

**Projekt FRVŠ (Fond rozvoje vysokého školství), PdF UP Olomouc.**

# Hudebně-pohybová terapie s prvky logopedické stimulace

**Mgr. Alena Říhová**

**2011-2012**

# Obsah

## Úvod

- 1 Teoretické vymezení kombinovaných vad
  - 1.1 Terminologie, etiologie a klasifikace kombinovaných vad
  - 1.2 Využití prostředků alternativní a augmentativní komunikace u osob s kombinovaným postižením
    - 1.2.1 Klasifikace systémů alternativní a augmentativní komunikace
    - 1.2.2 Vybrané systémy alternativní a augmentativní komunikace
    - 1.2.3 Komunikační pomůcky
  - 1.3 Komplexní rehabilitace u osob s kombinovaným postižením
- 2 Hudebně-pohybová terapie u klientů s kombinovaným postižením
  - 2.1 Terapie ve speciální pedagogice
  - 2.2 Hudební terapie – muzikoterapie
  - 2.3 Taneční a pohybová terapie
  - 2.4 Hudebně pohybová terapie
- 3 Realizace hudebně-pohybové terapie s prvky logopedické stimulace u klientů s kombinovaným postižením na Střední škole, základní škole a mateřské škole JISTOTA, o.p.s, Prostějov
  - 3.1 Střední škola, základní škola a mateřská škola JISTOTA, o.p.s
  - 3.2 Analýza realizované hudebně-pohybové terapie s prvky logopedické stimulace
    - 3.2.1 První setkání
    - 3.2.2 Druhé setkání
    - 3.2.3 Třetí setkání

## Závěr

# Úvod

Pro současnou vědu je charakteristický akcelerovaný rozvoj jednotlivých vědních disciplín, především lékařských oborů. Stále se zdokonalují vyšetřovací techniky, terapie v akutním stadiu onemocnění a zkvalitňuje se neonatální péče, díky níž jsou zachráněni i extrémně nezralí novorozenci. Tato skutečnost s sebou ale bohužel přináší i negativní důsledky, mezi které patří zvyšující se počet osob s kombinovaným postižením.

Kombinované postižení patří mezi jedno z nejtěžších kategorií speciální pedagogiky a přístup k jedinci s tímto typem znevýhodnění vyžaduje komplexní a interdisciplinární přístup.

Studejní text Hudebně-pohybová terapie s prvky logopedické stimulace u klientů s kombinovaným postižením vznikl jako výstup stejně pojmenovaného projektu podporovaného Fondem rozvoje vysokých škol (FRVŠ), jehož cílem je seznámení studentů s možnostmi integrace hudby, pohybu a prvků logopedické intervence v rámci komplexní rehabilitace u klientů s kombinovaným postižením - primárně kombinací somatického a mentálního postižení.

Tento studijní text je především určen pro studenty prezenčního studijního programu Speciální pedagogika, kteří absolvovali interaktivní seminář v rámci předmětu Kombinované vady.

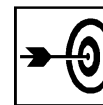
Cílem studijního textu je podat základní informace týkající se hudebně-pohybové terapie s prvky logopedické stimulace. Je členěn do tří základních kapitol s příslušnými podkapitolami. První část je záměrně pojata teoreticky a věnuje se terminologickému vymezení, klasifikaci, etiologii, diagnostice a intervenčním přístupům. Druhá část pojednává o hudebně-pohybové terapii, její opodstatněnosti u osob s kombinovaným postižením a podtrhuje možnosti logopedické stimulace. Třetí část nabízí praktické seznámení s realizovanou intervencí na základní škole pro děti s kombinovaným postižením. Text je doplněn deskripcí jednotlivých setkání, jejich analýzou a příslušnými videoukázkami.

Věříme, že vás informace prezentované v této studijní opoře zaujmou a usnadní vám vhled do problematiky hudebně-pohybové terapie s prvky logopedické stimulace u osob s kombinovaným postižením.

Alena Říhová  
Eva Urbanovská  
Kristýna Krahulcová

# 1 Teoretické vymezení kombinovaných vad

## Cíle



Cílem této kapitoly je vymezit oblast kombinovaných vad po stránce terminologické a etiologické. Uvedeny budou také jednotlivé kategorizace a pohledy na klasifikaci této široké oblasti. Opomenuty nezůstanou způsoby komunikace a rehabilitace těchto klientů.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- Definovat pedagogiku osob s kombinovaným postižením jako obor speciální pedagogiky.
- Vymezit a definovat oblast kombinovaných vad.
- Orientovat se v jednotlivých způsobech klasifikace a kategorizace kombinovaných vad.
- Orientovat se v základní terminologii oblasti kombinovaných vad.
- Uvědomit si důležitost využití alternativní a augmentativní komunikace u osob s kombinovaným postižením.
- Vymezit složky rehabilitace klientů s kombinovaným postižením.

## Průvodce studiem



V následující kapitole se budeme zabývat teoretickým vymezením kombinovaných vad, jakožto rozsáhlé oblasti oboru speciální pedagogika. Pokusíme se jasně a přehledně vymezit tuto oblast po stránce terminologické a etiologické a nabídnout srovnání několika kategorizací a způsobů dělení těchto vad. Zmíněny budou také komunikační systémy uplatnitelné u klientů s kombinovaným postižením a složky rehabilitace.

### 1.1 Terminologie, etiologie a klasifikace kombinovaných vad

V dnešních dnech jsme svědky akcelerovaného rozvoje vědních oborů a s ním souvisejícího posunu lidského poznání. Tato skutečnost však s sebou nese nejen pozitiva, ale také důsledky negativního charakteru. Patrné jsou bohužel nežádoucí důsledky nových objevů, vynálezů a technologií. Tento fakt lze pozorovat také v oblasti medicíny. Rozvoj v oblasti lékařství, který znamená možnosti léčby donedávna nevléčitelných onemocnění, s sebou nese také stinnou stránku. Díky rozvoji oboru neonatologie jsou lékaři schopni zachránit předčasně narozených dětí, které však často nesou břímě handicapu determinujícího jejich rozvoj a socializaci. Tyto děti se poté stávají předmětem zájmu nejen lékařů, ale také speciálních pedagogů (Ludíková, 2005).

Pedagogika  
osob s  
kombinovaným  
m postižením

V moderním pojetí speciální pedagogiky má proto svou stále významnější pozici obor pedagogiky osob s kombinovaným postižením. Štefan Vašek, přední slovenský speciální pedagog, vymezuje diskutovanou oblast speciální pedagogiky následovně: „Pedagogika vícenásobně postižených jako vědní obor představuje relativně ucelený systém vědeckých poznatků o edukaci (výchově, vyučování a vzdělávání) jedinců s vícenásobným postižením, u kterých z těchto důvodů vznikají signifikantní speciální výchovné potřeby. Tento vědní obor má svou část teoretickou, ale i praktickou. (Vašek, Vančová, Hatos at al., 1999, s. 11)“

Z předcházejících informací je patrné, že předmětem péče speciálních pedagogů v diskutované oblasti jsou osoby, u kterých došlo ke kombinaci postižení, v důsledku čehož je zasaženo současně několik

Kombinované  
postižení

funkcí (Jankovský, 2006). Jedná se tedy o osoby s kombinovaným postižením (vícenásobným postižením, kombinovanou vadou).

Defektologický slovník (1978, s. 174) uvádí stručné vymezení kombinovaných vad: „V defektologii jde o kombinované vady, když jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami, např. poruchou zraku a sluchu.“

Dle Vaška, Vančové, Hatose (1999, s. 10) se jedná o : „multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který se manifestuje signifikantními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální oblasti u jeho nositele.“

O několik let později přichází Vašek (2003, s. 37) s mírně pozměněnou definicí kombinovaného postižení: „Viacnásobné postihnutie možno operacionálne vymedziť jako multifaktoriálne, multikauzálné a multisymptomatologicky podmienený fenomén, ktorý je dosledkom súčinnosti participujúcich postihnutí či narušení. Ich interakciou a vzájomným prekrývaním vzniká tzv.„synergetický efekt“, tj. nová kvalita postihnutia odlišná od jednoduchého súčtu prítomných postihnutí a narušení.“

Toto pojetí kombinovaných vad je blízké modernímu trendu speciální pedagogiky. Dnešní přístup vychází z předpokladu, že se v případě kombinovaných vad nejedná o prostý součet postižení, tedy jejich symptomů. Vlivem současného působení dvou a více postižení vzniká zcela nová kvalita handicapu, která si žádá speciální přístup, tedy nejen pouhou kombinaci přístupů dle daných postižení (Ludíková, 2005).

## Důležitá pasáž textu



Pokud se zamyslíme nad terminologickým aparátem vztahujícím se k diskutované oblasti, dojdeme k nepříznivému závěru. Nejednotnost pojmů označujících tuto problematiku je patrná nejen mezi jednotlivými resorty, ale také v rámci jednoho resortu, pro nás nejbližšího - Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (Ludíková, 2005). V České republice se nejčastěji setkáme s termíny vícenásobné postižení, kombinované vady, kombinované postižení. Uvedené pojmy jsou chápány jako synonymní a jejich užití tedy závisí zcela na osobní preferenci každého z nás. V zahraničí je situace obdobná. Také zde panuje terminologická nejednotnost. Na Slovensku probíranou oblast vymezují pojmy viacnásobné postihnutie a viaceré chyby. V německy mluvících krajích se setkáme s termínem schwerstmehrfachbehinderung (těžké vícenásobné postižení) a v anglicky mluvících zemích s pojmy multiple handicap (vícenásobné postižení) a severe/multiple disabilities (těžké/vícenásobné postižení) (Ludíková, 2004). Terminologie

Rozsáhlost diskutované skupiny osob a z ní vyplývající nejednotnost při její kategorizaci je dána zejména množstvím možných kombinací, které se mohou vyskytnout. Kombinovat se mohou totiž nejen jednotlivá postižení (tyto varianty by samy o sobě stačily ke složitosti klasifikace), ale také postižení či narušení s talentem a nadáním. Z množství možných kombinací vyplývá značná variabilita a heterogenita symptomů a taktéž speciálních potřeb těchto osob (Ludíková, 2004). Také Vašek (1996, s. 163-164) upozorňuje na značnou heterogenitu symptomů: „Vícenásobné postižení se vyskytuje v různých početných variantách, v rámci kterých je třeba vzhledem k interindividuálním rozdílům postupovat přísně individuálně.“

Problematika etiologie kombinovaných vad je vzhledem k variabilitě a heterogenitě této skupiny postižení komplikovaná. Je tedy obtížné plně obsáhnout celý okruh možných etiologickým faktorů a podat tak přehledný a ucelený výčet příčin a faktorů vzniku kombinovaného postižení (Ludíková, 2005). Etiologie kombinovaného o postižení

Jak upozorňuje Vítková (2006), v případě kombinovaného postižení působí ve většině případů více determinant. Jedná se tedy o multifaktoriální etiologii, kdy je náročné (a v mnoha případech nereálné) stanovit hlavní etiologický faktor. Pro názornost uveďme jeden příklad možného vzniku kombinované vady: „...dítě s příslušnými genetickými dispozicemi, které se narodí předčasně v důsledku metabolické poruchy u matky v období těhotenství. Nezralé dítě má podstatně ztíženou adaptaci na extrauterinní život. Nutné zásahy lékařů k zachování základních životních funkcí (např. dýchání) mu mohou způsobit další problémy (např. ROP). V důsledku kumulace faktorů může dojít k těžkému poškození, aniž by se s jistotou dalo mluvit o hlavním faktoru poškození. (Vítková, 2006, s.194)“

Odborníci se shodují, že etiologické determinanty mohou působit v období prenatálním, perinatálním, ale i postnatálním. Jako možné příčiny uvádí Ludíková (2004), Jankovský (2006) a Vítková (2006) následující skutečnosti:

- genetické vlivy,
- chromozomální aberace,
- infekce,
- intoxikace,
- vývojové poruchy,
- metabolické poruchy,
- mechanické poškození,
- psychické faktory,
- traumata.

