pohybem. Vytváříme činnostní determinant, který motivuje jedince k pohybovým aktivitám.
- V neposlední řadě využíváme pojmu muzikoterapie u takových hudebních činnostech, které již nejsou léčbou, terapií, ale spíše psychohygienickým procesem, jenž využívá hudbu jako prostředek ovlivňující psychiku člověka.

### 8. 2. 3 Muzikoterapie jako možnost léčby

Je pozoruhodné, že poměrně značné množství uměleckých děl a je nutno připomenout, že hodnotných, vznikla na pozadí psychického rozrušení.

Umělci ze všech sfér uměleckých směrů svou tvorbou vyjadřují to, co se v nich samotných odehrává. Umění překračuje hranice lidského chápání, mnohdy ani umělci sami nejsou schopni svá díla vysvětlit. Čím intenzivnější jsou pocity, tím silnější je výsledný efekt. Jediné, co může vyjádřit jedinečnost lidské duše a neuvěřitelné spletité kombinace myšlenek, je způsob poskládání slov a vytvoření originální atmosféry pomocí melodie a rytmu vět.

Umění je pro postiženého člověka nejvhodnější možnost, jak uvolnit nesnesitelné napětí a bolest. Všechna díla jsou hodnotným obrazem lidské duše nebo momentálního stavu a tato linie je nabízena společnosti. Nelze si např. nepovšimnout, jak při poslechu hudební skladby obecnost reaguje na hudební kompilaci. Protože se vnímající jedinci soustředí pouze na předávané informace prostřednictvím tónů, mohou plně vychutnat a přiblížit se alespoň na okamžik k psychickému rozpoložení skladatele. Záměrně podotýkáme pouze přiblížit, jelikož prožitek skladatele je identickým pouze pro něho samotného.

Lidský tvor je schopen silné empatie, jsme obdařeni talentem porozumění tajné řeči umělců. Hudba v nás může vzbuzovat různé pocitové stavy, to je však ovlivněno nejen její intenzitou, ale také její kvalitou, hlasitostí, volbou nástrojů a v neposlední řadě také uspořádáním jednotlivých tónů.

Někdy je možno pozorovat, a to na sobě samých, že podvědomý poslech hudby, na kterou jsme vnitřně naladěni, v nás vyvolává jistou formu pozornosti, až soustředěnosti. Celková kulisa hudby může bezesporu zvýšit pozitivně naši vnitřní energii. Stejně tak ale může vyvolat agresivní postoj nebo chování. Při využívání hudby jako terapie je tedy nutné, aby hudba byla jemných tónů, bez značných dramatických sekvencí a to vše vhodně snoubeno s hlasitostí, vybavením interiéru či expozic exteriéru.

### 8. 2. 4 Druhy muzikoterapie

Muzikoterapie se rozděluje podle toho, zda se pacient zapojuje do vytváření hudby na:



- pasivní - pacienti poslouchají hudbu, ale sami se nijak do vytváření hudby nezapojují.
- aktivní - pacienti hrají na různé hudební nástroje, zpívají, vyjadřují své pocity pohybem a zvuky.

Dále je možno rozlišit několik různých hledisek muzikoterapie v závislosti na cílovou skupinu:

- Znevýhodněné děti a mládež
- Jedinci trpící autismem či jinou psychotickou poruchou
- Mentálně retardovaní jedinci v ÚSP zařízeních
- Jedinci zařazení do různých výchovných zařízení
- Jedinci trpící stresem, depresemi a neurózami
- Jedinci závislí na drogách
- Starší jedinci v pečovatelských zařízeních

#### *8. 2. 5 Cíl muzikoterapie*

Obdobně jako v psychoterapii je i v muzikoterapii cílem usnadnit klientovi vyjádření jeho pocitů umožňujících změnu v prožívání a chování pacienta. Pravidelné naslouchání hudby by mělo klientovi z podvědomí pomalu, ale jistě vyplavovat směs nedefinovatelných emocí, které by pak měly být s pomocí terapeuta vytrženy, pochopeny a upraveny tak, aby klient pocítil úlevu a především aby porozuměl sám sobě. Nejlepším způsobem ventilace emocí je jejich reprodukce. V ideálním případě by po naslouchání hudby měla následovat taková aktivita, při níž by klient vyjadřoval co nejspontánněji své pocity (aktivní provozování hudby, tanec, zpěv, výtvarná činnost).

#### *8. 2. 6 Vliv hudby na mozek a CNS*

Při poslechu rytmických modelů specifických rezonančních typů, při respektování metroritmické struktury, použití speciálních bicích a perkusivních nástrojů a modulovaného zpěvu, dochází v lidském mozku k indikaci alfa vln, což je frekvence v rozmezí 7 až 11 Hz. Toto jsou frekvence, při nichž dochází k harmonizaci pravé a levé mozkové hemisféry, nastává efekt tzv. jednotného mozku (one brain) a rovněž

při dosažení speciálních podmínek může dojít ke změněnému stavu vědomí. Neurochemie dokazuje, že lidský mozek je sám schopen vyrábět substance měnící stav vědomí, včetně halucinogenů, jako je např. dimethyltriptamin. Jakmile začnou mozkové hemisféry pracovat harmonicky, dojde ke změně fyziologie mozkových vln do fází vyššího vědomí. Laboratorní výzkumy dokázaly, že bubnování vyvolává změny CNS (Drake, 1996). Rytmičká stimulace působí na elektrickou aktivitu mnoha smyslových a pohybových oblastí mozku. Tak se stimuluje spojení se sensorickou oblastí. To znamená, že při bubnování dochází u klientů k celkovému uvolnění, odeznění psychických tenzí, současně relaxaci celého organismu, k harmonizaci energetických center a drah, k postupnému vyladování všech tělesných funkcí a systémů, včetně imunitního a tím pádem k terapii celé bytosti jako takové. Jediný úder bubnu dodá mozku více energie, než jakýkoliv jiný zvuk. Hluboké alfa stavy jsou charakteristické pro meditaci a holistické módy vědomí (Halpern, 1986; Holzer, 2003).

#### *8. 2. 7 Aplikace muzikoterapie u mentálně retardovaných*

Mentální retardace bývá často spojena s některými tělesnými handicap, nebo menší pohybovou obratností. Nicméně toto nemá žádný vliv na vnímání hudby, rytmu, vnitřního prožívání a citového vnímání mentálně retardovaných. Je samozřejmé, že je potřeba s přihlédnutím k jejich schopnostem a míře jejich koncentrace zvolit přístupný a pro ně atraktivní program s přihlédnutím, aby ve skupině byli jedinci, kteří jsou přibližně na stejné úrovni intelektu. U jedinců pobývajících v ústavní péči, tedy v prostředí, které je pouze náhražkou přirozeného vývoje, kde nemohou uplatnit svou svobodnou vůli a žijí ve světě zákazů a příkazů je aplikace muzikoterapie jakousi formou ventilu. Tito jedinci bývají vlivem tohoto prostředí často hluční, roztěkaní a neurotičtí. Častým projevem napětí je například kývání hlavou a trupem. Jedná se vlastně o obrannou reakci organismu. V centru rovnováhy, v utrikulu a sakulu se na základě tohoto rytmického dráždění generují vzruchy vedoucí k CNS k produkci prekursorů a dalších působků, které vylepšují náladu a celkovou psychiku (vyplavování endorfinů). Je skličující, že v mnoha ústavech je z neznalosti dětem zakazována i tato obranná reakce. Za nejlepší formu zvukového ventilu, který dokáže zmenšit, nebo vyrovnat vnitřní napětí je považováno bubnování (lze jej spojit se zpěvem a pohybem). Během tohoto ventilu jsou svěřenci motivováni

k několikaminutovému řízenému, ale spontánnímu projevu, který se většinou vyznačuje tancem, rachotem, dupotem, křikem, kroucením tělem a zpěvem. To má za následek rychlé zklidnění, po kterém nastupují relaxační a harmonizační prvky. I mentálně postižené děti dokáží 20 minut relaxovat, provádět dýchací cviky a vyprávět o svých prožitcích. Muzikoterapeutické postupy přinášejí mentálně postiženým uvolnění, relaxaci a hluboké emocionální prožitky (Kvasnička, 1986). Hudbu lze využít jako prostředek nonverbální komunikace, s její pomocí můžeme ovlivňovat dýchací činnost, rozvíjet motorické schopnosti a trénovat rozvoj koncentrace. Aktivní muzikoterapie by měla být založena výhradně na principu dobrovolnosti a v žádném případě vnucování.

### **8.3 Dramaterapie**

Dle British Association for Dramatherapists (1979) zní definice dramaterapie takto: „*Dramaterapie pomáhá uchopit a zmírnit sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž jedinec poznává sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální a nonverbální složku komunikace*“ (Valenta, 2001).

Podle slovenské dramaterapie se definuje tento obor jako umělecká a léčebně-výchovná metoda, která se aplikuje v rámci individuální i skupinové práce. Evokuje prožívání emocí, získávání vnitřní motivace, vede k integraci.

Cíle dramaterapie jsou velmi variabilní. Při různém druhu klientů a jejich onemocnění se vždy klade důraz na specifické zvláštnosti. K hlavním cílům patří redukce tenze, rozvoj empatie, fantazie a kreativity, odblokování komunikačního kanálu, integraci osobnosti, vytváření pocitu zodpovědnosti, úpravu reálné aspirace a rozvíjení sebedůvěry (Valenta, 2001).

Velmi důležitým zdrojem pro rozvoj dramaterapie je divadelní věda a divadelní praxe. Mnoho divadelních profesionálů se v historii pokoušelo o experiment v této oblasti. Jejich snaha a výsledky se velmi progresivně odrazily ve vývoji dramaterapie jako vědní disciplíny.

Hlavní rolí v oblasti dramaterapie jsou emocionální a psychologické procesy, ve kterém se herec snaží vyjádřit vnitřní pravdu charakteru nalezením a prožitím svých vnitřních vlastností.

### *8. 3. 1 Vývoj dramaterapie v závislosti na psychoterapii*

Dramaterapie se jako poměrně nový směr expresivní formy psychoterapie vytvořil z několika různých psychoterapeutických směrů.

### *8. 3. 2 Možnosti využití dramaterapie pro mentálně retardované*

Dramatická výchova je označována jako psychologicko – pedagogický prostředek. Umožňuje si uvědomit své vlastní tělo. Je možné ji tedy označit jako řeč těla. Každý tvor může podle svých pohybových aktů vytvářet obraz o jeho stabilitě a stavu vnitřního prostředí. Jednotlivec si tak může uvědomovat druhého, komunikovat s ním neverbálním způsobem, může si vytvořit svůj vlastní jazyk a formu naslouchání.

Právě u mentálně retardovaných je nejzásadnějším problémem bariéra komunikace a to jak verbální, tak neverbální. To „vytlačuje“ tuto skupinu lidí do jakési periferní oblasti naší společnosti. Není proto asi třeba zdůrazňovat, že tím dochází ke zdrženlivosti v navazování kontaktů a o sociálních rovinách nemluvě. Porucha mentálního vývoje je velice pomalá. Proto i oblast citová se vyvíjí obdobně. Tito jedinci často reagují neadekvátně na vnější podněty, a tím může být jejich jednání také ovlivněno. Časté střídání nálad proto není nic neobvyklého.

Dramatická výchova se snaží u těchto jedinců vyvolat tvořivé myšlení, obrazotvornost a jejich částečnou integraci do života ve společnosti. Dramatická výchova tedy kompenzuje poruchy v sociální adaptaci. Tato forma terapie je jednou z nejpřirozenějších cest výchovy, protože se zde může člověk vnitřně a bez omezení realizovat.

Praktický význam dramaterapie je shledáván následovně:

- Prostředek rozvoje empatie, verbálních i neverbálních komunikačních schopností
- Výchovný prostředek pro změny osobnosti a charakteru
- Didaktické a cílené působení na jednotlivce
- Integrační vliv
- Psychické uvolnění vnitřního napětí

#### **8. 4 Taneční a pohybová terapie**

U taneční a pohybové terapie chápeme tanec jako pohyb, u kterého se neklade důraz na jeho estetickou stránku, ale vysvětluje se z hlediska psychologického, sociologického a historického. Ústředním principem taneční terapie a pohybové terapie je silné a velice výrazné spojení emocí a pohybu. Při vývoji dítěte nesmí dojít k ochuzení některé jeho vlastní fáze. Proto dobrý terapeut musí všechna tato stádia znát a orientovat se v nich (Payneová, 1999).

Při taneční a pohybové terapii tak mohou nevědomě navozené pohybové reakce vést k asociacím ranějších událostí a k jejich novému prožití (Čížková, 2005). Klienti se mohou do procesu hluboce ponořit, protože probíhá v neverbální rovině.

Využití tance v léčbě je stále na počátku, ale výzkumy prokázaly, že pro určité skupiny klientů má svůj specifický význam (např. Payneová, 1999; Matoušek, Landischová, 2002).

Body a choreoterapie, úzce souvisí s taneční a pohybovou terapií, někteří autoři dokonce tuto techniku práce s tělem uvádí jako s ní totožnou. Terapie je založena na poznávání a uvědomění si vlastního těla, chápání a cítění jednotlivých jeho částí v prostoru, vyrovnávání se s nedostatky. Jsou to metody poměrně nové a ne příliš známé a užívané, proto je literatura pro získání více informací a podrobností téměř nedostupná. Snad se to v příštích letech zlepší a bodyterapie společně s choreoterapií budou běžnou součástí a naplní práce v mnoha zařízeních.

#### **8. 5 Hipoterapie**

Do jednoho z dalších druhů léčby patří i hipoterapie. Je založena na neurofyziologickém podkladě, využívá se přenosu posturo-reflexních mechanismů na jedince, u kterého vyvolává a imituje mechanismus chůze. Toho se využívá převážně u osob se somatickým onemocněním, u paraparetiků a paraplegiků. Jiná funkce tkví ve stimulaci senzomotoriky, teplost a hebkost koňské srsti, hřbet jako balanční plocha, aktivují se tak obranné a rovnovážné reakce. Pro jedince s mentální retardací je důležitá hipoterapie z hlediska vůle, emocí, překonávání překážek, neméně opomenutelný je také relaxační účinek.

## **8. 6 Canisterapie**

Tedy léčba za využití psa. Sociální cítění psovoda a dobrá povaha psa je základ pro výkon canisterapie. Výsledky jsou známé z ciziny. U nás se zavádí teprve sedm let. Východní Čechy mají organizaci půl roku. Požadavků na spolupráci od ústavů a zařízení je více než je ochotných lidí canisterapii vykonávat. Dnešní doba zná jen větu "CO ZA TO". Jediná mzda psovoda je pocit, že vykonal činnost, jež pomohla jiným lidem, kteří cítí osamělost z toho, že jsou odlození a zbyteční. Pomáhá postiženým a dětem bez domova. Místo peněz vidí rozzářené oči, veselost, spokojenost, touhu žít, vytváření tolerance, zvyšování sebevědomí, ochotnější přístup k rehabilitaci a dříve odmítané vyšetření. Částečné obnovování hmatových vjemů, uvolňování spasmů a křečí. Ochota nemocných k nenásilnému pohybu apod..

## **8. 7 Terapie pomocí gymnastického nářadí a náčiní**

Léčba prožitkovou terapií, při které se využívají gymnastické pomůcky. Nejvhodnějším prostředkem k tomuto systému je velká trampolína. Tato terapeutická disciplína je velice mladá, ale její výsledky jsou relativně rychle znatelné. Tento systém je využíván u mentálně retardovaných osob převážně lehčího až středního postižení. Není doporučován u osob s těžkým stupněm postižení. Toto omezení je dáno hlavně bezpečností pro cvičící jedince.

## **8. 8 Terapie pomocí volnočasových aktivit v přírodě**

Jde o cílené působení na mentálně retardované jedince pomocí různých forem outdoorových aktivit. Jedná se především o využití turistických aktivit, zejména pěší turistiky, cykloturistiky a v dnešní době velmi oblíbené vodní turistiky. Všechny tyto aktivity jsou spojeny s prožitkem v přírodě a nabízejí pomocí nestandardně se měnících situací ovlivňování psychického rozpoložení jedinců s různým druhem mentální retardace. Předpokladem pro využití volnočasových aktivit tohoto druhu je především dostatečné personální a materiální zabezpečení.

Tuto kapitolu bych rád uzavřel slovy, že existuje celá řada a různé formy terapeutických směrů. Některé jsou v samotném prvo počátku jejich vzniku. Terapií může jistě být téměř vše, co člověku přináší určitý druh vnitřního psychického

uspokojení. Proto jsou v této práci vyselektovány hlavně ty veřejnosti nejznámější. Ostatní méně známé druhy terapií nejsou do této práce zařazeny, protože by přesahovaly rámec tohoto projektu.

Žádná z metod není nejlepší, žádná není nejúčinnější, žádná nepůsobí bez využití dalších doplňkových terapeutických forem.

## 9 Experimentální část

### 9.1 Úvod do průzkumu

V této části diplomové práce bylo cílem zjistit diferenci pocitů ovlivněných pomocí muzikoterapie a jiných pohybových aktivit u testovaného souboru, který byl rozdělen do čtyř skupin, podle úrovně mentálního postižení. Průzkum byl prováděn prostřednictvím strukturovaného rozhovoru, který se skládal ze sedmi jednoduchých otázek.

### 9.2 Cíle průzkumu

Jak už vyplývá z názvu závěrečné diplomové práce „*Uplatnění pohybových aktivit a muzikoterapie při léčbě osob s mentální retardací- využití muzikoterapie a pohybových aktivit v ÚSP Brandýse nad Labem*“, hlavním tématem průzkumu byla otázka, jak reagují dotazovaní respondenti na různé formy muzikoterapie a pohybových aktivit.

Do programu byli zařazeni jedinci s různým stupněm mentální retardace v celkovém objemu 12 dotázaných respondentů. Respondenti byli zařazeni podle míry mentálního postižení do čtyř skupin. Průměrný věk dotazovaných respondentů činil 48, 33 roků. Nejmladšímu respondentu bylo 34 roků a nejstaršímu 79 roků.

Před zahájením sběru dat byl proveden pilotní vstupní test u skupiny respondentů se středním stupněm mentální retardace, který měl zjistit vhodnost otázek, jejich posloupnost a možné využití. Jeho otázky však nebyly koncipovány po konzultaci s psychologem. Někteří respondenti reagovali na otázky neadekvátně, což pro celkové vyhodnocení bylo zcela nepřijatelné.

Konečná verze otázek (strukturovaného rozhovoru) byla proto důkladně konzultována jak s psychologem působícím v ÚSP v Brandýse, tak i s katedrou psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

### 9.3 Popis průzkumné metody a zdůvodnění jejího výběru

Průzkum byl zahájen koncem kalendářního měsíce listopadu a to ze dvou důvodů. Prvním důvodem bylo, že dotazovaní respondenti během letních měsíců července a srpna pobývali u svých rodin či příbuzných a nemohli tak navštěvovat cvičební



jednotky. Dalším důvodem je, že většina klientů je již plně začleněna do běžného programu ústavní péče (Disman, 1993).

Zkonstruovaný strukturovaný rozhovor byl tvořen sedmi jednoduchými otázkami (viz. kap. 9. 3. 1 Položky strukturovaného rozhovoru), které se okamžitě po provedení pohybové aktivity reprodukovaly klientům, neboť nebylo možné, aby jedinci vzhledem k mentálnímu postižení otázky vyplňovali sami. Při dotazování mi byli nápomocni dva asistenti z výše jmenovaného ústavu a jeden psycholog. Při tvorbě tohoto strukturovaného rozhovoru byly jednotlivé otázky i jejich posloupnost voleny s ohledem na mentální úroveň respondentů.

Oslovení a instrukce určené respondentům objasňující účel, k němuž anketa slouží a za jakým účelem budou data zpracovávána byla pominuta zcela, neboť tyto informace pro dotazované respondenty nebyly důležité.