Zmínit je třeba také diagnózy, které predikují výskyt vícenásobného postižení. Mezi nejvýznamnější řadíme především:

- Fetální alkoholový syndrom: FAS vzniká následkem nadužívání alkoholu matkou během těhotenství. Postižené děti se poté rodí menší, hůře prospívají, mají nižší inteligenci a časté organické postižení CNS. (Stoklasová, 2005, s.76) Fetální alkoholový syndrom
- Wolfův syndrom: „Wolfův syndrom je vyvolaný strukturální mutací, při které nastává ztráta krátkého ramena 4. chromozomu. V klinickém obrazu dominuje psychomotorická a růstová retardace, mentální retardace. (Kozáková, 2005, s. 46)“ Wolfův syndrom
- Patauův syndrom: „Těžký malformační syndrom způsobený nadpočetným 13. chromozomem. Těhotenství často končí samovolným potratem nebo předčasným porodem. Více než 90% dětí umírá do jednoho roku. (Kozáková, 2005, s. 46)“ Patauův syndrom
- Frölichův syndrom: „Frölichův syndrom je porucha ve funkci hypotalamu, způsobující přejídání se, obezitu, mentální retardaci a nedostatečný vývoj pohlavních orgánů. (Kozáková, 2005, s. 44)“ Frölichův syndrom
- Edwardův syndrom: „Edwardův syndrom je způsobený nadpočetným 18. chromozomem. Projevuje se rigiditou svalstva, anomáliemi trávicí soustavy, mnohonásobnými malformacemi končetin těžkou mentální retardací. Jedná se o těžký malformační syndrom. Těhotenství bývá komplikováno zaostáváním růstu plodu, častá je intrauterinní smrt. Prognosa pro život je špatná, většina dětí umírá v novorozeneckém věku, asi 12% přežívá kojenecký věk. (Kozáková, 2005, s. 46)“ Edwardův syndrom
- Downův syndrom: Jedna z nejznámějších chromozomálních aberací – trizomie chromozomu 21 (Valenta, 2007). V případě Downova syndromu je typický výskyt mentální retardace a Downův syndrom

specifického vzhledu jedince. Postava bývá zavalitější, krátký krk, malá ústa, menší uši nízko posazené, velký jazyk a krátké prsty (Kozáková, 2005).

- Marinesco-Sjögrenův syndrom: „Jedná se o poměrně vzácnou a závažnou kombinovanou vadu. Tento syndrom se může projevovat kombinací postižení motorického (např. kvadruparéza), mentálního (některý ze stupňů mentální retardace) a zrakového (xeroftalmie, případně ještě narušení vizu). (Jankovský, 2006, s. 55)“ Marinesco-Sjögrenův syndrom
- Syndrom CHARGE: „Toto postižení v sobě kombinuje zrakovou vadu s vadou sluchu, retardací růstu, mentálním postižením, neprůchodností nosní dutiny a genitální hypoplazií. (Stoklasová, 2005, s. 75)“ Syndrom CHARGE
- Dětská mozková obrna: „Trvalé a nikoli neměnné postižení hybnosti a postury. Je následkem neprogresivního defektu nebo léze nezralého mozku. Chybění progresu mozkové léze však není absolutní. (Kraus, 2005, s. 67)“ Spolu s poruchou hybnosti se v případě DMO můžeme setkat s přidruženým postižením zrakovým, sluchovým, epilepsií, narušenou komunikační schopností či s mentálním postižením. Dětská mozková obrna

## Důležitá pasáž textu



Kategorizovat tak širokou a nesourodou skupinu, jako je spektrum vícenásobného postižení je náročnou úlohou. Není totiž dán jednoznačný a optimální klíč, podle kterého by tato kategorizace měla probíhat, abychom v rámci ní postihli co nejširší pole kombinovaných vad. Jedním z těchto klíčů, který byl poměrně hojně využíván, je členění kombinovaných vad podle druhu postižení. Kategorizace kombinovaného postižení

Sovák (1986, s. 2) tak kategorizuje vícenásobná postižení následovně:

- „slepohluchoněmí,
- slabomyslní hluchoněmí,
- slabomyslní slepí,
- slabomyslní tělesně postižení (a podobně).“

Jesenský (Mertin, 1995, s. 15) v rámci členění kombinovaných vad uplatňuje princip dominantního postižení:

- „slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení,
- mentální postižení s tělesným postižením,
- mentální postižení se sluchovým postižením,
- mentální postižení s chorobou,
- mentální postižení se zrakovým postižením,
- mentální postižení s obtížnou vychovatelností,
- smyslové a tělesné postižení,
- postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou.“

Vašek (2003) způsob kategorizace vícenásobného postižení zjednodušuje a uvádí jej do obecnější roviny. V rámci ní vytváří 3 skupiny postižení symptomatologicky blízkých:

- mentální postižení s dalším(i) postižením(i),
- slepohluchota,
- porucha chování v kombinaci s dalším(i) postižením(i) či narušením(i).

Vančová přichází s poněkud odlišným způsobem kategorizace vícenásobného postižení. Jako klíč k dělení nevyužívá druh postižení, ale projevy osob s kombinovaným postižením a jejich dopadu na

socializaci takto handicapovaného jedince. Vytváří tak dvě kategorie – lehce vícenásobně postižené a těžce vícenásobně postižené:

- **lehce vícenásobně postižení** – lidé s kombinovaným postižením, kteří jsou v důsledku komplexní rehabilitace schopni relativně samostatné existence. V rámci možností zvládají úkony běžného života a integrují se do společnosti. Mohou tak dosáhnout průměrné kvality života, včetně pracovního uplatnění (např. formou podporovaného zaměstnávání).
- **těžce vícenásobně postižení** – lidé s takovým kombinovaným postižením, v důsledku kterého nejsou schopni samostatného života a po celou dobu jsou ve velké míře závislí na pomoci a podpoře druhých lidí. Komunikační schopnost je většinou narušená v takovém rozsahu, kdy je třeba využívat prostředky alternativní a augmentativní komunikace (Ludíková, 2005).

Přestože uvedené členění předznamenává odklon od pouhého konstatování druhu a míry postižení a naznačuje tendenci k detailnějšímu popisu integračních možností jedince, nedochází ani v tomto případě ke kompletnímu zařazení všech případů kombinovaného postižení (Ludíková, 2005).

„Kvůli velmi různorodým a proměnlivým symptomům, které můžeme identifikovat u každého vícenásobně postiženého jedince, bude poměrně více takových, které bude obtížné přesně a bez výhrad zařadit do jedné z kategorií, protože některé projevy, výkony a potřeby by indikovaly zařazení do jedné, ale jiné podruhé kategorie. V případě vzájemného kombinování různých postižení, narušení a poruch vykazované symptomy takových kombinací nejsou jen součtem projevů jednotlivých postižení, ale v rámci daných kombinací se „znásobují“, jsou ve vzájemné součinnosti, přičemž charakteristika se věkem, vývojem, ale i speciálními intervencemi medicínskými, léčebně rehabilitačními, psychologickými a psychoterapeutickými, speciálněpedagogickými, léčebně pedagogickými, ale i díky ostatním mechanismům komplexní rehabilitační péče mění. (Vančová, 2001, s. 20)“

Z výše uvedeného je patrné, nakolik složitá je oblast pedagogiky osob s kombinovaným postižením. Přesto, jak vyplývá také ze zmíněného členění vícenásobného postižení dle Vančové (těžké a lehké vícenásobné postižení), lze rozvoj osobnosti člověka s kombinovanou vadou a míru úspěšnosti jeho socializace determinovat intervencí v duchu komplexní rehabilitace.

## 1.2 Využití prostředků alternativní a augmentativní komunikace u osob s kombinovaným postižením

Komunikace (communicare – sdílet, činit společným) je jednou ze základních lidských potřeb. Řadíme ji k jednomu z nejdůležitějších prostředků socializace a enkulturace člověka (Bendová, 2005). Klenková (2006, s. 25) vymezuje komunikaci následovně: „Komunikace (z lat. communicatio, které lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, participace) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.“

Také u osob s kombinovaným postižením je patrná tato základní lidská touha po komunikaci. Absentní není potřeba sdílet s okolím své pocity a přání, ani snaha navázat prostřednictvím komunikace mezilidské vztahy. Přítomnost handicapu však může negativním způsobem ovlivnit proces komunikace.

Jak uvádí Janovcová (2004), osobám se závažnými poruchami procesu komunikace (k nimž lze jedince s vícenásobným postižením samozřejmě zařadit) bývají nápomocny prostředky alternativní a augmentativní komunikace. „Cílem AAK je umožnit jedincům se závažnými poruchami komunikačního procesu aktivní dorozumívání, to je zprostředkování, usnadnění a rozšíření komunikace těm osobám, jejichž mluvená řeč je jen málo srozumitelná nebo jim je zcela znemožněna. (Janovcová, 2004, s. 16)“



V důsledku využívání AAK, dochází u člověka s multihandicapem ke efektivnější sociální interakci. Mění se jeho sociální pozice směrem k aktivitě a roste sebevědomí, sebedůvěra a sebeúcta člověka.

- **Augmentativní** (*augmentare* – rozšiřovat) **komunikační systémy** si kladou za cíl podporovat existující komunikační schopnosti, které jsou však nedostatečné pro dorozumívání.
- **Alternativní komunikační systémy** jsou využívány jako náhrada mluvené řeči (Janovcová, 2004).

Využití prostředků alternativní a augmentativní komunikace s sebou nese mnohá pozitiva, ale také stránky negativní. Vyjmenujme si alespoň nejdůležitější z nich.

Výhody užití prostředků AAK:

Výhody AAK

- snižují pasivitu osob s NKS (narušenou komunikační schopností),
- snižují těžké frustrace z nepochopení,
- zvyšují zapojení do činnosti,
- umožňují samostatné rozhodování,
- rozvíjí kognitivní jazykové schopnosti,
- umožňuje aktivně komunikovat.

Nevýhody užití prostředků AAK:

Nevýhody AAK

- menší společenské uplatnění než u běžné komunikace;
- vzbuzuje pozornost veřejnosti;
- zavedení systémů alternativní komunikace může být považováno za důkaz, že jedinec nebude nikdy verbálně komunikovat;
- proces porozumění předchází vyjadřování (nejdříve se musí systém naučit a pak je schopen ho používat). (Janovcová, 2004)

### 1.2.1 Klasifikace systémů alternativní a augmentativní komunikace

Systémy alternativní a augmentativní komunikace, které se v naší krajině rozvinuly a ujaly především v průběhu 90. let minulého století, můžeme klasifikovat podle několika hledisek: Klasifikace AAK

- Podle způsobu přenosu informace
  - **statické:** Bliss systém, piktogramy, VOKS, Braillovo písmo
  - **dynamické:** Makaton, Facilitovaná komunikace, Znak do řeči (Klenková, 1998)
- Podle druhu sensorického kanálu
  - **optické:** Bliss systém, piktogramy, odezírání, prstová abeceda
  - **akusticko-taktilní:** Braillovo písmo, Lormova abeceda
  - **opticko-akustické a vibrační:** elektroakustické a vibrační pomůcky (Vašek, 2003)
- Podle konečnosti počtu znaků
  - **otevřené:** S konečným počtem znaků
  - **uzavřené:** S nekonečným počtem znaků, jejichž kombinací vznikají nové významy (Kulišťák, 1997)
- Podle využitelnosti speciálních pomůcek
  - **bez pomůcek**
  - **s pomůckami:** referenční předměty, fotografie, obrázky, symboly, komunikátory
  - **jiné typy:** příslušenství k snadnějšímu ovládní PC (Janovcová, 2004)

### 1.2.2 Vybrané systémy alternativní a augmentativní komunikace

### System Bliss

System symbolů vytvořil Charles K. Bliss. Po zkušenostech z II. světové války nabyt přesvědčení, že příčinou mnohých mezilidských konfliktů je neporozumění a obtíže v komunikaci. Proto bylo jeho snahou vytvořit univerzální obrázkovou řeč, která by sloužila k lepšímu vzájemnému porozumění mezi národy. Tak vznikl Bliss systém (Valenta, 2007).