Analýza získaných dat byla provedena pouze procentuálně a dvojitým způsobem. První vyhodnocení bylo provedeno systémem grafů vždy ke každé otázce a zvláště selektováno ke zúčastněné skupině. Důvodem byl záměr přehlednějšího vyhodnocení pro práci zaměstnanců působících v ÚSP. Druhé vyhodnocení bylo celkové, pomocí tabulek dle odpovědí dotázaných respondentů bez ohledu na to, do které skupiny byli začleněni.

### *9. 3. 1 Položky strukturovaného rozhovoru*

Respondenti odpovídali na položené otázky a to bezprostředně po ukončení pohybové aktivity. Na jednotlivé položky bylo možno odpovědět pouze ANO či NE.

#### *Jednotlivé položky rozhovoru:*

<i>Položka č. 1</i>	Baví tě to tady?
<i>Položka č. 2</i>	Baví tě hudba?
<i>Položka č. 3</i>	Baví tě tanec?
<i>Položka č. 4</i>	Baví tě tanec ve skupině?
<i>Položka č. 5</i>	Baví tě tleskat?
<i>Položka č. 6</i>	Baví tě běhat a skákat?
<i>Položka č. 7</i>	Máš příjemný pocit?

## 9. 4 Popis a kasuistika probandů

Soubor respondentů je rozdělen do tří skupin podle jednotlivých stupňů mentální retardace. Každá skupina obsahovala vždy po čtyřech respondentech. Rozdělení jednotlivých skupin následně nastíním v dalším textu.

### 9. 4. 1 Lehká mentální retardace

#### V. I. 44 letá

- **Anamnéza:**

Je z devíti sourozenců, v pořadí 6.. Údajně se od roku 1966 léčila pro epileptické paroxysmy.

V roce 1968 byla vyšetřena na psychiatrii a byl zjištěn silně opožděný vývoj řeči, obezita, vážné poškození CNS. Mentální úroveň v lehčím pásmu debility. Vzhledem k tomu, že má matka hodně dětí a nemůže věnovat individuální péči dítěti, bylo doporučeno umístění do internátní zvláštní školy, nebo do menšího dětského domova.

- **Diagnóza:**

Nespecifikovaná lehká mentální retardace.

- **Pozorování:**

Vzhledem k tomu, že absolvovala zvláštní školu umí číst, psát i počítat. I přes svou obezitu je velmi pohyblivá a ráda pomáhá. Protože je považována za schopnější, v tomto ústavu je schopná se i sama o sebe postarat co se týká hygieny oblečení. Proto je ubytována na dvou lůžkovém pokoji, kde si i sama uklízí. Je velmi obětavá, sice se ráda uráží, nesmí se jí nic vytknout, sama od sebe však pomáhá sestřám při úpravách lůžek, přípravě nádobí k jídlům, rozvážení pití, pomoc při oblékání klientek, pomáhá i v kuchyni.

Dobře se zapojuje i ve výchovném programu, ráda maluje a vyrábí různé věci. Velmi ráda se účastní výletů a různých společenských akcí, zapojuje se v kroužcích. Jediné co je třeba hlídat je příjem potravy, protože velmi ráda jí.

Kontakt s rodinou udržuje její švagrová, která si jí bere domů na pobyty. Je to jediná z příbuzných. Když jede domů, nikdy nezapomene koupit dárky pro své neteře.

• **Anamnéza:**

Pochází z romské rodiny. O rodičích nic neví. Má několik sourozenců, kteří jsou také v ústavu. Doma ji nechtějí. Z dalšího šetření vyplývá, že rodiče nežijí a má údajně 1 bratra, tedy prakticky o rodině nic neví. Z dostupné dokumentace nešlo nic získat. Do 15ti let v domácím prostředí, pak 5 let v PL Kosmonosy. Absolvovala 4 třídy zvláštní školy, opakovaně propadla. DMO v dětství, torticollis spastica, epileptické paroxysmy.

Po 15. roce pomáhala jako pomocná síla v internátní kuchyni zvláštní školy a pak umístěna v různých zařízeních soc. péče.

• **Diagnóza:**

Lehká mentální retardace s poruchami chování.

• **Pozorování:**

Je menší hubené postavy. Má chůzi se sklonem těla vlevo. Dokáže zručně navlékat korále, vystříhávat. Když chce, tak pomáhá vytírat, v kuchyňce dokáže i obsluhovat myčku. Připravuje hrníčky pro klientky na lůžkovém oddělení a ráda rozlévá pití. Když má náladu ráda pomáhá sestřám při ranním stlaní lůžek klientek.

Velice ráda žaluje a svádí různé věci na ostatní klientky. Pokud se jí věnuje pozornost a vytkne se jí lež, je velmi agresivní, vulgární na personál i obyvatelky. Na druhou stranu dokáže být velmi milá. Číst i psát zapomněla, nezná ani hodiny. Velmi se těší na výlety a různé akce a pokud je vybraná tak si to na poslední chvíli rozmyslí a dokáže i několik dnů sedět a říkat, že nikam nepojede, když se pak účastní je spokojená. Ve výchovné skupině se příliš nezapojuje. Velmi ráda si vymýšlí různé zdravotní problémy a nejraději by stále chodila pod nějakou záminkou k různým lékařům, nejraději na „kurinu“ (chirurgie). Občas má nesrozumitelnou řeč. O osobní hygienu se dokáže postarat, včetně oblečení a stravy. Jen velmi překotně jí, hodně jídla si nacpe do úst a pak má problémy.

### L. N. 48 letá

- **Anamnéza:**

V rodině není žádné psychiatrické onemocnění, má 3 zdravé sourozence. Od dětství slaboduchost, vychodila 8 tříd zvláštní školy. Opakovaně hospitalizována v dětské PL. Asi 5 let pracovala jako dělnice v drůbežárně. Od r. 78 je zbavena svéprávnosti. Dokáže něco jednoduchého přečíst, a počítá do 20. Od roku 85-92 byla v ÚSP, když šla matka do důchodu vzala si ji domů. V roce 2002 musela rodina řešit ztíženou bytovou situaci, u rodičů se začaly projevovat zdravotní potíže a u jmenované poruchy chování, proto byla trvale umístěna v ÚSP.

- **Diagnóza:**

Nespecifikovaná lehká mentální retardace.

- **Pozorování:**

Je třeba dohlížet na osobní hygienu, a čistotu prádla. Sama se oblékne, nají. Při stolování velmi často nedodrhuje základní pravidla (hlasité řhání apod.). V pracovní skupině se aktivně neúčastní. Je velmi líná a nejraději by nedělala vůbec nic. Pokud pomáhá s nějakou prací, je velmi pomalá a odvedená práce vyžaduje kontrolu. Hlavně za každou i sebemenší pomoc vyžaduje cigarety a kávu. Stále říká, že je unavená.

Je pod vlivem dominantnějších klientek a nechá se navádět, aby brala věci ostatním (hlavně jídlo a pití), protože má malý důchod, nemůže si dovolit větší nákupy. Také vyžaduje určitý druh léků a začne si vymýšlet jak se jí krouťí oči. Často lže. Největší trest je pro ni zákaz kouření. Protože jí denní limit cigaret nestačí „vymetá“ kontejner a nedopalky si balí do novin a to kouří.

### K. M. 45 letá

- **Anamnéza:**

Má 4 sourozence, otec kočí, matka primitivní a na výchovu nestačí. Vyrůstala v nevyhovujícím prostředí, nedostatečně oblečená ve špíně. Školní docházka ve zvláštní škole nepřinesla výukový efekt. Byla viditelná těžká sociální zanedbanost a deprivace. V roce 1969 byla umístěna v PL. Pak si ji rodiče vzali domů a od roku 1972 je umístěná v ústavech.

- **Diagnóza:**

Lehká až střední mentální retardace.

- **Pozorování:**

Během několika prvních let se postupně upnula na jednu zdravotní sestru. Hlavně pod jejím vedením se její stav začal zlepšovat. Začala trénovat na sportovní akce, má několik medailí, velmi hezky vyšívá, je manuálně zručná. Má na starost jeden úsek, který uklízí a stará se o něj. Zapojuje se v zájmových kroužcích, pomáhá pracovat na zahradě. Ve výchovných skupinách se nezapojuje. Pokud je ve službě určitý okruh zdravotníků je velmi ochotná, pomáhá při úpravě lůžek, rozdávání pití, přípravě nádobí na jídlo.

Sama se postará o oblečení, nají se, jen je třeba občas dohlédnout na osobní hygienu. Její stav se natolik zlepšil, že jí bylo umožněno aby byla ubytována na dvoulůžkovém pokoji, kde jsou klientky, které se dokážou o sebe postarat a provádí si samostatně úklid.

Velmi ráda jezdí na kole, chodí do lesa na houby, dívá se na televizi, účastní se výletů, kulturních akcí i aktivně vystupuje (např. tanečky).

#### *9. 4. 2 Středně těžká mentální retardace*

##### *D. Š. 62 letá*

- **Anamnéza:**

V rodině žádné psychické poškození je starší zde dvou dcer. Vývoj opožděn. Běhala ve dvou letech, začala mluvit v 6 letech. V 7 letech byla umístěna na pozorování na psychiatrické klinice, odkud byla umístěna na záchytném dětském domově. Zde byla velmi samotářská, museli ji krmit. Postupně si začala hrát s dětmi a začala navštěvovat přípravný stupeň zvláštní školy. Podařilo se jí zapojit do zvláštní školy, ale jen velmi omezeně, byla velmi opoziční vůči grafickým projevům. Za rok bylo ustoupeno od školní docházky, protože se nepodařilo jí zaintegrovat do kolektivu.

- **Diagnóza:**

Neklasifikovatelná porucha na úrovni středně těžké mentální retardace.

- **Pozorování:**

S klientkou nelze navázat validní kontakt, pouze jednoslovné a povětšinou inadequate odpovědi, neatrikulované zvuky, resp. vzdechy, bez psychot. fenoménů, bez hostility či agresivity.

Je samotářská, nevyhledává konflikty s ostatními klientkami. Je třeba pomáhat s osobní hygienou, sama se oblékne a nají. Nemá zájem navštěvovat výchovnou skupinu, je roztěkaná. Mluví velmi sporadicky, jen jednotlivá, těžko srozumitelná slova. Příkazům však rozumí. Většinu dne chodí po chodbě a vyrazí různé vzdechy či nesrozumitelná slova.