Tento původní záměr se však nezdařil. Po uveřejnění systému v publikaci Semantography roku 1949 nedošlo k uznání ze strany odborné, ale ani laické veřejnosti. Teprve v 70. letech minulého století projeví o jazykový systém zájem učitelé, lékaři a psychologové ze střediska pro postižené v Torontu. Pozitivem Bliss systému byla především jeho přehlednost a logická struktura (Bendová, 2005).

V roce 1975 byl v kanadském Torontu založen Institut pro komunikaci se symboly Bliss a postupně vznikaly centra i v jiných zemích. V ČR není systém bohužel natolik využíván, jako v zahraničí (Janovcová, 2004).

Používá se asi 26 základních grafických prvků, z nichž je možné složit přibližně 2300 standardizovaných symbolů a získat tak poměrně široký komunikační slovník (Bendová, 2005).

Obr. č. 1: Komunikační systém Bliss

Osoby	Muž ♂	Žena ♀	Osoba ⊥	Já, mě, mne ⊥ <sub>1</sub>	Dítě ♂ <sub>1</sub>
Věci Předměty	Tělo ○	Kniha ▢	Květina ♀	Dům ⌣	Ovoce ♂
Činnosti	pracovat ⤴	mýt ♂	vidět ⊙	cítit ♥	pomáhat ⤴
Vlastnosti a pocity	šťastný ♥↑	špatný ♥-	zmatený ♥↑↓	velký ⌣	malý ⌣
Vztahy	před ·	za  ·	mezi  ·	s +	proti ⋈
Představy	čas ⌚	rozum ⌢	Bůh ⌣	počasí ⊕	svoboda ✉

### Piktogramy (PIC – Pictogram Ideogram Communication)

„Piktogramy lze specifikovat jako statické obrazové komunikační symboly, s nimiž se setkáváme i v běžném životě ve formě příkazových a informačních tabulí a značek. (Bendová, 2005, s. 18)“ Lze je také charakterizovat jako „maximálně zjednodušená zobrazení předmětů, činností a vlastností, která jsou srozumitelná všem kategoriím osob z hlediska kultury, postižení, národnosti nebo věku. (Bendová, 2005, s. 18)“

Typů piktogramů existuje více. U nás je stále nejužívanější model převzatý ze severních států (Švédsko, Dánsko, Holandsko..). Piktogramy jsou čitelné a dobře zapamatovatelné. Obsahují přibližně 700 symbolů (Janovcová, 2004). „V zahraničí užívané piktogramy u nás modifikovala a vydala formou slovníku „Piktogramy“ i s metodickou příručkou Libuše Kubová (Tech-Market, 1997), která vřadila pro výuku tyto tématické celky v daném pořadí: rodina, části těla, věci osobní potřeby, oblečení, nábytek, nářadí, kuchyně, koupelna, potraviny, živočichové, hračky, příroda a počasí, hudba, sporty, pocity,

povolání, dopravní prostředky, domov a město, činnosti, vlastnosti a otázky, předložky, počítání, dny v týdnu, měsíce a roční období. (Valenta, 2007, s. 159)“

Při orientaci v komunikační tabulce z piktogramů je možné pro snadnější orientaci užít barev. Janovcová (2004, s. 22) doporučuje následné barevné označení kategorií piktogramů:

- „Bílá: časové a funkční piktogramy (číslice, roční období)
- Žlutá: lidé a zájmena
- Modrá: zvířata
- Zelená: slovesa
- Oranžová: podstatná jména
- Růžová: speciální funkce, individuální seznam slov
- Mnohobarevné: piktogramy vztahující se k více, než jedné kategorii“

Obr. č. 2: Piktogramy



## Makaton

Makaton

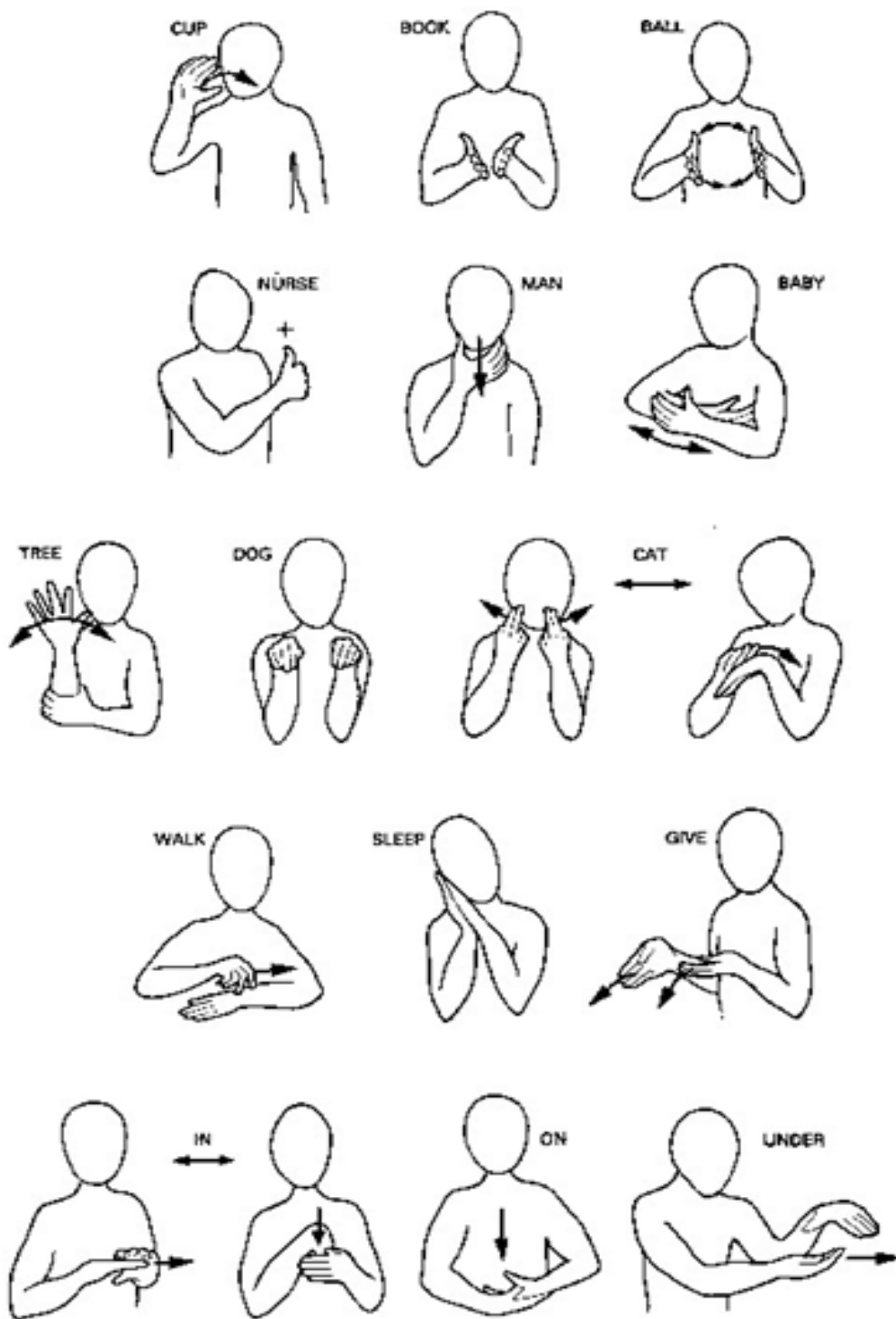
Jedná se o nonverbální jazykový systém, jehož název je vytvořen složením prvních slabik jmen jeho tvůrců. Byla to logopedka Margaret Walker a psychiatrickí konzultanty Kathy Johnston a Tony Cornforthem z Královské asociace pro pomoc neslyšícím ve Velké Británii (Janovcová, 2004).

Ačkoli byl tento systém manuálních znaků a symbolů původně určen dětem s mentálním postižením a autismem, je v dnešních dnech využíván také u klientů neslyšících, s tělesným či vícenásobným postižením nebo u osob po cévní mozkové příhodě či úrazech mozku (Bendová, 2005).

Slovník Makatonu je tvořen 350 znaky a symboly. Tyto jsou dle motorické náročnosti a abstrakce významu rozděleny do 8 stupňů (etap). Poslední, devátý stupeň tvoří přídatný slovník, který vychází z individuálních potřeb člověka. Měl by obsahovat maximálně 35-40 slov. Jedinci, kteří si úspěšně osvojí všechny základní znaky, si tak mohou dále zásobu znaků rozvíjet přiřazením dalších ze znakového jazyka pro neslyšící (Bendová, 2005).

Pokud klient narazí při osvojování Makatonu na hranici svých schopností, bude již získaná znalost představovat konečný ucelený komunikační prostředek (Janovcová, 2004).

Obr. č. 3: Komunikační systém MAKATON



### 1.2.3 Komunikační pomůcky

Pomůcky využívané k usnadnění či umožnění komunikace můžeme klasifikovat na neelektronické a elektronické.

#### Neelektronické pomůcky

Do skupiny neelektronických komunikačních pomůček jsou řazeny hmatatelné předměty, které mohou pomáhat při dorozumívání. Jejich velikost může být reálná nebo změněná. Nejčastěji bývají využívány

fotografie, kresby, písmena, jednotlivá slova nebo často užívaná slovní spojení. Sestavit z nich lze komunikační tabulky nebo knihy. U malých dětí, osob s poruchami autistického spektra či s těžkou mentální retardací je možné využít také referenčních předmětů. (Janovcová, 2004)

### **Elektronické pomůcky**

Elektronické komunikační pomůcky se na první pohled jeví jako výhodnější. Lze je použít bez pomoci druhé osoby a sdělení bývá pro komunikačního partnera srozumitelnější. Pomůcky mohou nahradit lidský hlas, nebo disponují určitým zvukovým signálem. (Janovcová, 2004)

### **Komunikátor**

Komunikátor

Jedná se vlastně o elektronickou komunikační tabulku. Na ploše je několik políček označených slovem, obrázkem nebo fotografií. Pole jsou velikostí přizpůsobeny zrakovému vnímání a motorickým možnostem uživatele. Pokud uživatel nemůže využít motoriky rukou, je možné komunikátor přizpůsobit k ovládní jinou částí těla. Hlasový výstup je zprostředkován řečí digitalizovanou (nahranou) nebo řečí syntetickou (generovanou počítačem), jež v češtině nedosahuje příliš dobré kvality. Komunikátory mohou být vybaveny i zrakovým výstupem. V takovém případě je komunikátor vybaven displejem, kde je sdělení zobrazováno symboly nebo psaným textem. Nevýhodami komunikátorů přesto nadále zůstává omezenost možných sdělení, rozbitelnost a u některých zdokonalených typů finanční náročnost. (Janovcová, 2004)

Obr. č. 4: Komunikátor 1



Obr. č. 5: Komunikátor 2



### 1.3 Komplexní rehabilitace u osob s kombinovaným postižením

Dle Standardních pravidel OSN je rehabilitace vymezena jako „proces, jehož cílem je umožnit osobám se zdravotním postižením (disabled), aby dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí, tedy poskytnout jim prostředky pro změnu jejich života k dosažení vyšší úrovně nezávislosti. Rehabilitace může zahrnovat opatření k zajištění a obnově funkcí nebo opatření kompenzující ztrátu nebo absenci funkce nebo funkčního omezení. (Pfeiffer, Švestková, 2005, s. 6)“

Definice  
rehabilitace

Světová zdravotnická organizace (WHO) přináší v průběhu let několik definic oblasti rehabilitace. V roce 1969 uvádí WHO první vymezení: „Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jednotlivce (jedince) k nejvyšší možné funkční schopnosti. (Pfeiffer, Švestková, 2005, s. 8)“ O dvanáct let poté (1981) je rehabilitace definována následovně: „Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita a následný handicap a usiluje o společenské začlenění postiženého. (Jankovský, 2005, s. 40)“ V roce 1994 přichází WHO se třetím vymezením oblasti rehabilitace: „Proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti. (Jankovský, 2005, s. 40)“

Jak je z výše uvedených vymezení patrné, pro optimální a efektivní působení rehabilitace je velmi významná koordinace a společné působení všech složek rehabilitace. Pro zdůraznění významu interdisciplinární spolupráce bývá v souvislosti s rehabilitací užíván přívlastek komplexní (ucelená, komprehensivní).