M. Š. 79 letá

- **Anamnéza:**

V rodině nebylo psychiatrické onemocnění, má zdravou sestru. Vrozená psychická alterace.

Žila v domku s matkou, když matka v roce 1994 zemřela, byla v domku rok sama. Protože sama nezvládala domácnost, péči o dům a nezvládala ani péči o sebe samu, bylo doporučeno zbavení svéprávnosti. Umístili ji dočasně v LDN, kde byla velmi agresivní. Po psychofarmakoterapii ji dočasně pustili domů po domluvě s pečovatelskou službou.

V roce 1996 byla dána žádost do ústavu, vzhledem k tomu, že žila v zcela nepředstavitelných podmínkách. Nebyla schopna se postarat o nezákladnější osobní hygienu, stravování a další nutné životní podmínky.

- **Diagnóza:**

Neklasifikovatelná porucha na úrovni středně těžké mentální retardace.

- **Pozorování:**

Musí být umístěna na lůžkovém oddělení pod stálým dohledem, hlavně je třeba dohlížet na osobní hygienu a čistotu oblečení. Z tohoto důvodu byla nedávno přeložena z normálního pokoje, protože soužití s ní bylo velmi obtížné. Ráda by se pořád s někým mazlila, dokáže být až „vlezlá“. Poslední dobou začala být velmi agresivní, pere se s ostatními klientkami.

Ve výchovném kolektivu se podle svých možností snaží zapojovat. Velmi ráda se účastní společenských akcí, výletů, ráda tancuje. Má strach o své oblečení, které

dostává na týden. Proto si je schovává venku v altánu v krabicích. Pod dohledem se sama umyje, oblékne a nají.

#### J. P. 44 letá

- **Anamnéza:**

Z dostupné dokumentace není jasné, od kdy se začalo onemocnění projevovat. Vychodila zvláštní školu a pracovala jako pomocná síla v nemocnici.

Po úmrtí matky a babičky v roce 1994 se začaly více projevovat psychické poruchy. Byla hospitalizována v PL s poruchami chování a podezřením na schizofrenii. Po návratu z léčebny žila se svobodnou sestrou, která je také pro psychiatrické onemocnění v invalidním důchodu. Další sestra, která má vážnou oční vadu žila mimo. Bylo zjištěno, že sestry byly odkázány na pomoc sousedů. Již tehdy bylo nabízeno umístění v ÚSP, ale sestra nechtěla.

- **Diagnóza:**

Neklasifikovatelná porucha na úrovni středně těžké mentální retardace.

- **Pozorování:**

Je třeba dohlédnout na dodržování osobní hygieny, sama se oblékne a nají. V současné době je v ústavu umístěna i její druhá sestra, jejíž postižení není tak velké a trochu o sestru pečuje.

Do výchovného programu se nezapojuje. Většinou bloumá - pochoduje po chodbě. Mívá záchvaty, kdy bezdůvodně křičí a nadává. Komunikace s ní je obtížnější. Příkazům rozumí a plní je. Nevydrží v klidu, i když stojí, stále na místě pochoduje. Velmi ráda jezdí na výlety, účastní se vycházek, kulturních akcí. Ráda si i zatancuje.

#### J. V. - 47 letá

- **Anamnéza:**

Matka se o ni nestarala, vychovávala ji babička. Po jejím úmrtí ji navštěvuje a bere domů na pobyty nevlastní matka. Její vlastní matka za ní v posledních letech vůbec nebyla.

V roce 1973 navštěvovala zvláštní školu. Při jednání, když jí bylo 17 let odpovídalo její chování 6-7letému dítěti. Je uvedeno v dostupné dokumentaci, že měla opožděný

vývoj. V roce 1979 byla přijata do ÚSP, kde byla umístěna pro časté konflikty. Od roku 1984 se začal její stav zhoršovat. A od roku 1986 se téměř všechny zápisy týkají její agresivity, neklidu a ohrožování personálu.

- **Diagnóza:**

Neklasifikovatelná porucha na úrovni středně těžké mentální retardace.

- **Pozorování:**

Osobní hygienu provádí jen pod dohledem. Je třeba dohlížet i na to, aby si měnila čisté prádlo. Nají se sama. Již delší dobu začala trhat prádlo nejen staré, ale i osobní. To prý dělala i doma. Do výchovného programu se snaží zapojovat. Psát i číst již zapomněla. Zapojuje se v tanečním kroužku. Velmi často bývá agresivní vůči klientkám, ale i personálu. Sprostě nadává, škrábe je a bije. Pak jen slibuje, že bude hodná. Několikrát byla pro své agresivní chování i hospitalizována v PL.

Velmi miluje mužskou společnost. Ráda utíká pokud je otevřený ústav před dům a sleduje okolí, nebo se vydá na menší procházku, proto je nutné ji hlídat, aby neutekla. Ráda se účastní společenských akcí, výletů, ráda tancuje.

#### *9. 4. 3 Těžká mentální retardace*

##### G. M. 34 letá

- **Anamnéza:**

Dítě z prvního těhotenství, po porodu rozštěp patra. Velmi špatně prospívala, byla opakovaně hospitalizovaná. Matka s ní poradnu navštěvovala velmi sporadicky a spolupráce byla špatná, nejezdila s ní na plastickou chirurgii a nebyla uskutečněna operace rozštěpu patra. V roce 1980 byla zproštěna školní docházky, matka s ní nechodila ani na foniatrii, ani na logopedii – psychicky velmi opožděná, nikdy nemluvila. V roce 1992 byla hospitalizována na psychiatrii pro těžkou imbecilitu.

- **Diagnóza:**

Těžká imbecilita, rozštěp měkkého patra, katarakta levého oka. Je malé astenické postavy, viditelná katarakta levého oka, asymetrický hrudník, kývavá chůze, je samotářská, nemluví, má projevy agresivity.



- **Pozorování:**

Nelze navázat validní kontakt, je lucidní, dezorientovaná, má impulzivní chování ve smyslu trichotilománie. Těžká mentální retardace, léčena pouze depotním injekčním preparátem.

Velmi malé, drobné postavy. Kývavá chůze. Je na uzavřeném pokoji, protože utíká z ústavu. Je na šestilůžkovém pokoji. Jakmile je na pokoji někdo jiný, než je zvyklá, je velmi neklidná, chodí po pokoji rychlou chůzí a vytrhává si nad čelní částí vlasy, až do několika centimetrové lysinky. Proto je stále krátce ostříhaná. Ráda se koupe a sprchuje. Je schopná se sama obléknout a najíst. Jednoduchým příkazům rozumí. Posunky si dovede říct o jídlo, ukázat jestli ji něco bolí. V kolektivu se nerada zapojuje, je nejraději sama na pokoji, kde většinou odpočívá na lůžku. Ráda si schraňuje různé drobné cetky, které si schovává pod matraci.

Pokud je volně, mimo uzavřený pokoj je třeba na ni dohlížet, protože obíhá pokoje a bere různé věci. V letních měsících je ráda na zahradě, ale je třeba ji sledovat, protože přeleze poměrně vysoký plot, a utíká.

P. J. 52 letá

- **Anamnéza:**

V ÚSP B n/L je necelý rok, jinak je od dětství v ústavech. Zde je na žádost rodičů, aby k ní měli blíž. I když za celý rok ji navštívili vždy na krátkou dobu asi 4x. Spolupráce s nimi, hlavně s otcem je velmi obtížná.

- **Diagnóza:**

Jedná se o vrozenou oligofrenii. Dle psychiatrického vyšetření domin. stereotypie a echolálie, jinak bez možnosti validního kontaktu.

- **Pozorování:**

Vratká ztížená chůze. Je třeba, aby měla jednorázové kalhoty, protože se pomočuje. Několikrát za den se sama bezdůvodně svléká a věci různě vyhazuje do výlevky, do košů a podobně. Velmi ráda navštěvuje ostatní pokoje a klientkám bere osobní věci.

Umí se s pomocí obléknout. Hygienu zvládá pouze s pomocí - sama se nají. Rohlíky a chleba musí mít rozlámané a namočené, mleté maso. Má velmi defektní chrup, který si nechce nechat ošetřit. Občas se snaží ve skupině pracovat, maluje. Umí i několik písniček. Když mluví stále slova opakuje, vyplazuje jazyk.

O sobě mluví v druhé osobě, např. Janě musíme říct aby nezlobila, Jana musí poslouchat.

Jinak je ke klientkám velmi agresivní, bez důvodu je napadá a ubližuje jim. Když chce nějakou věc, tak si ji opatří za jakoukoli cenu, a velmi nevybíravě.

Pokud si vezme něco do hlavy a nedostane to, vyvolává to u ní velkou agresivitu, křičí, napadá personál i klientky. Stačí aby si usmyslela, že nedostala prášky, že chce injekci, že nedostala nějaké jídlo, které právě snědla apod.

#### D. Š. 41 letá

- **Anamnéza:**

Narodila se zdravým rodičům jako třetí dítě. Oba sourozenci jsou zdraví.

- **Diagnóza:**

Těžká imbecilita, epileptické paroxysmy. Nevládá sebeobsluhu, neudrží čistotu. Od narození těžký mentální defekt stupně lehčí idiotie. Oligofrenie na bas. Westova sy.. Intelekt v pásmu těžké idiotie, vadné držení těla. Jde o lehčí idiotii, s možností verbálního kontaktu, někdy těžko. Výzvam vyhoví, rozumí, čistotu udržuje střídavě.

- **Pozorování:**

Je hubené vyšší postavy. Čistotu sama neudrží je inkontinentní, je jí třeba dávat jednorázové kalhotky. Sama se neumyje, neoblékne. Jen se sama nají pokud má stravu nakrájenou, nalámanou.

Epileptické záchvaty v současné době nemá (jen občas se jí „kroutí oči“).

Je umístěna na 6-ti lůžkovém uzavřeném pokoji. Komunikace s ní je obtížná. Jednoduchým příkazům rozumí, sama říká jen několik slov (hlad, pití). Spolupráci navazuje obtížně, nemá zájem o žádnou hru, chodí do výchovné skupiny, kde pouze sedí, nebo stojí u okna a pozoruje. Sama si často ubližuje, škrábe se, bouchá hlavou o zeď. Ošetření je obtížné, protože není možné ji nic zavázat. Dokáže být velmi agresivní. Zklidnila se pouze v tom, že na sobě netrhá oblečení.

Pokud je dán na pokoj někdo jiný, buď v rámci pozorování, nebo pro neklid, je velmi nervózní a hodně křičí.

Kontakt s rodinou je dobrý, matka si ji bere každý měsíc domů, i když ji to působí potíže.

• **Anamnéza:**

Rodiče i sourozenci jsou zdraví. V prvních dvou letech měla 2x záchvat bezvědomí. Při hospitalizaci v roce 1966 byla již popsána psychomotorická retardace.

• **Diagnóza:**

V roce 1968 již byla popsána oligofrenie a epilepsie. Je popisováno, že úroveň projevů nedosahuje ani 2 roku vývoje. Má neschopnost koncentrace, nespolupracuje, negativisticky odmítá.

V roce 1978 je již stanovena těžká slabomyslnost a epilepsie s velkými záchvaty.

Do školy nechodila ani pokusně, neumí číst ani psát. Hygienické návyky měla zachované. Bylo udáno že není schopná se připravit na jakékoli zaměstnání.

V roce 1986 již udávají, že vyluzuje jen nějaké výkřiky, matka ji obléká i umývá. Nevychází takřka z bytu bez doprovodu, dorozumění není možné, jen pomocí matky a posunky.

• **Pozorování:**

Chůze obtížná, vrávoravá, pouze s doprovodem, nebo na vozíku delší cestu. Pokud je na pokoji, kde má k dispozici WC „gramofon“ tak je schopná si na něj dojít, jinak je třeba jí dávat jednorázové kalhoty.

Hygienu není schopna sama vykonávat, je třeba ji i oblékat. Sama se pouze nají.

Rozumí jednoduchým příkazům, nemluví, spíše vykřikuje jednoduchá slova.

Za dobu pobytu výrazně zhubla. Když přišla, tak byla obézní, nyní má odpovídající postavu.

Po různých vyšetření nebyl shledán důvod úbytku stravy. Je spíše pasivně zapojena ve výchovném kolektivu, kde si hraje s chlupatou hračkou a občas vykřikuje různá slova.

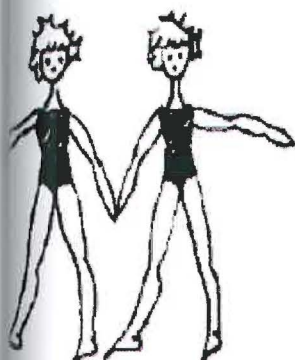
Po úmrtí matky před dvěma lety nemá kontakt s rodinou, bratři ji nenavštěvují. Ona je stále vyhlíží z okna a volá jejich jména.

## 9. 5 Charakteristika a popis jednotlivých cviků

V následující kapitole bylo snahou přiblížit jednotlivé cviky, které se uplatňovaly při cvičebních jednotkách mentálně postižených jedinců v ÚSP v Brandýse nad Labem. Cvičební jednotky byly uskutečňovány v sálové tělocvičně, která se nachází v prostorách ÚSP. Doba trvání jednotky byla cca 90 minut (tato časová linie byla zvolena s ohledem na možnost alespoň částečné koncentrace cvičenců a byla konzultována s psychologem působícím v ÚSP) a probíhala ve stejném cyklickém sledu a periodě každé středy v týdnu. Cvičební jednotky nebyly určeny pouze pro vybrané klienty, ale účastnili se jich i jedinci, kteří do testovaného souboru zařazeni nebyli. Cvičení byla prováděna v průběhu 3 měsíců a ukončena byla poslední středou v měsíci listopadu.

### 9. 5. 1 Chůze ve dvojicích

obrázek 1

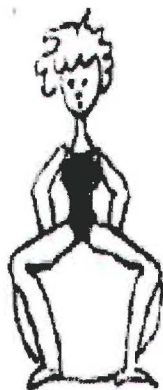


Cvičenci se rozřadí do dvojic a drží se za ruce (obr. 1). Na povel vedoucího je zahájena společná chůze. Po tlesknutí se mění postavení ve dvojici tak, že se otočí zády a chytí se druhou rukou, tím se mění postavení ve dvojici, čímž chůze nabývá mnohotvárnosti. Rozmanitost chůze lze modifikovat i změnou směru. Cvičení lze doprovázet hudbou s výraznou rytmickou strukturou, tak aby jednotlivé takty odpovídaly rychlosti chůze.

Celková doba trvání cviku, včetně ukázky je cca 10 minut.

### 9. 5. 2 Cvičení s gymbalem

obrázek 2



Cvičenci se rozřadí do dvojic a vytvoří kruh. První z dvojice provede sed roznožný na gymbalu (obr. 2). Druhý z dvojice stojí za sedícím. Uprostřed kruhu stojí cvičitel a předřikává text říkanky. *Kutálí se ze dvora* – ruce předvádí kutálení. *Tááákhle velká brambora* – ruce krouživým pohybem ukáží veliký kruh. *Neviděla* – ruce zakryjí oči. *Neslyšela* – ruce zakryjí uši. *Že na ní padá závora* – ruce střídavě provádějí flexi a extenzi. *Kam koukáš ty závoro?* – ukazováček je

dominantní a „hubuje Ty, Ty, Ty“. *Na tebe, ty bramboro!* – ukazováček ukazuje na kohokoliv v kruhu. *Kdyby tudy projel vlak, byl by z tebe bramborák* – ruce tleskají. Cvičení provádí jak jedinci na gymballu, tak stojící. Po provedení cviku se dvojice na míči vymění.

Celková doba trvání cviku, včetně ukázky je cca 15 - 20 minut.

### 9. 5. 3 Cvičení s hudebními paličkami

obrázek 3



Cvičenci se postaví za sebe do zástupu. Na signál cvičitele vykročí pravou nohou se současným úderem dřevěných paliček (obr. 3). Následuje úder paliček po každé výměně nohou při lokomočním pohybu. První v zástupu je vždy cvičitel nebo asistent cvičitele, který vede celý zástup a mění trasu chůze. Cvičení může být prováděno za doprovodu hudby. Všichni, včetně přihlížejících doprovází cvičení rytmickým tleskáním.

Celková doba trvání cviku, včetně ukázky je cca 10 minut.

### 9. 5. 4 Rytmická cvičení s gymbally

obrázek 4

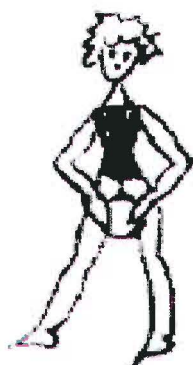


Cvičenci vytvoří trojice a stojí proti sobě. Mezi cvičenci je vždy po jednom gymballu. Cvičenci mohou na gymballu i sedět (obr. 4). Na text a rytmus lidové písně „*Prší, prší*“ se cvičenci snaží „vybubnovat“ rytmus písně nejprve jednou a po té oběma rukama. Celé cvičení je doprovázeno současným textováním cvičenců.

Celková doba trvání cviku, včetně ukázky je cca 8 – 10 minut.

### 9. 5. 5 Cvičení s míči na odbíjenou

obrázek 5



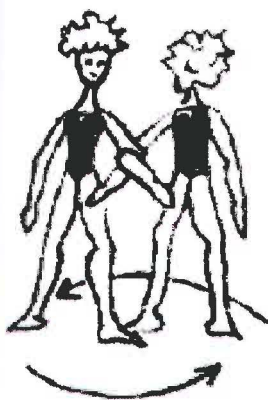
Cvičenci vytvoří dva kruhy, vnitřní a vnější. Dvojice jsou obráceny čelem k sobě. Cvičenci v základním postavení drží míče před sebou (obr. 6). Začínají cvičit současně se zpěvem písně „*Sluníčko, sluníčko popojdi maličko*“, 2x vyhodit a chytit míč. Jedinci z vnitřního kruhu drobnými krůčky

přistupují k partnerovi. Následuje podřep s dotykem míče o zem a vzpřim. Přehození míče partnerovi ve vnějším kruhu, který se drobnými krůčky posune vzad a vyhodí opět 2x míč a opakuje celý průběh cvičení. Jedinci, kteří nemají právě míč v držení pozorují a tleskají do rytmu.

Celková doba trvání cviku, včetně ukázky je cca 15 minut.

#### 9. 5. 6 Rytmická cvičení pomocí dupání

obrázek 6



Cvičenci vytvoří dvě skupiny, které stojí proti sobě na obou koncích sálu. Na hudbu lidové písně „Červený šátečku kolem se toč“ se dupáním přibližují proti sobě do středu sálu nebo tělocvičny. Po přiblížení na dotykovou vzdálenost jedince z druhé skupiny se vždy po dvou zaklesnou lokty a provedou otočení o 360° za soustavného dupání a zpěvu (obr. 6). Následně pokračují dupáním na protilehlý konec sálu.

Celková doba trvání cviku, včetně ukázky je cca 10 minut.