Cíle komplexní rehabilitace je možné stanovit následovně:

Cíle ucelené  
rehabilitace

- adaptace klienta na jeho nepříznivý zdravotní stav;
- v co nejvyšší možné míře samostatný život klienta prostřednictvím nabytí potřebných dovedností;
- zapojení klienta do pracovního procesu. (Pfeiffer, Švestková, 2005)

## Důležitá pasáž textu



Ucelená rehabilitace v sobě zahrnuje jednotlivé prostředky, pomocí jejichž působení dochází k socializaci jedince s vícenásobným postižením. Mezi prostředky ucelené

Prostředky ucelené rehabilitace

rehabilitace řadíme následující:

- **Léčebná rehabilitace**

Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace se zaměřuje na „odstranění postižení a funkčních poruch a dále na eliminaci následků zdravotního postižení (včetně jeho sociální dimenze). (Jankovský, 2005, s. 41)“ Votava (2003) klasifikuje léčebnou rehabilitaci na vertikální a horizontální. Při rehabilitaci vertikální se stav klienta postupně zlepšuje do té míry, že se křivka zdraví vrací na původní úroveň. U rehabilitace horizontální plného návratu k původnímu stavu nedosáhneme a snažíme se tedy o zlepšení klientova stavu v co nejvyšší možné míře.

- **Pracovní rehabilitace**

Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace se zabývá kvalifikací či rekvalifikací jedinců s handicapem. Snahou je rozvoj vědomostí, dovedností a návyků, které umožní osobám s handicapem k optimálnímu uplatnění na trhu práce (Renotérová, 2004).

- **Sociální rehabilitace**

Sociální rehabilitace

Cílem sociální rehabilitace je dle Rentiérové (2004, s. 26) „znevýhodněným jedincům zajistit bydlení, zaměstnání, dopravu, zájmové a kulturní vyžití, realizaci důchodových nároků, atd.“ Jak uvádí Votava (2003, s.72), jedná se o proces, „při němž OZP dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace:“

- **Pedagogická rehabilitace**

Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace je proces, jehož cílem je poskytnutí lidem s handicapem nejvyšší možné vzdělání a kvalifikaci. V důsledku tohoto působení dochází ke zvýšení samostatnosti jedince s handicapem a jeho zapojení do společnosti ve všech jeho sférách (Votava, 2003).

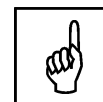
Pro úspěšný proces socializace a optimální kvalitu života osob s kombinovaným postižením je nutné propojení potřebných prostředků ucelené rehabilitace a tedy spolupráce odborníků nejen ve vlastním resortu, ale také interdisciplinární kooperace. Neméně významná a v dnešní době snad samozřejmá je spolupráce se samotným klientem, tedy jedincem s handicapem.

## Kontrolní otázky a úkoly



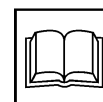
1. Definujte vícenásobné postižení.
2. Vyjmenujte významné etiologické faktory kombinovaného postižení.
3. Vysvětlete význam alternativní a augmentativní komunikace.
4. Vyjmenujte a popište systémy alternativní a augmentativní komunikace, které jsou využívány u jedinců s kombinovaným postižením.
5. Vymezte oblast ucelené rehabilitace a popište její jednotlivé prostředky.

## Pojmy k zapamatování



vícenásobné (kombinované) postižení  
alternativní a augmentativní komunikace  
Bliss systém  
Makaton  
piktogramy  
komunikátory  
ucelená (komplexní, komprehensivní) rehabilitace

## Literatura



1. BENDOŤÁ, P. *Komunikace osob s kombinovanými vadami*. In LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 15-24. ISBN 80-244-1154-7.
2. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: TRITON, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
3. JANKOVSKÝ, J. *Ucelený systém rehabilitace dětí s motorickým a kombinovaným postižením*. In JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, 2005. ISBN 80-7040-826-X.
4. JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, 2004. ISBN 80-210-3204-9.
5. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
6. KLENKOVÁ, J. *Augmentativní a alternativní komunikace*. In VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998, s. 58-62.
7. KOZÁKOVÁ, Z. *Problematika kombinovaných vad z pohledu psychopedie*. In LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 25-52. ISBN 80-244-1154-7.
8. KRAUS, J. *Formy DMO*. In KRAUS, J. a kolektiv. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
9. KULIŠŤÁK, P a kol. *Afázie*. Praha: Triton, 1997.
10. LUDÍKOVÁ, L. *Teorie kombinovaných vad*. In LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 7-14. ISBN 80-244-1154-7.
11. LUDÍKOVÁ, L. *Problematika osob s vícenásobným postižením*. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0873-2.
12. MERTIN, V. *Individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 1995.
13. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Rehabilitace jako ucelený systém*. In JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, 2005. ISBN 80-7040-826-X.
14. RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika – teoretická východiska*. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0873-2.
15. SOVÁK, M. a kol. *Defektologický slovník*. Praha: SPN, 1978. ISBN 14-804-78.
16. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1986.
17. STOKLASOVÁ, V. *Problematika kombinovaných vad z pohledu tyflopédie*. In LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 67-80. ISBN 80-244-1154-7.
18. VALENTA, M. *Etiologie mentálního postižení*. In VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.
19. VALENTA, M. *Alternativní a augmentativní komunikace*. In VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.
20. VANČOVÁ, A. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapientia, 2001.
21. VAŠEK, Š., VANČOVÁ, A., HATOS, G. at al. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapientia, 1999.
22. VAŠEK, Š. *Špeciálna pedagogika*. Bratislava: Sapientia, 1996. ISBN 80-967180-3-7.



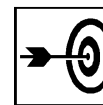
23. VAŠEK, Š. *Základy speciální pedagogiky*. Bratislava: Sapiaenta, 2003.
24. VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

### Internetové zdroje

1. <http://www.petit-os.cz/komunikatory.php>
2. <http://www.prvnikrok.cz/detail-polozka.php?polozka=1019020>
3. [www.uss.upol.cz/cz/clenove/profil/langer/download/malc/03-Bliss.ppt](http://www.uss.upol.cz/cz/clenove/profil/langer/download/malc/03-Bliss.ppt)
4. [http://www.google.com/imgres?imgurl=http://www.makaton.org/images/walker78a\\_2.gif&imgrefurl=http://www.makaton.org/research/walker78a.htm&usg=\\_\\_Jt2q4HyV5w8pdZ34rnEhrmUXvPg=&h=591&w=396&sz=48&hl=cs&start=0&zoom=1&tbnid=fqveVJ7aS3rgM:&tbnh=144&tbnw=96&ei=ftYITpv\\_MIfMswbN9OyXCQ&prev=/search%3Fq%3DMakaton%26hl%3Dcs%26lr%3D%26sa%3DX%26biw%3D1440%26bih%3D744%26tbnid%3D%26prmd%3Ddivnsb&itbs=1&iact=hc&vpx=176&vpy=56&dur=5918&hovh=274&hovw=184&tx=117&ty=161&page=1&ndsp=28&ved=1t:429,r:0,s:0](http://www.google.com/imgres?imgurl=http://www.makaton.org/images/walker78a_2.gif&imgrefurl=http://www.makaton.org/research/walker78a.htm&usg=__Jt2q4HyV5w8pdZ34rnEhrmUXvPg=&h=591&w=396&sz=48&hl=cs&start=0&zoom=1&tbnid=fqveVJ7aS3rgM:&tbnh=144&tbnw=96&ei=ftYITpv_MIfMswbN9OyXCQ&prev=/search%3Fq%3DMakaton%26hl%3Dcs%26lr%3D%26sa%3DX%26biw%3D1440%26bih%3D744%26tbnid%3D%26prmd%3Ddivnsb&itbs=1&iact=hc&vpx=176&vpy=56&dur=5918&hovh=274&hovw=184&tx=117&ty=161&page=1&ndsp=28&ved=1t:429,r:0,s:0)

## 2 Hudebně-pohybová terapie u klientů s kombinovaným postižením

### Cíle



Cílem této kapitoly je přiblížení oblasti hudebně-pohybové terapie u klientů s kombinovaným postižením. Kromě základního vhledu do této problematiky, budou čtenáři blíže seznámeni s možnostmi užití muzikoterapie, taneční a pohybové terapie a hudebně-pohybové terapie.

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- Vymezit a definovat oblast hudebně-pohybové terapie u klientů s kombinovaným postižením.
- Orientovat se v jednotlivých terapiích, způsobech klasifikace a jejich aplikace u klientů s kombinovaným postižením.
- Orientovat se v základní terminologii pojící se s oblastí hudebně-pohybové terapie.
- Uvědomit si důležitost využití hudebně-pohybové terapie u klientů s kombinovaným postižením
- Vymezit složky rehabilitace u klientů s kombinovaným postižením.

### Průvodce studiem



V následující kapitole se budeme zabývat hudebně-pohybovou terapií, jako jednou z možných intervenčních přístupů respektujících a upřednostňujících globální přístup k osobám s kombinovaným postižením. Úvodem vymezujeme a specifikujeme opodstatněnost inkorporace dané terapie v rámci rehabilitace u této klienteli, dále vymezujeme její východiska, formy, druhy a specifikujeme dílčí terapeutické přístupy. kombinovaných vad, jakožto rozsáhlé oblasti oboru speciální pedagogika. Zmíněna je také například hudební improvizace jako diagnostický a terapeutický fenomén.

### Úvod

Potřeba nacházet východiska nových přístupů je stále veliká. V rámci inovace předmětu kombinované vady jsme proto spojily dvě expresivní terapie k rozšíření repertoáru práce u lidí s kombinovaným postižením. Přístupy k této cílové skupině jsou stále ještě velmi omezené, proto je třeba neustále nalézat možnosti péče a zkvalitnění života u lidí s kombinovaným postižením. Hudebně-pohybová terapie využívá hudby a pohybu jako prostředku terapie, kdy cílem není odstranění patologických změn u klientů, ale právě socializace, rozvoj kognitivních funkcí a rehabilitace ve speciálně pedagogickém smyslu. Zájem speciální pedagogiky je především výchova vzdělávání žáků se specifickými potřebami. Jednou z oblastí rozvoje jsou terapie ve speciální pedagogice.