#### 9. 5. 7 Relaxační cvičení

obrázek 7



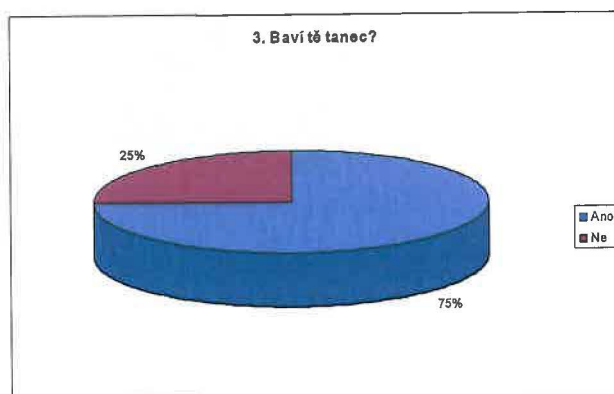
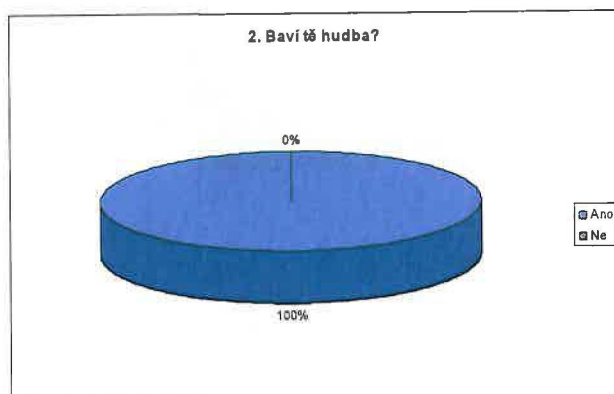
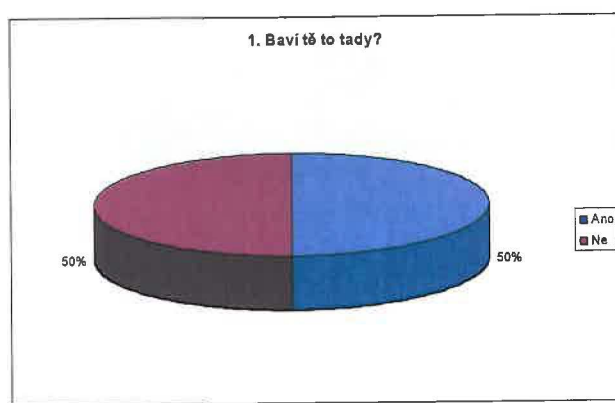
Cvičenci si lehnou na podložku, tak jak je to pro ně samotné nepohodlnější (obr. 7). Zavřou oči a přeříkávají text říkanky „Tiše, tiše Jenda spí, ať ho nikdo nevzbudí“. Jméno vybírá vždy cvičitel, tak aby korespondovalo se jmény účastníků se cvičenců. Po zopakování textu přistoupí cvičenec k jedinci s příslušným textovaným jménem. Chytí jej za prsty HK a jemně s nimi protřepe. Takto postupuje s každým cvičencem. Po vystřídání všech cvičenců se klienti postaví a volně za pozorování asistentů pomalu pobíhají po prostorách tělocvičny. Cvičení končí hromadným potleskem.

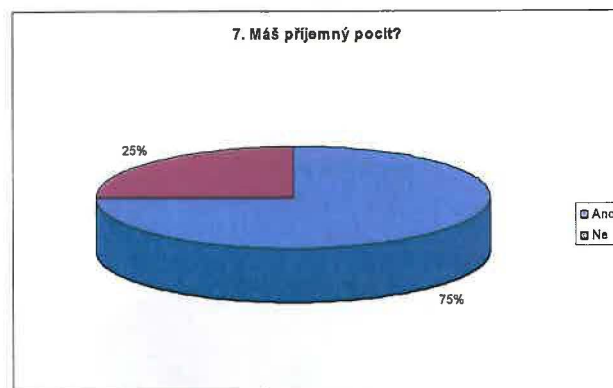
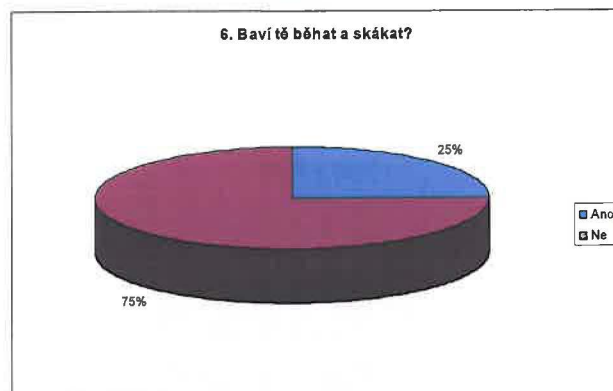
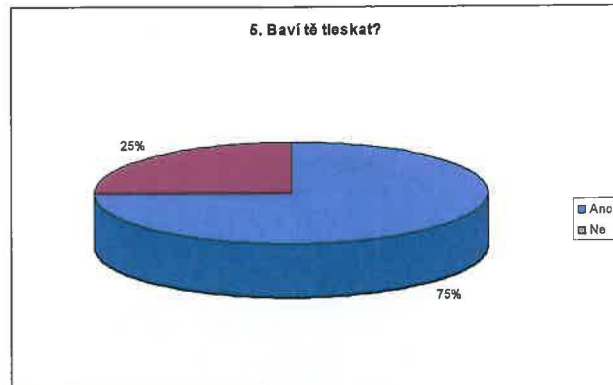
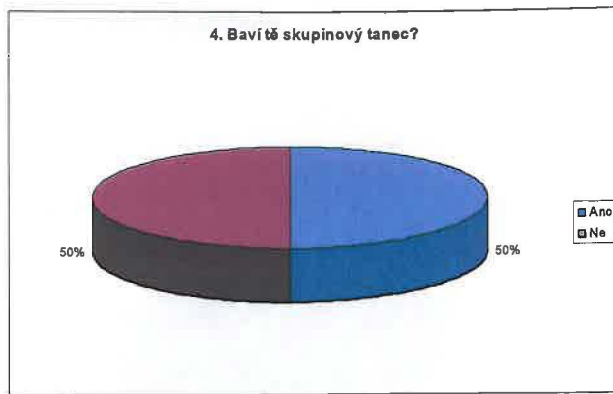
Celková doba trvání cviku, včetně ukázky je cca 5 - 7 minut.

## 10 Vyhodnocování dat jednotlivých otázek ankety

Na následujících stránkách proběhne celková analýza dat získaných z odpovědí na jednotlivé otázky strukturovaného rozhovoru a samostatný grafický přehled skupin podle vzrůstající úrovně mentálního postižení. Při jejich zpracování byl nápomocen program Microsoft Excel 2000. Pro zhotovení grafické části pak Microsoft Word.

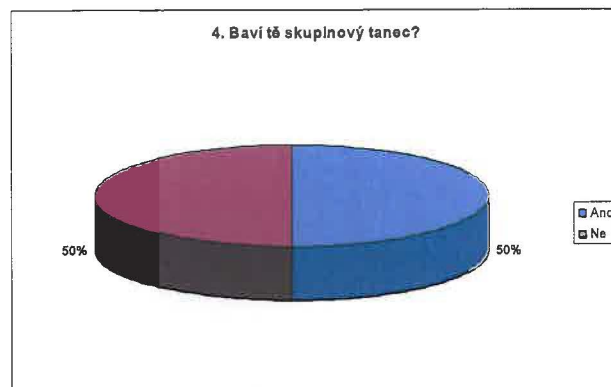
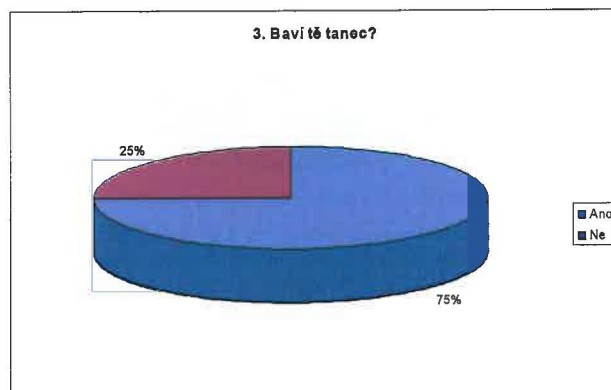
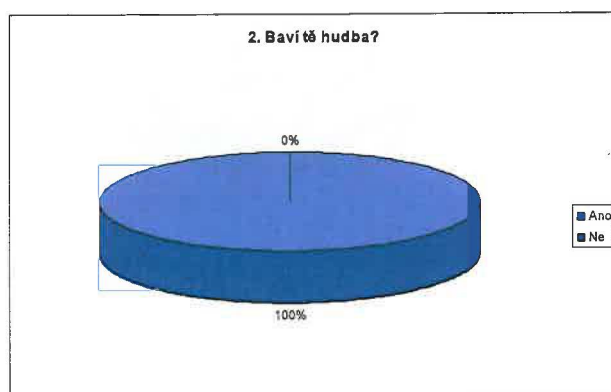
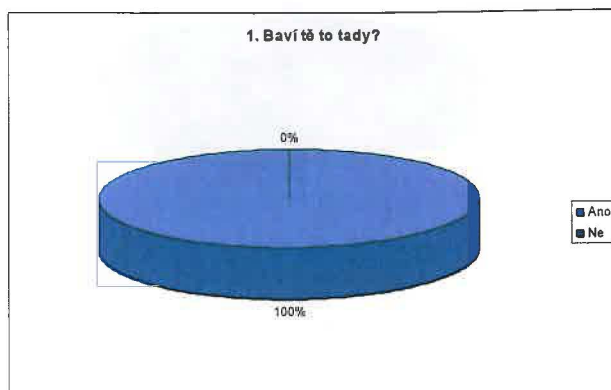
### 10.1 Lehká mentální retardace



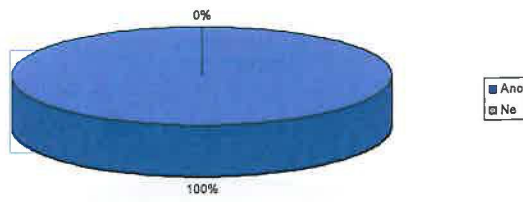




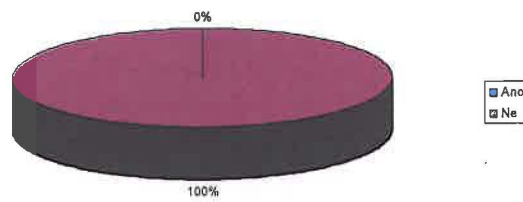
## 10. 2 Středně těžká mentální retardace



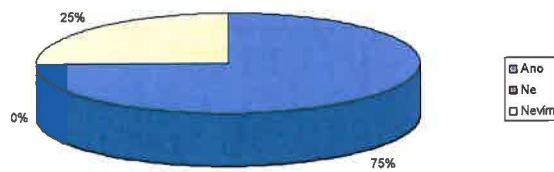
6. Baví tě teskat?



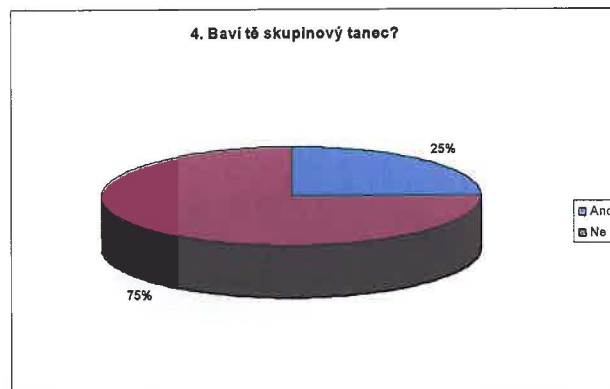
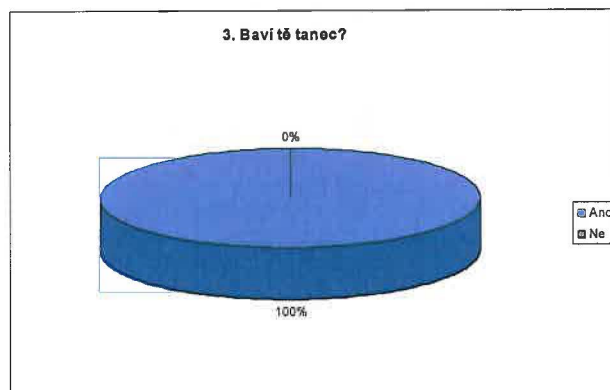
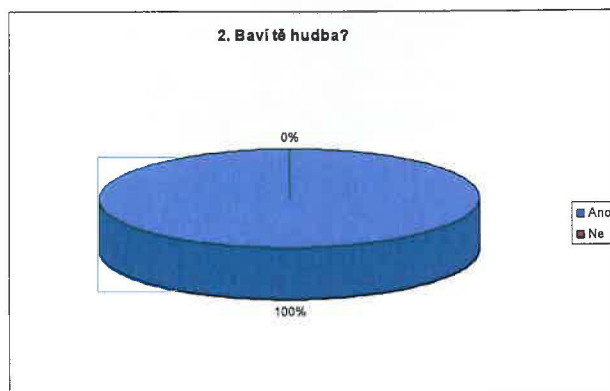
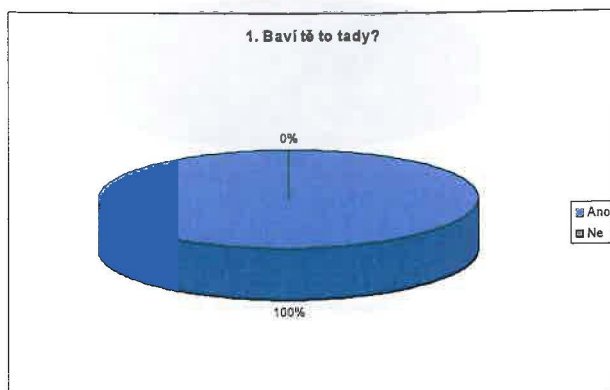
6. Baví tě běhat a skákat?

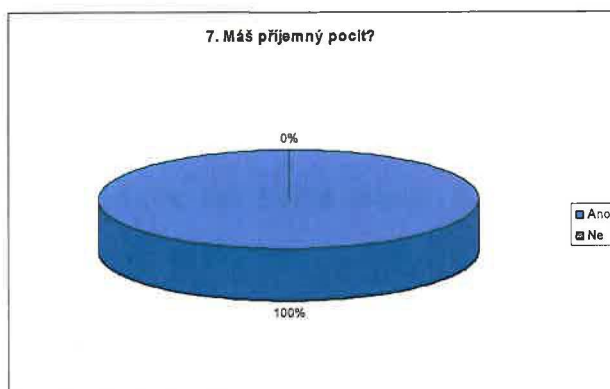
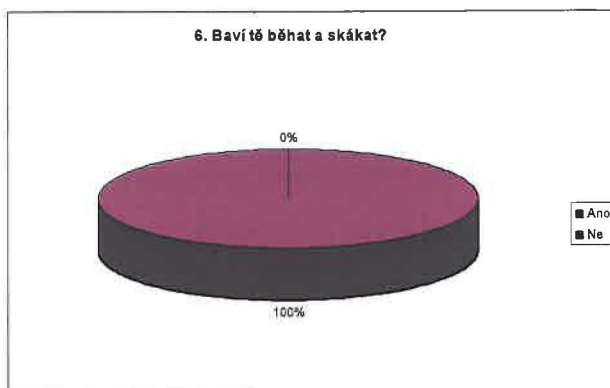
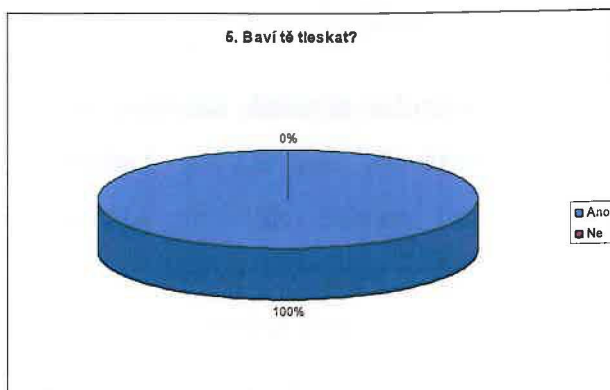


7. Máš příjemný pocit?



### 10. 3 Těžká mentální retardace





**Celkové grafické vyhodnocení strukturovaného rozhovoru**



## 11 Diskuse

Tato diplomová práce se zabývala shrnutím informací při ovlivňování psychiky v oblasti mentálních retardací, zvláště pak převážně otázkami muzikoterapie a pohybových aktivit. Mnohé výsledky získané tímto průzkumem považuji za zajímavé a inspirativní. V experimentální části se diplomová práce zabývala jednak otázkou ovlivňování psychiky mentálně retardovaných pomocí pohybových aktivit, tak i zmapováním jejich postojů v závislosti na prožitkové úrovni k aktivitám spojených s muzikoterapií i jiným rytmickým cvičením.

Hypotéza 1, která předpokládala, že muzikoterapie a pohybové aktivity kladně ovlivňují psychický stav mentálně retardovaných se podle stanovené predikace potvrdila. Z analýzy dat získaných z odpovědí na strukturovaný rozhovor tedy vyplývá, že většina (65%) dotázaných respondentů vnímá pohybovou aktivitu s rytmizací a hudebním doprovodem za příjemnou.

Hypotéza 2, která předpokládala, že jednotlivé stupně mentální retardace ovlivňují vnímání muzikoterapie a pohybových aktivit s patrnou diferencí se jednoznačně nepotvrdila. Z vyhodnocení není zcela patrné, zda jednotlivé stupně mentální retardace diferencují vnímání muzikoterapie a pohybových aktivit, přestože podle některých literárních pramenů by možné rozdíly mohly nastat v souvislosti se schopností koncentrace, která se u mentálně retardovaných liší.

Ve své diplomové práci si uvědomuji mnohé nedostatky, vyplývající zejména z omezenosti použité průzkumné metody. Tato kapitola se bude věnovat jednak kritice a limitám použité průzkumné metody v obecné rovině, ale i konkrétním nedostatkům a rezervám některých položek, ke kterým došlo při konstrukci tohoto strukturovaného rozhovoru. Tyto dvě roviny, jak obecná, tak konkrétní se však vzájemně překrývají.

Za první nevýhodu považuji především to, že celkový objem testovaného souboru nebyl tak početný. Po vyhodnocení otázek, jsem si uvědomil, že do souboru mohlo být zařazeno mnohem více jedinců, kteří by tvořili početnější skupiny, které by však stále byly selektovány do 3 souborů podle úrovně mentálního postižení. Ve skupinách by se tak objevili i jedinci s jiným mentálním postižením, např. autismem a další.

Protože byl průzkum prováděn v ÚSP Brandýse nad Labem, kde jsou klienti pouze ženského pohlaví, nastal tím další a podle mne závažný nedostatek. Kdyby do

programu byly zařazeni i klienti mužského pohlaví, mohl by tak být možná výsledek daleko zajímavější. Je třeba si uvědomit, že by toto vytvoření smíšených skupin mohlo změnit celkový výsledek průzkumu.

Za další nevýhodu považují také to, že průměrný věk respondentů byl poměrně vysoký a v jednotlivých skupinách se někdy lišil i o 17 roků. Průměrný věk u skupiny těžce mentálně retardovaných činil 42,25 roků, u středně těžké mentální retardace 58,0 roků a u lehké mentální retardace 44,75 roků. Z tohoto výpočtu je zřejmé, že skupiny testovaného souboru nebyly příliš homogenní.

Kromě těchto obecných nevýhod a jistého omezení, v jednorázově prováděném šetření pomocí strukturovaného rozhovoru se v průběhu sběru dat ukázala i celá řada konkrétních nedostatků při volbě a formulaci jednotlivých položek ankety. Přestože jsem při konstrukci otázek postupoval s vysokou obezřetností a provedl pilotní test na jedné testované skupině, nepodařilo se mi vyvarovat se některých chyb a nepřesností, které se ovšem projeví až při vyhodnocování dat.

Budu-li postupovat podle pořadí jednotlivých položek a částí, pak na první nepřesnost, která hraje jistě důležitou roli, narazíme v položce č. 1, kdy se dotazují na to, zda je to tady baví. Ovšem na tuto otázku byli schopni odpovědět pouze jedinci ze skupiny lehkých mentálních retardací a část ze skupiny se středním postižením. Další identickou nepřesnost vykazovala i položka č. 2 a 7, tyto jmenované položky se dotazovali na něco zcela pro mentálně postižené abstraktního. Ostatní položky, tedy č. 3; 4; 5 a 6 se testovanému souboru mohli alespoň rámcově předvést, což sice vyžadovalo určitý herecký výkon a nasazení, ale ve spolupráci s psychologem se fakta dala zaznamenat poměrně s jistotou. Problém retrospektivnosti, který u mentálně retardovaných vzniká velice rychle (Černá, 1995; Malá, Pavlovský, 2002), byl při sběru dat ošetřen tím, že každou skupinu, tedy 4 jedince zaznamenával jeden pracovník ÚSP, navíc u skupiny střední a těžké mentální retardace byl přítomen psycholog.