## 2.1 Terapie ve speciální pedagogice

V této části kapitoly se budeme zabývat odbornými východisky, které směřují teoreticky k hudebně pohybové terapii. V rámci práce s lidmi s kombinovaným postižením se můžeme opřít o teoretické poznatky terapií ve speciální pedagogice

### Definice terapií ve speciální pedagogice

Definice  
terapií ve  
speciální  
pedagogice

Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickém výkonu). Tomu odpovídá rovněž etymologie termínu terapie, jehož řecko-latinský původ odkazuje na léčení, ošetřování, ale také na starání se, pomáhání, cvičení apod. (Muller, 2010)

Důležitými východisky (zdroji) pro speciálněpedagogické terapie jsou pochopitelně i jiné na člověka zaměřené obory například: Východiska terapie

6. **medicína** – svými propedeutickými poznatky o vzniku, projevech, dopadech a léčení poruch orgánů či tělesného systému;
7. **psychologie** – svými propedeutickými poznatky o pojetí, vývoji, změnách a činnosti psychiky jako základního předpokladu lidského společenského života;
8. **pedagogika** – svými propedeutickými poznatky o možnostech cíleného formování určitých kvalit osobnosti – určitých druhů připravenosti k lidskému společenskému životu (význam humanisticky orientované výchovy zaměřené na formování člověka jako celistvé osobnosti) ;
9. **sociologie** – svými propedeutickými poznatky o sociálních determinantách lidského společenského života (význam vytváření a fungování sociálních skupin, sociálních vztahů, sociálních dovedností) ;
10. **kulturní antropologie** – svými propedeutickými poznatky o vzájemné podmíněnosti biologických, specificky lidských, sociálních a kulturních podmínek existence člověka (význam kulturní symboliky jako souhrnu těch zobecněných lidských znalostí, přesvědčení, návodů na přežití, jež mají vliv na přizpůsobování se prostředí);
11. **právo** – svými propedeutickými poznatky o obecně závazných pravidlech lidského chování určených státem (například význam znalostí jednotlivých chráněných zájmů souvisejících s ochranou osobnosti jakéhokoli klienta);
12. **filozofie** – svým celistvým pohledem na člověka a jeho pojetí (všem terapeutickým přístupům by měl být vlastní určitý „obraz“ člověka), na svět a jeho pojetí, na pojetí smyslu života, na pojetí obecných norem života (mají význam pro profesionální etiku terapeuta, pro utváření klientových postojů k životním problémům atp.). ( Muller, Valenta, 2009)

Obory lidské činnosti, jejichž hlavním předmětem je prostředek totožný s prostředkem dané terapie například: Obory lidské činnosti

- umění – svým významným kreativním, symbolickým, neverbálním, uvolňujícím, ale také metodologickým a diagnostickým potenciálem;
- hra – svým přirozeně motivačním, svobodně činnostním a formativním potenciálem,
- zvíře – svým vztahově kompenzačním potenciálem atp.

## Důležitá pasáž textu



Terapeutické přístupy aplikují terapeuti (profesionálové, jež prošli patřičným vzděláváním - hlavně formou výcviku - a mají patřičné osobnostní předpoklady) v rámci jednotlivých terapií. Přitom mohou vycházet z nejrůznějších zdrojů a využívat nejrůznějších prostředků, metod, technik a forem práce. (Muller, 2010) O terapiích lze obecně říci, že probíhají v určitém čase a prostředí, které je dáno formou terapie, v níž se klienti nacházejí.

Formy terapie se mohou dělit:

Formy terapie

1. ambulantní x pobytová,
2. individuální x skupinová.

Výhodou skupinové formy terapie právě v oblasti expresí je využití skupinové dynamiky, jež je velkým hybatelem v každé definované skupině. Vývoj koheze a tenze má velmi silný vliv na socializaci a Výhody skupinové formy terapie

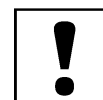
resocializaci klienta, schopnost komunikace a řešení problémů a především umění prosadit svůj názor a akceptovat názor druhých, tzn. Skupina nám poskytuje náhled na nás samé prostřednictvím skupinové terapie.

Terapeutické přístupy u osob s kombinovaným postižením jsou podníceny určitými specifiky:

Specifika  
terapeutických  
přístupů

- charakter postižení ( etiologie, symptomatologie);
- vývojové zvláštnosti;
- charakterem instituce, kde jsou terapeutické přístupy realizovány;
- osobností klienta i orientací terapeuta.

## Důležitá pasáž textu



Jak již bylo výše zmíněno, speciálně pedagogické terapie působí na klienta jako samostatná forma terapie, nabízející rozvoj kognitivních funkcí, pohybových aktivit i sociální cítění, nebo navazují na léčbu nemocí v oblasti medicíny. Jde tedy o svébytné disciplíny, kde jsou záměrně a uceleně aplikovány terapeutické prostředky a techniky za účelem pomoci klientům plně nebo alespoň částečně se integrovat do intaktní společnosti.

## Procesuální stránka speciálněpedagogických terapií

Procesuální  
stránka  
speciálněpeda  
gogických  
terapií

Procesuální stránka terapií ve speciální pedagogice vykazuje řadu „proměnných“. Terapeutický proces, jež je realizován u jakéhokoli klienta, má určitý průběh (fáze) a probíhá v určitém prostředí (materiálním, sociálním, psychickém atd.). Jeho hlavními činiteli jsou terapeut, klient a obsah. Průběh terapeutického procesu lze zjednodušeně popsat za pomoci jeho obecně pojatých základních fází. (Müller, 2010)

Z krátkodobého hlediska (týkajícího se dílčích sezení) jde o fázi:

Krátkodobé  
hledisko

- zaměřenou na navázání kontaktu a uvedení hlavní terapeutické práce;
- zaměřenou na hlavní terapeutickou práci (řešení aktuálních problémů);
- zaměřenou na uzavření problémů vyplývajících z hlavní terapeutické práce.

Z dlouhodobého hlediska (týkajícího se celé terapie) jde o fázi:

Dlouhodobé  
hledisko

- zaměřenou na indikaci stávajících obtíží a možných postupů, počáteční navazování terapeutického vztahu (důležitý je např. dojem z prvního setkání), motivaci klienta k terapii, dohodu o organizaci, průběhu a obsahu terapie (např. vytýčení jistých „mantinelů“ a podmínek);
- zaměřenou na naplnění terapeutického vztahu a naplnění dohodnuté organizace, průběhu a obsahu terapie;
- zaměřenou na ukončení terapie včetně nabídky dalších možností.

## 2.2 Hudební terapie – muzikoterapie

V této části studijního materiálu se zaměříme na přiblížení si pojmů z oblasti muzikoterapie. Součástí textu bude definice, klasifikace i praktické použití jednotlivých forem muzikoterapie.

Je terapeutický přístup z oblasti expresivních terapií, pojem je odvozen od lat. slova musica – hudba a

Pojem  
muzikoterapie

řec. therapeia – léčení, cvičení, vzdělávání.

Muzikoterapie je předepsané použití hudby kvalifikovanou osobou za účelem dosažení pozitivních změn v psychologickém, kognitivním, tělesném a sociálním fungování jedince se zdravotními nebo edukačními problémy.

#### 4 různé možnosti chápání muzikoterapie:

Možnosti  
chápání  
muzikoterapie

- specifická forma psychoterapie;
- skupinové hudební aktivity, při kterých jde hlavně o zlepšení soc. vazeb;
- součást léčebného a rehabilitačního procesu;
- psychohygienický proces.

#### 2 přístupy:

Přístupy k  
muzikoterapii

- hudba jako terapie: Muzikoterapie má centrální postavení v terapeutickém procesu jako hlavní terapeutická metoda.
- hudba v terapii: Muzikoterapie je doplněk k jinému druhu terapie.

Během terapeutického procesu používá zvuku, hudby a hudebních elementů (melodie, harmonie, rytmu, zvukové barvy, dynamiky, tempa, druhu taktu). Rozvíjí terapeutický vztah (vztah mezi klientem a terapeutem) prostřednictvím hudebních zkušeností a komunikace. Muzikoterapie je prováděna kvalifikovanou osobou. Cílovými skupinami jsou hlavně: jedinci se zdravotními a edukačními potížemi, široká veřejnost

znaky  
muzikoterapie

#### Cíle muzikoterapie jsou následující:

Cíle  
muzikoterapie

- Muzikoterapeutická zkušenost může vyvolat pozitivní změny ve všech dimenzích organismu.
- Naplňuje nejrůznější fyzické, emocionální, intelektuální, sociální a jiné potřeby klientů.
- Hudba sama o sobě působí bezprostředně a intenzivně na člověka (na jeho psychický stav, dynamiku), podněcuje základní psychické funkce (vnímání a s ním související procesy); využívá zvuku jako nositele jistých jinak obtížně sdělitelných významů (např. ve vztazích mezi lidmi).
- Má uplatnění v prevenci, léčbě i následné rehabilitaci.
- Působí různě (např. v institucích vzdělávacích, psychiatrických, gerontologických, výchovných).

#### Základní druhy muzikoterapie jsou:

Druhy  
muzikoterapie

##### A) hudební autoterapie a heteroterapie

- **hudební autoterapie:**

Muzikoterapii provádí hudbou ovlivňovaný jedinec sám – sebeléčba. Např. pacient po skončení ústavního nebo ambulantního léčení sám na sobě pokračuje v dostupných muzikoterapeutických praktikách, jež na něm předtím byly uplatňovány. Intuitivní nebo reflektivní autoterapii provádí lidé, kteří poslouchají nebo provozují hudbu v rámci své mentální hygieny.

Výhody: větší intimita, pacient má svobodnou volbu

- **hudební heteroterapie:**

Klient a terapeut jsou 2 osoby (nebo v roli terapeuta je tým odborníků). Vyskytuje se více v pobytových službách.

Výhoda: má punc profesionálního pedagogického výkonu (větší míra kvalifikovanosti a psychoterapeutického účinku)

## B) aktivní a pasivní muzikoterapie

- aktivní muzikoterapie

Jedinec osobně vyvíjí hudební aktivitu (sólově, za spoluúčinkování terapeuta, spoluklientů). Uskutečňuje se vokálně či instrumentálně nebo obojí interpretací nebo improvizací na úrovni jeho vspělosti a dovednosti.

- Hlavně jsou sledovány terapeutické zájmy (umělecká a estetická hodnota je druhořadá – slouží např. k dokreslení diagnostického obrazu).

### Hra na hudební nástroj:

metody  
muzikoterapie

- např. Schulwerk (= hudebně-výchovná metoda Carla Orffa – Orffovy nástroje – např. bubínky, tympány, ozvučná dřívka, činely, tamburíny, rumba-koule. apod); tradiční západní nástroje: klavír, kytara; etnické nástroje: jednoduché rytmické a melodické nástroje jako bongas, šamanské bubínky, deštné hole, tibetské mísy apod. (perkusivní nástroje stimulují k vlastní improvizaci); vlastnoručně vyráběné nástroje.

### Hra na tělo:

- = tleskání vlastníma rukama o sebe nebo o vlastní hrudník, ramena, stehna, nebo vlastní rukou o ruku souseda, luskání prsty apod.

### Psaní písní:

Psaní písní a kompozice hudby podporují kooperativní učení, sdílení pocitů, myšlenek a zkušeností, metody:

- Nejjednodušší z nich používá předem připravenou strukturu textu nějaké písně s vynechanými slovy, které má klient doplnit (technika fill in blank). Terapeut si počíná obvykle takovým způsobem, že nejprve představí píseň, se kterou bude skupina pracovat. Následuje krátká diskuze. Poté začíná práce s textem ? klienti doplňují vynechaná slova podle svých vlastních nápadů. Nové písně jsou zahrány ve skupině, opět následuje diskuze a zpracovávání jednotlivých témat.
- Jiným přístupem je spontánní psaní písní, které do textu písně přináší témata důležitá pro klienta. Účelem je porozumění tomu, čím klienti ve skutečnosti jsou, co potřebují a co mají v životě rádi.

Hudební vystoupení zahrnuje fázi přípravy (náviku) a realizaci vystoupení. Při náviku můžeme využít instrumentální, vokální a pohybové aktivity podle preferencí a schopností klientů; možnost předvést dovednosti pomáhá klientům budovat sebedůvěru, hodnocení, disciplínu. Hudební vystoupení

1. **Vokální aktivity:** zlepšuje artikulaci, rytmus řeči, dechovou kontrolu, prohlubuje dýchání.
2. **Instrumentální aktivity:** rozvíjí hrubou, jemnou motoriku; u poruch chování pomáhá kontrolovat impulzivní reakce.
3. **Pohybové aktivity při hudbě:** podporují a rozvíjejí rozsah pohybů, senzomotorickou koordinaci, svalovou sílu, vytrvalost, respiraci, svalovou relaxaci a kreativní vyjadřování pohybem, hudební rytmus usnadňuje pohybové vyjádření

### Hudební improvizace jako diagnostický a terapeutický fenomén

Hudební improvizace

Tento druh improvizace rozvíjí terapeutický vztah prostřednictvím hudebního projevu. Změny v tomto vztahu jsou charakterizovány změnami v hudební komunikaci a vyjadřování.

### Nordof-Robins metoda

Nordof-Robins metoda

Základem této metody je zjištění, že nehudební chování klienta se projevuje ve způsobu jeho hudební improvizace (hudební projev pomáhá klientovi ve formulaci jeho ústředních témat, které jsou dále zpracovávány v průběhu terapie; terapeut jim dává formu a ucelenost, rozvíjí je nebo je mění – což umožňuje klientovi vyzkoušet si jiné možnosti chování v kontextu hudebního vyjádření.

## Důležitá pasáž textu



Hudební improvizace je z diagnostického hlediska chápána jako projektivní technika. Hudební nástroj nebo jiný výrazový prostředek (hlas, pohyb) zastupuje hráčovo alter ego (druhé já) a bezprostředně zrcadlí vnitřní svět hráče. Klient může prozkoumat a vyjádřit pocity, které je obtížné sdělit verbálně. Podle formálního uspořádání rozlišujeme individuální a skupinovou hudební improvizaci. V individuální improvizaci se ukazují problémy jednotlivce, struktury jeho osobnosti, sebepojetí a prožívání. Skupinová improvizace umožňuje mapovat sociální interakce klientů, jejich vztahy, postavení uvnitř skupiny a schopnosti neverbální komunikace.

diagnostické  
hledisko

Při analýze hudební improvizace se terapeut pokládá otázky typu:

- jaký si klient vybral nástroj (tichý/hlučný, dominantní/vytvářející pozadí);
- kdo začal, kdo skončil;
- jaký byl průběh a dynamika improvizace;
- komunikovali spolu klienti;
- působili dojem kooperující skupiny či spíše jako jednotlivci při kolektivním hraní;
- jak by interpretovali průběh improvizace;
- kdo byl ve skupině dominantní, kdo subka;
- podporovali se klienti navzájem.

Analýzu je vhodné doplnit dalšími diagnostickými postupy, např. rozhovorem s klientem, pozorováním, testovými metodami a konzultací s dalšími odborníky, kteří jsou často ve styku s klientem.

## Důležitá pasáž textu



Z terapeutického hlediska nabízí hudební improvizace prostor k prozkoumávání nových způsobů chování, vyjadřování, komunikace a sociálních interakcí, příležitost k volbě a rozvoji kreativity. S rozvojem terapeutického vztahu se nabízí možnost změnit ustrnulé nebo patologické vzorce reagování a integrovat je do běžného života klientů. Změna chování v rámci hudební improvizací skupiny může vést k podstatným změnám ve skutečném životě. Hudební skupina se může stát odrazovým můstkem osobního růstu. Improvizace může být zcela volná nebo mohou klienti dostat za úkol improvizovat podle nějaké instrukce.

terapeutické  
hledisko

### Hudební zrcadlení:

Techniky

Při hudebním zrcadlení muzikoterapeut hudebně reflektuje to, co klient právě dělá - tím mu umožňuje vstoupit hlouběji do jeho světa, dává klientovi najevo, že jej přijímá. Zrcadlení umožňuje velmi rychlé navázání kontaktu s klientem a podporuje jeho vlastní aktivitu. Patří k nejúčinnějším způsobům navázání komunikace i u těžce mentálně postižených nebo psychotických klientů. Zrcadlit lze hudební i nehudební chování klienta. Hudebním zrcadlením může muzikoterapeut nedirektivním způsobem konfrontovat klienta s projevy jeho nežádoucího chování.

### Hudební modelování:

Umožňuje klientům prostřednictvím improvizace předvádět nové způsoby chování a interakce. Terapeut překračuje hranice pouhého hudebního zrcadlení jednání klienta; vychází z behaviorální terapie.

## 1. receptivní (poslechová, pasivní) MT

Klient hudbu pouze vnímá. Může se věnovat i mimohudební činnosti (malovat, číst, pracovat, volné asociace, u dětí vymyšlení pohádkových příběhů, hru s loutkami...), ale v hudbě je pasivní – tu jen poslouchá. Klient poslouchá hudbu živě hranou, z hudebních konzerv, z hromadných sdělovacích prostředků.

### a. Živě hraná hudba

Má výhodu společenského zážitku a uplatnění vizuální složky interpretace; možnost navázat slovní kontakt s interprety.

### b. Reprodukovaná hudba

Klienti upřednostňují diskrétní (nejlépe domácí poslech) – pro lepší soustředění, bez optických vlivů, bez hráčských chyb, pohodlí (vleže), možnost ovlivňovat hlasitost, vracet se k oblíbeným místům.

## 2. reproduktivní (expresivní) MT

Reprodukce umožňuje spojovat s vlastní nahrávkou doplňující akustické podněty:

- sugestivní mluvené slovo,
- zvláštním případem je sugesce pod prahem slyšitelnosti,
- náladotvorné i jinak motivované zvuky (přírodního nebo elektroakustického původu),
- zvuky se specifickým fyzikálně-fyziologickým účinkem (např. fázový posun),
- specifické možnosti nahrávací techniky (echo, manipulace s dozvukem, zpětná vazba),
- řízená imaginace,
- ptačí zpěv – přirozený či imitovaný – je náladotvorný prostředek.

## 3. Individuální, skupinová a hromadná muzikoterapie

- a. **individuální:** terapeut se věnuje jednomu klientovi
- b. Zde se dá mluvit o výhodách větší intimity a diskrétnosti, hodí se pro klienty uzavřené, nesmělé, bázlivé, poruchami sebehodnocení, u ambulantně léčených lehčích případů (s méně procedurami).
- c. **skupinová:** 8 – 15, někdy 20 klientů

Lze uskutečňovat v rámci skupin fixních (stejných, klienti nastoupili léčbu ve stejnou dobu, kolektiv není rozšiřován o nové členy), či v rámci variabilních skupin (otevřených – o proměnlivém počtu i složení skupiny).

- d. **hromadná:** ještě více než □, např. plný sál klientů na terapeuticky motivovaném koncertě.

## Důležitá pasáž textu



Za výhodu považujeme, že se klient může se o své problémy s ostatními podělit, pozná lidi se stejnými či horšími problémy; skupina (často bezděky) potvrzuje či anticipuje terapeutovu dílčí diagnózu a indikaci nápravných prostředků; rozšíření klientova obzoru, nácvik fungující mezilidské komunikace.

## Příklad



Ukázka průběh muzikoterapeutické intervence – individuální receptivní muzikoterapie

- 10-15 min. pohovor terapeuta s klientem o jeho problémech a jejich eventuální řešení;
- vlastní poslech vybrané hudby (popř. po předběžné poradě se samotným pacientem o jeho hudebních zálibách a potřebách);
- nakonec opět pohovor – navzájem si sdělí své dojmy se skladby a z jejího způsobu interpretace.



Klient leží na pohovce, poslech vleže se kombinuje s relaxačními technikami, Schulzovým autogenním tréninkem, sugescí, hypnózou. Někdy může klientovi hrát živou hudbu terapeut (klavír, akordeon..) – to může být předstupněm pro individuální aktivní muzikoterapii, při níž klient tvoří s terapeutem duo. Podmínky

### Způsoby použití hudby individuální receptivní muzikoterapie:

Způsoby  
použití hudby

- **terasovitý posun hudby:** Jednotlivá lekce by si měla udržet stále stejný druh výrazu a stejnou emocionální hladinu hrané hudby (např. při léčbě deprese se vychází ze smutné hudby a příští lekci se hudba o stupeň posune z tragičtějších poloh k optimističtějšímu životnímu chápání) – tím se duševno klienta orientuje k pocitům životního kladu.
- **styl crescendo:** V rámci jednotlivé lekce má být hudebně navozen mírný obrat k optimističtějšímu pojetí, takže klient se nestane zásluhou hudby „poněkud optimističtější až příští lekci.“

Vždy se přechází na skupinovou MT (neboť smyslem je usměrnit formy své mezilidské komunikace – a na to je dobrá skupina).

## 2.3 Taneční a pohybová terapie

Dalším teoretickým vodítkem práce s klienty s kombinovanými vadami je právě tanečně pohybová terapie. V této části publikace se budeme zabývat teoretickými výstupy z této oblasti.

Taneční a pohybová terapie je Evropskou asociací taneční a pohybové terapie definována jako psychoterapeutická aktivita, která pomáhá pacientům znovu nalézat radost z funkční činnosti, autonomie, jednotu tělesna i duševna, sublimaci, obnovu pozitivního sebepřijetí a tělesnou symboliku.

„Taneční a pohybová terapie je formou psychoterapie, ve které je přednostním prostředkem změny pohyb. Je založena na interakci těla a mysli, přičemž tanec a pohyb je komunikačním kanálem, který umožňuje reflektovat osobnost, a změny v pohybové úrovni vedou ke změnám v psyché. Cílem je dosažení integrace jedince ve všech aspektech osobnosti. Taneční a pohybová terapie je převážně nedirektivní (ale strukturovaná), nechává aktivitu na klientovi a odpovídá na ni opět pohybem. Cílem není zdokonalovat formy pohybu, ale objevování nových způsobů bytí, cítění a emocí, jež nemohou být vyjádřeny verbálně. Pracuje na odstranění patologických stereotypů, bloků v chování či pohybu a na rozšíření pohybového rejstříku jedince. Podporuje psychomotorický vývoj na základě znalosti vývojových stádií. K diagnostice i terapii používá analýzu pohybu. Jedním z aspektů procesu v tanečně-pohybové terapii je převedení nevědomých obsahů do vědomí (Bič, 2011). Definice

Tanečně pohybová terapie podle ADTA (Čížková, 2005) si klade za cíl dosáhnout: Cíle

- emoční a fyzické integrace jedince,
- vědomí těla, hranic těla a jeho vztahu k prostoru,
- realistického vnímání své vnitřní představy o těle,
- akceptace a bezpečného způsobu zvládnání napětí v těle, úzkosti, stresu a potlačované energie,
- schopnosti identifikovat a vyjadřovat své pocity bezpečným a přijatelným způsobem
- obohacení pohybového repertoáru,
- pomoci při kontrole impulsivního chování .

Z historie taneční a pohybové terapie

Historie

Na konci 20. let 20. století se díky rozvoji moderního tance a psychologie začala formovat taneční a pohybová terapie. Společně s rozvojem průmyslu, sociálních a kulturních hnutí došlo i ke změnám vyjádření. Byly nalezeny prostředky k sebevyjádření pomocí pohybu a tance. Důraz byl kladen na

spontaneitu pohybu, vnímání vlastního těla a exploraci vlastních pocitů a nálad. Velkými průkopníky v této době byli R. Denisová, M. Wigmanová a R. Laban.

### **Taneční a pohybová terapie v České republice**

Rozvoj taneční a pohybové terapie je spjatý s příjezdem Miriam Roskin Berger, jež zorganizovala v české republice první tříletý sebezkušenostní výcvik v taneční pohybové terapii. Tento výcvik se konal v letech 1997- 2000 pod záštitou Americké asociace taneční terapie. Velký vliv na vznik tohoto výcviku měla MUDr. R. Syrovátková, jež pozvaní americké terapeutky zinscenovala.

V roce 2002 byla založena Tanter- česká asociace taneční a pohybové terapie, jež sdružovala studenty tanečně pohybové terapie, nadšence o tuto formu expresivních terapií, organizace či instituce s rozšířeným zájmem a rovněž taneční profesionály, kteří v tanci vidí i terapeutické východisko. V této době má asociace 23 členů.