Jsem si také vědom toho, že z této práce mohlo být vyvozeno mnohem více hypotéz a určitě i v přesnějším znění, než skýtá rozsah tohoto projektu.

Výhody se ukázaly v tom, že díky tomuto průzkumu, byl klientům ÚSP vytvářen jistě zábavný a cíleně prožitkový program aktivit, na který se snad i těšily.

Další výhodou je také to, že pracovníci ÚSP mohou tak sestavit nový program pro aktivity mentálně retardovaných a že se tento projekt dá kombinovat s volno časovými aktivitami nejen v prostorách ústavu, ale i venku, v přírodě. Rád bych

upozornil na to, že bez pomoci zaměstnanců ústavu by tento projekt nikdy nevznikl. Při tvorbě programu a vlastním průběhu mi byli nápomocni jak psychologové, tak komprehensivně profesionální pracovníci z oboru mentální retardace.

### **Závěry pro praxi:**

- mentálně retardovaní vnímají psychicky pozitivně prožitek uskutečňovaný pohybem
- vliv muzikoterapie a jiných rytmických aktivit kladně působí na projev v chování mentálně retardovaných
- je třeba zvolit vhodnou formu cvičení v závislosti na možné intelektuální postižení
- těsnější spolupráce na všech úrovních komprehensivní rehabilitace
- provádět nové cviky s novým hudebním doprovodem a s možností textování cvičenců

## Závěr

Problematika související s vlivem muzikoterapie a jiných pohybových aktivit u osob s mentálním postižením je téma daleko širší, než skýtá rozsah této práce, proto byl prostor některým tématům věnován pouze zkratkovitě, jiná byla pominuta zcela. Logika uvedeného výběru byla přibližně taková, že bylo snahou uvést fakta relevantní k získání základní orientace v oblasti problematiky mentálního postižení, které se při bližším zájmu dají samozřejmě prohlubovat. Při čerpání z literatury byl kladen důraz nejčastěji na díla našich předních odborníků působících v této oblasti. Není náhodou, že značná část citovaných prací pochází z druhé poloviny devadesátých let. U tak dynamicky se vyvíjející záležitosti, jakou je problematika mentálního postižení, se jednotlivé příručky, statistiky i metodické materiály poukazující na možnost aktivního působení různými směry na psychiku mentálně postižených stávají často rychle zastaralými.

Důvodem je však také to, že vlivem stále vzrůstajícího zájmu veřejnosti se v posledních letech počet vydávaných titulů rapidně zvýšil a stejně tak vzrostla jejich dostupnost. Velmi slušnou zásobou literatury pak disponují i jednotlivá zařízení, pro tyto osoby určené, kde jsem se setkal s ochotou při umožňování nahlížení do jednotlivých materiálů, nápomocná mi byla též samotná knihovna ÚSP v Brandýse nad Labem.

Napsání této práce by mohlo pomoci ujasnit a upřesnit si některé názory a postoje vůči mentálnímu postižení vůbec.

Cílem je, aby tento projekt byl nápomocen jak pracovníkům ústavů sociální péče při působení na své svěřence, tak pracovníkům všech přílehlých oborů komprehensivní terapie.



## Přehled použité literatury

1. BAŠTECKÁ, B.: *Klinická psychologie v praxi*, Portál, Praha 2001. ISBN 80-7178-735-3
2. CAMPBELL, J.: *Techniky arteterapie*. Portál, Praha 1998. ISBN 80-7978-204-1
3. ČERNÁ, M.: *Kapitoly z psychopedie*, Karolinum, Praha 1995. ISBN 80-7066-899-7
4. ČÍŽKOVÁ, K.: *Taneční a pohybová terapie*. Triton, Praha 2005. ISBN 80-7254-547-7
5. DAVIDO, R.: *Kresba jako nástroj poznání dítěte. Dětská kresba z pohledu psychologie*. Portál, Praha 2001. ISBN 80-7178-449-4
6. DISMAN, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Karolinum, Praha 1993. ISBN 80-7066-822-9
7. DRAKE, M.: *Šamanské bubny*, Synergie, Praha 1996. ISBN 80-901797-0-3
8. EISOVÁ, A.: *Kapitoly z dějin psychopedie*. SPN Praha, Praha 1983
9. GUVIRTH, J.: *Základy dětského lékařství pro spec. Pedagogy*. SPN Praha, Praha 1981
10. HALPERN, S.: *Zvuk jako léčivá síla*. Belmont 1986
11. HOLZER, L.: *Muzikoterapie, Psychologie*, únor 2003, č. 2, s. 19
12. JEBAVÁ, J.: *Úvod do arteterapie. 1. vydání*. Karolinum, Praha 1997. ISBN 80-7184-394-6
13. JEBAVÁ, J.: *Úvod do arteterapie*. Karolinum, Praha 2000. ISBN 80-7184-394-6
14. KVASNIČKA, L.: *Muzikoterapia imbecilních zverencov ústavu a sociálnej starostlivosti*. Československá psychiatrie, Bratislava 1986
15. KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M.: *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Avicenum, Praha 1990. ISBN 80-201-0019-9
16. LANGER, S.: *Mentální retardace*. Kotva, Hradec Králové 1990. ISBN 80-900254-0-4. ISBN 80-900254-0-4

17. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P.: *Psychiatrie*. Portál, Praha 2002. ISBN 80-7178-700-0
18. MAREK, V.: *Hudba trochu jinak*. OKS, Olomouc 1990. ISBN 80-85077-00-0
19. MATOUŠEK, O., LANDISCHOVÁ, E.: Od zrcadlení k tématické synchronizaci v taneční terapii lidí s mentálním postižením. *Speciální pedagogika*, březen 2003, č. 3, s. 156
20. MARKOVÁ, Z., STŘEDOVÁ, L.: *Mentálně postižené dítě v rodině*. SPN Praha, Praha 1987
21. MÁTEJOVÁ, Z., MARUŠA, S.: *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. SPN Bratislava, Bratislava 1992. ISBN 80-08-00315-4
22. MENZEN, K., H.: *Vom Umgang mit Bildern. Wie ästhetische Erfahrung pädagogisch und therapeutisch nutzbar wurde*. Claus Richter Verlag, Köln, 1990. ISBN 39-2453-320-2
23. MILLER, O.: *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. VP Olomouc 2001. ISBN 80-244-0231-9
24. PANYEOVÁ, H.: *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Portál, Praha 1999. ISBN 80-7178-213-0
25. POKORNÁ, P.: *Úvod do muzikoterapie*. SPN Praha, Praha 1982
26. POLÁŠKOVÁ, D., VÍTKOVÁ, M.: *Úkoly speciálně pedagogické diagnostiky ve výchovně vzdělávací práci s postiženými dětmi*. Masarykova univerzita, Brno, 1994
27. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P.: *Psychiatrie. 1. vydání*. Galén, Praha, 2002. ISBN 80-7262-140-8
28. ŘÁDA, J.: *Výjimečné děti*. Septima, Praha, 1993. ISBN 80-85801-13-2
29. ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Portál, Praha 2000. ISBN 80-7178-506-7
30. VALENTA, M.: *Dramaterapie*. Portál, Praha 2001. ISBN 80-7178-586-5
31. VÁGNEROVÁ, M.: *Patopsychologie dítěte*. SPN Praha 1988

## Ostatní zdroje

32. STERNBERG, J., R.: *Kognitivní psychologie*. [cit. 2005-18-09].  
Dostupné z URL: <[http://www.medicina.cz/odborne/hledej.dss?s\\_text](http://www.medicina.cz/odborne/hledej.dss?s_text)>.
33. *Chráněné bydlení*. [cit. 2006-11-01].  
Dostupné z URL: <<http://www.portus.cz/www/basic.php?section=section3>>.
34. *Diakonie církve bratrské – Nadace Euronisa*. [cit. 2006-20-02].  
Dostupné z URL: <<http://www.euronisa.cz/default.asp?S>>.
35. *V nové kavárně najdou práci mentálně postižení lidé*. [cit. 2006-01-03].  
Dostupné z URL: <<http://www.nvf.cz/servisctk/index.htm>>.
36. *Arteterapie v ČR*. [cit. 2006-23-03].  
Dostupné z URL: <<http://www.arteterapie.cz/engine.php3?act=1>>.
37. *Muzikoterapie*. [cit. 2006-23-03].  
Dostupné z URL: <<http://www.sweb.cz/muzikoterapie/hurnik.htm>>.

## **Přílohy**



*obrázek č. 1*



*obrázek č. 2*



*obrázek č. 3*



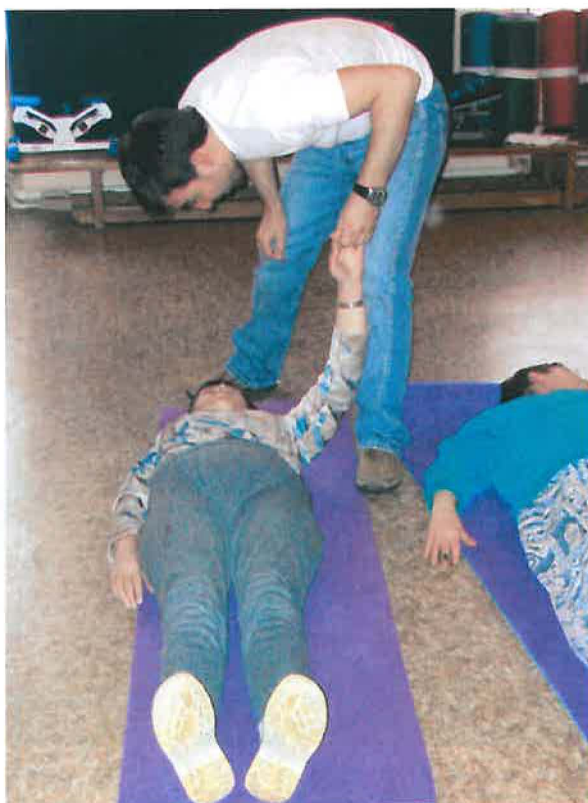
obrázek č. 4



obrázek č. 5



obrázek č. 6



obrázek č. 7



obrázek č. 8



obrázek č. 9





obrázek č. 10



obrázek č. 11