### **Klasifikace taneční a pohybové terapie**

Klasifikace

V úvodu musíme říci, že taneční a pohybová terapie je jednou z forem psychoterapie. Nikoli však jako svébytný terapeutický systém, nýbrž jako terapie doplňková, zvláště pak v českých poměrech. Pro přiblížení pojmu psychoterapie předkládáme její definici. Kratochvíl ( 2006) definuje pojem psychoterapie v několika rovinách podle toho, na co působí a čeho je potřeba dosáhnout. „Psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky na nemoc, poruchu či anomálii“. Využívání těchto prostředků je plánovité a cílevědomé. Psychoterapie je tedy působení, které má odstranit či zmírnit potíže, popřípadě úplně odstranit. Při používání psychoterapie v jednotlivých intervencích dochází ke změnám v oblasti prožívání a chování klienta.

Z pohledu jiné systematiky lze tanečně- pohybovou terapii zařadit rovněž do expresivních terapií nebo arteterapií v širším slova smyslu. Jestliže tedy arteterapie v širším slova smyslu znamená „ záměrné upravování narušené činnosti organismu uměleckými prostředky ( Valenta, 2011)“, můžeme tanečně- pohybovou terapii definovat jako: „ Záměrné upravování narušené činnosti organismu pomocí pohybu a tance“.

Mezi další expresivní terapie patří příbuzné systémy jako dramaterapie, muzikoterapie, arteterapie v užším slova smyslu, biblioterapie nebo poetoterapie.

## **2.4 Hudebně pohybová terapie**

Jak už z názvu vyplývá, jedná se o expresivní terapii , která pro dosažení výsledků symptomatické úlevy, osobní integrace a růstu používá dva umělecké prostředky: hudbu a pohyb.

Klientela osob s kombinovaným postižením byla zvolena pro účely projektu Hudebně- pohybová terapie s logopedickými prvky u klientů s kombinovaným postižením. V žádném případě však nelze říct, že tato terapie je použitelná pouze a jenom pro to spektrum lidí.

Tato forma terapie se neomezuje ani na klienty s mentálním postižením či dalším handicapem. Naopak se otevírá široké veřejnosti, lidem, kteří se následkem nečekané situace dostali do psychických problémů, gerontologickým pacientům, pro něž je rozvoj kognitivních funkcí spojen s komplexní rehabilitací atd.

V oblasti cílů se jako v každé expresivní terapii můžeme zaměřit na diagnostiku, získání náhledu, rozvoj kreativity rovněž posilování motivací a osobnostní růstu. Níže se budeme soustředit na další jednotlivé

Cíle hudebně-  
pohybové  
terapie

cíle, které si klademe v hudebně pohybové terapii

**vnímání a pozornost:**

- získání zkušeností se smysly, rozvoj narušeného sensorického vnímání a integrace, zlepšení koncentrace a rozvoj záměrné pozornosti;

**motorika a senzomotorika:**

- rozvoj hrubé a jemné motoriky, vizuomotoriky, schopnosti vyjadřovat se pohybem; výkonových i kvalitativních aspektů motoriky (koordinace, přesnost, síla, rychlost, vytrvalost) ;

**emoce:**

- kontrola impulzivního jednání, práce s agresí, verbální, neverbální vyjadřování pocitů, abreakce a rozšiřování spektra emočního prožívání, zvýšení sebevědomí, vyrovnání se ze ztrátou;

**sociální interakce:**

- zlepšení interpersonálních dovedností, osvojování si rolí, pocit sounáležitosti s druhými, snížení izolace, rozvoj sociálních vztahů, posilování nezávislosti, vlastní identity; schopnost akceptovat pochvalu a chválit druhé, schopnost snášet a poskytovat konstruktivní kritiku, rozvoj schopnosti učit druhé, sdílení doteků;

**chování:**

- redukce rušivého chování, rozvoj účinného chování (zaměřeného na dosažení cílů), uvědomění si neproduktivních způsobů chování, schopnost následování pokynů, zlepšení dovednosti nápodoby, zvýšení aktivního zapojení;

**komunikace:**

- zlepšení expresivní a receptivní složky komunikace, podnícení komunikace, rozšiřování slovní zásoby, rozvoj motoriky mluvidel, efektivní používání neverbální komunikace;

**vědomosti a školní dovednosti:**

- pomoc při učení (např. identifikace částí těla, dovednost počítat, rozlišování barev, prostorová orientace), posilování paměti;

**relaxace a antistresové dovednosti:**

- • schopnost psychosomatického uvolnění, nácvik strategií zvládnání stresu a psychické zátěže;

Metody a instrumentář práce v hudebně pohybové terapii je popsána prakticky v další části učebního textu.

## Shrnutí



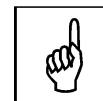
Hudebně-pohybová terapii u klientů s kombinovaným postižením je důležitou součástí rehabilitačního přístupu k osobám s tímto typem postižení. Prostřednictvím její znalosti, respektováním a dodržováním zásad, cílů a metod, které zmiňujeme v této kapitole, můžeme efektivním způsobem rozvíjet a stimulovat holistický vývoj klienta s kombinovaným postižením. Úkolem této kapitoly bylo seznámení s jejími teoretickými východisky, následující kapitola vám nabídne přiblížení její realizace v praxi.

## Kontrolní otázky a úkoly



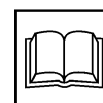
1. Jak byste vymezili hudebně-pohybovou terapii?
2. Vysvětlíte důležitost aplikace hudebně-pohybové terapie u osob s kombinovaným postižením.
3. Specifikujte individuální muzikoterapii.
4. Jaké jsou základní rozdíly mezi receptivní a expresivní muzikoterapií?
5. Jaké jsou cíle hudebně-pohybové terapie?

## Pojmy k zapamatování



hudebně-pohybová terapie  
individuální terapie  
skupinová terapie  
receptivní muzikoterapie  
expresivní muzikoterapie  
hudební autoterapie  
hudební heteroterapie  
aktivní muzikoterapie  
hudební improvizace

## Literatura



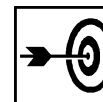
1. BIČ, P. A kol. *Tanečně-pohybová terapie v institucionální výchově*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978- 80- 244- 2713-3.
2. BLÍŽKOVÁ, J. *Úvod do taneční terapie*. Brno: MU, 1999.
3. ČÍŽKOVÁ, K. *Tanečně-pohybová terapie*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80- 7254-547-7.
4. DOSEDLOVÁ, J. *Učební texty pro účastníky projektu ESF: Další vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti podpory komunikativních kompetencí žáků se specifickými vzdělávacími potřebami*. Olomouc, 2011.
5. KANTOR, J. Muzikoterapie pro děti raného a předškolního věku. In *Arteterapie*. Praha: ČAA, č. 25, 2010.
6. KANTOR, J. Muzikoterapie. In MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2005.
7. KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.
8. KANTOR, J.; RUMANOVÁ, M. Česká muzikoterapie včera a dnes. In *Arteterapie*. Praha: ČAA, č. 20-21, 2009.
9. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3. doplněné vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-347-8.
10. MÜLLER, O. *Učební texty pro účastníky projektu ESF: Další vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti podpory komunikativních kompetencí žáků se specifickými vzdělávacími potřebami*. Olomouc, 2011.
11. MÜLLER, O. Speciálněpedagogické terapie pro výchovné pracovníky. In VALENTA, M. a kol. *Rukověť dramaterapie a teatroterapie*. Olomouc: UP, 2006. ISBN 80-244-1205-5.
12. MÜLLER, O. Terapeuticko-formativní přístupy ve speciální pedagogice. In Kol. *Speciální pedagogika 2*. 1. vyd. Olomouc : UP, 2006. ISBN 80-244-1210-1.
13. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 137-150. ISBN 80-244-1075-3.
14. VALENTA, M. *Dramaterapie*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1819-4.
15. VALENTA, M. *Rukověť dramaterapie a teatroterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1358-2.
16. VALENTA, M.: Expresivní terapie v české speciální pedagogice. In: *V. mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami*. Olomouc: VUP, 2004. – S.33-40. ISBN 80-244-0456-7.
17. WAY, B. *Rozvoj osobnosti dramatickou improvizací*. Praha: ISV, 1996. ISBN 80-85866-16-1.

## Internetové zdroje

1. [www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz)
2. [www.adta.org](http://www.adta.org)
3. [www.tanter.cz](http://www.tanter.cz)

### 3 Realizace hudebně-pohybové terapie s prvky logopedické stimulace u klientů s kombinovaným postižením na Střední škole, základní škole a mateřské škole JISTOTA, o.p.s, Prostějov

#### Cíle



Cílem této kapitoly je praktické seznámení s možnostmi aplikace hudebně-pohybové terapie s prvky logopedické stimulace u klientů s kombinovaným postižením na Střední, základní a mateřské škole JISTOTA o.p.s v Prostějově.

#### Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- orientovat se v možnostech hudebně-pohybové terapie s prvky logopedické stimulace u klientů s kombinovaným postižením;
- vysvětlit specifika hudebně-pohybové terapie s prvky logopedické stimulace u klientů s kombinovaným postižením;
- charakterizovat determinanty ovlivňující průběh a realizaci hudebně-pohybové terapie s prvky logopedické stimulace u klientů s kombinovaným postižením;
- znát základní terminologické kategorie pojící se k dané problematice.

#### Průvodce studiem



V následující kapitole a v příslušných podkapitolách se budeme zabývat praktickým seznámením s možnostmi aplikace hudebně-pohybové terapie s prvky logopedické stimulace u klientů s kombinovaným postižením na Střední, základní a mateřské škole JISTOTA o.p.s v Prostějově. Nejdříve vám přiblížíme pracoviště, které nám umožnilo tuto terapii podporovanou projektem FRVŠ uskutečnit a následně provedeme analýzu jednotlivých intervencí. Uvedená analýza je pro přesnou ilustraci doplněna příslušným videozáznamem. V neposlední řadě se pokusíme navrhnout další možné intervenční působení a zkoncipujeme závěry a zkušenosti získané během našeho pobytu na zmíněné škole.

#### 3.1 Střední škola, základní škola a mateřská škola JISTOTA, o.p.s

„Myšlenka zřídit v Prostějově školu pro děti s více vadami sahá do osmdesátých let minulého století. Historie školy  
Řada rodičů dětí s postižením obcházela instituce a požadovala zřízení speciální školy pro děti s více vadami v Prostějově ale bez úspěchu. Každý snahu pochválil, ale dál se nic nedělo. Na založení nové školy tedy měla hlavní podíl současná paní ředitelka PhDr. Marie Turková. V březnu 1992 tato snaha vyústila v založení Občanského sdružení pro pomoc dětem s více vadami. Zpočátku se jeho zakladatelé scházeli u jedné členky doma a později v prostorech Českého červeného kříže. Stejně tak se zde mohl scházet výbor i valná hromada. Pro uskutečnění projektu bylo potřeba získat finanční prostředky.“  
(<http://www.pvtetin.cz/informace.htm>)

„Přes všechny neúspěchy a jednání se podařilo zařadit školu do sítě škol MŠMT ČR a zahájit provoz v provizorních podmínkách v pronajatých prostorách v mateřské škole Smetanova ulice ve Vrahovicích v Prostějově. Současně s tím se podařilo získat od města pronájem **budovy na ul. I. Olbrachta 2 ve**

**Vrahovicích v Prostějově**, která byla v dezolátním stavu. Během jednoho roku se paní ředitelce Turkové podařilo získat finanční prostředky v hodnotě 5,5 mil Kč na rekonstrukci i vybavení a od 18.5. 1994 byla slavnostně otevřena nová budova. Na návrh Městského úřadu v Prostějově, který nabídl budovu bývalé LDN na Tetíně se otevřela další možnost rozšíření školy. Budova byla opět v dezolátním stavu a musela se celá zrekonstruovat. První polovina budovy se otevřela v prosinci 1999 a druhá v říjnu 2000. **Nyní škola působí v polovině objektu Tetín 1**, kde se vzdělávají žáci se speciálními vzdělávacími potřebami pod odborným vedením speciálních pedagogů, asistentů pedagoga a dalších odborníků." (ibid)

Obr. Střední škola, základní škola a mateřská škola JISTOTA, o.p.s., Tetín 1, Prostějov



(Dostupné na: <http://www.pvtetin.cz/default.htm>)

Cílovou skupinou jsou děti se speciálními vzdělávacími potřebami, se souběžným postižením více vadami. Cílem školy je připravit žáky pro samostatný a soběstačný život, naučit samostatnosti a nezávislosti na svém okolí. Připravit pro studium na středních školách, zajistit odpovídající podmínky pro výchovu a vzdělávání dětí se zdravotním postižením ve třídách: Charakteristik  
a školy

- mateřské školy,
- přípravného stupně základní školy speciální,
- základní školy,
- základní školy praktické,
- základní školy speciální (se vzděláváním podle Vzdělávacího programu přípravného stupně pomocné školy a pomocné školy),
- základní školy speciální (se vzděláváním podle Rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy),
- praktické školy s jednoletou a dvouletou přípravou ve Výšovicích.

Plní také poradenskou funkci a zřizuje:

- poradnu pro žáky s poruchou autistického spektra,
- výchovné poradenství,

- logopedickou poradnu,
- poradnu pro prevenci sociálně-patologických jevů,
- služby školního psychologa.

Dále škola poskytuje zájmovou činnost a mimoškolní činnost:

- školní družinu,
- zájmové kroužky (keramický, muzikoterapie, práce s počítačem),
- různé akce mimo školu.

Škola nabízí také další doprovodné služby:

- jídelnu a výdejnu stravy,
- dopravu dětí do školy školním automobilem,
- speciální terapie (canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie),
- ve spolupráci s OS LIPKA škola poskytuje komplexní služby léčebné rehabilitace, fyzioterapie a klinické logopedie.

(<http://www.pvtetin.cz/informace.htm>)

Obr. Den zdraví



(Dostupné na: <http://www.pvtetin.cz/Fotogalerie/20118.4denzdravi/index.htm>)

Naše výzkumné šetření cílené na hudebně-pohybovou terapii s prvky logopedické stimulace realizované v rámci projektu FRVŠ bylo uskutečněno ve třídě Základní školy speciální na Střední škole, základní škole a mateřské škole JISTOTA, o.p.s. v Prostějově. Třídním učitelem této třídy je Mgr. Petr Rejkuba a dalším pedagogem působícím na částečný úvazek je Mgr. Eva Urbanovská. Místo realizace našeho výzkumného šetření

Na tomto místě bychom chtěli poděkovat paní ředitelce této školy – PhDr. Marii Turkové, paní zástupkyni ředitelky pro ZŠ speciální a rehabilitační program PhDr. Květoslavě Rolné a paní zástupkyni ředitelky pro ZŠ, ZŠ praktickou a střední školu Ing. Olze Krcové.

Upřímný dík dále patří třídnímu učiteli, osobním asistentům a především dětem, se kterými jsme pracovali a jež nás svými výbornými výsledky a úsměvy motivovaly k dalším aktivitám.

## Pro zájemce



24. 1. 2011 žák Martin Jančík spolu se svým kamarádem zachránil život vážně nemocnému muži, který ležel na kolejích tím, že zavčas přivolal pro nemocného první pomoc. Za tento čin dostal pochvalu a odměnu od paní ředitelky. (<http://www.pvtetin.cz/Aktuality.htm>)

## 3.2 Analýza realizované hudebně-pohybové terapie s prvky logopedické stimulace

Na tomto místě vás seznámíme s determinanty ovlivňujícími efektivitu intervenčního působení, následně nabídneme analýzu jednotlivých realizovaných intervencí a audiovizuální nahrávky příslušných setkání. Analýza bude také doplněna konkrétními příklady a možnostmi stimulace dílčích oblastí, které byly při níže uvedených setkáních podněcovány.

### Důležitá pasáž textu



Efektivita intervenčního působení je determinována řadou reparabilních i nereparabilních faktorů, které můžeme diferencovat do dvou základních kategorií - na faktory interní a faktory externí.

Determinanty ovlivňující efektivitu intervenčního působení

Mezi **interní faktory** patří zejména:

- typ primárního postižení;
- hloubka, stupeň primárního postižení;
- doba vzniku postižení;
- přítomnost přidružené vady, postižení;
- hloubka, stupeň přidružené vady, postižení;
- doba vzniku přidružené vady, postižení;
- úroveň kognitivních schopností;
- motorické schopnosti týkající se hrubé motoriky, jemné motoriky i oromotoriky;
- komunikační kompetence;
- sociální schopnosti a dovednosti;
- míra frustrační tolerance;
- momentální fyzický stav jedince;
- momentální emocionální stav jedince;
- osobnostní schopnosti pedagoga.

Mezi **externí faktory** patří zejména:

- materiální vybavení pracoviště,
- klimatické podmínky,
- hlučnost,
- četnost dětí účastnících se intervence,
- přítomnost dalších pedagogů či asistentů facilitujících průběh intervence.

Převážnou část naší klientely tvořily děti s kombinovaným postižením ve smyslu dětská mozková obrna s mentálním postižením a zrakové postižení. Jeden chlapec měl Downův syndrom typu mozaicismus a u další slečny je navíc podezření na poruchu autistického spektra. Vzhledem k časté nemocnosti dětí, jsme neměli možnost pracovat při jednotlivých intervencích se všemi dětmi současně. V době našeho

Děti navštěvující třídu, kde probíhá naše výzkumné šetření



působení tuto třídu navštěvovalo 6 dětí. Při druhém setkání jsme pro intervenci přizvali dvě děti z jiné třídy - šlo o chlapčeka s mentálním a zrakovým postižením a slečnu s dětskou mozkovou obrnou. Počty dětí v jednotlivých setkání jsou uvedeny v příslušné části.

### 3.2.1 První setkání

Naše první intervenční působení proběhlo 18. 5. 2011. Předcházelo mu (dne 4. 5. 2011) krátké „exkurzní setkání“, při němž nám paní zástupkyně ředitelky kompletně představila organizaci a fungování školy. Také jsem se seznámili s třídou, kterou jsme navštěvovali a poznali pana třídního učitele, osobní asistenty a přítomné děti. Vzhledem k vysoké fluktuaci dětí v důsledku časté nemocnosti jsme samozřejmě následně neměli možnost komplexně pracovat se všemi žáky navštěvujícími tuto třídu. Datum realizace

Při této intervenci byly využity pomůcky, mezi které patřily: deky a polštáře určené k zajištění telpa a pohodlí při relaxaci, hudební nástroje – především se jednalo o sadu Orfových nástrojů – dřívka, rolničky, bubínky, trianfl apod., pro produkci hudby byl použit magnetofon se zvukovými nosiči (CD) s relaxační a rytmickou hudbou. Pomůcky

Cílem realizované muzikoterapie s prvky pohybové stimulace byla aktivace dětí s kombinovaným postižením prostřednictvím rytmické hudby doplněné o vlastní hudební produkci. Dále vystřídání uvolněním spočívajícím v recepci relaxační hudby a následný rozvoj motoriky, rytmizace v podobě vlastní hudební aktivity a pohybového ztvárnění právě recipované hudební nahrávky. Cíle

V dané třídě je muzikoterapie společně s pohybovou terapií denní náplní výchovně vzdělávacího plánu. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli při prvním setkání vycházet ze struktury dětem známé, z činností a aktivit, na něž jsou zvyklé. Naším cílem bylo také pozorovat a zhodnotit motorické, kognitivní, sociální a komunikační schopnosti dětí. Po analýze výše uvedených schopností jsme následně mohli koncipovat naši hudebně-pohybovou terapii s prvky logopedické stimulace. Při prvním setkání jsme tedy byli primárně pozorovateli a daná terapie byla iniciována a vedena třídním učitelem. Vzhledem k omezené schopnosti koncentrace a zvýšené unavitelnosti dětí s kombinovaným postižením bylo časové ohraničení jedné intervence 25–30 minut. Tohoto setkání se účastnily 4 děti (slečna se zrakovým postižením v kombinaci s mentálním postižením, chlapec s Downovým syndromem, chlapec s mentálním postižením a zrakovým postižením a slečna s dětskou mozkovou obrnou) Průběh

Průběh realizovaného setkání byl následující:

1. Muzikoterapii s prvky pohybové stimulace předcházela každodenní vědomostní trénink spočívající v:
  - rozpoznání ročního období;
  - rozpoznání momentálního měsíce;
  - rozpoznání počasí;
  - rozhovor o případné absenci spolužáků;
  - vyjmenování přítomných spolužáků;
  - znovupřipomenutí prožitých společných zážitků (výlet, hippoterapie, canisterapie apod.);
  - připomenutí toho, co je bude v daný den čekat;
  - zopakování známé básničky;
  - zpěv známé a oblíbené písničky.
2. Přímá terapie byla zahájena cvičením cíleným na „vybití energie“, které bylo realizováno prostřednictvím rytmické hry s hudebními nástroji. Hudební produkce byla doplněna adekvátní zvukovou nahrávkou.

3. Následovala aktivita směřovaná ke komplexnímu uvolnění těla formou recipování relaxační hudby a dle individuálních možností umístění těla dítěte do horizontální polohy. Relaxační aktivita byla ukončena opětovnou aktivací – extenzí horních končetin.
4. Opět následovala vlastní produkce s hudebními nástroji doprovázená hudební nahrávkou. Během této činnosti byly děti motivovány k manipulaci a rytmické produkci s hudebními nástroji (Orfovy nástroje). Daná produkce byla vystřídána percepcí a opět iniciováno aktivní zapojení.
5. Mobilní klienti byly v následující části evokovány k pozvolné i akcelerované motorické aktivitě – k tanci dle hudební nahrávky.
6. Dětem, kteří mají vzhledem ke svému postižení částečně či plně znemožněnou motorickou aktivitu ztěžující zapojení do této činnosti, byla nabídnuta facilitace v podobě částečné či plné pomoci či modifikace v podobě mobility horních končetin.
7. Přejídem do poslední části byla stimulace dětí k expiraci opět doprovázená motorickou mobilitou a fonací.
8. Závěr samozřejmě patřil opět celkovému uvolnění zastoupený motorickým zklidněním a recepcí relaxační hudby.

videonahrávka 18.5.2011

Děti účastníci se výše deskriptované muzikoterapie pod vedením třídního učitele velice dobře spolupracovali. Do všech aktivit se dle svých individuálních možností zapojovaly. Celá intervence byla adekvátně střídána aktivitou s uvolněním, což působilo pozitivně vzhledem k možnosti vzniku únavy dětí. Pozitivní odezva byla na rytmickou aktivitu s hudebními nástroji a na globální lokomocí prezentovanou volnými tanečními pohyby reagujícími na momentální zvukovou nahrávku. Závěrem můžeme říci, že realizovaná intervence pozitivně působí na holistický motorický rozvoj jedince - tedy oblast hrubé motoriky a jemné motoriky. Dále napomáhá k uvolnění celého těla, vnímání a produkcí jednotlivých hudebních sekvencí a evokuje jedince k nácviku správného dýchání.

Analýza a  
závěr

### 3.2.2 Druhé setkání

Druhé setkání následovalo po tří týdních prodlevě od prvního setkání – tedy 8. 6. 2011. Místem zázemí nám opět byla třída pro děti s kombinovaným postižením a při realizované intervenci byl s námi přítomen třídní učitel společně se dvěma asistenty. Časová dotace byla 25 minut.

Datum  
realizace

Při této intervenci byly využity pomůcky, mezi které patřily: deky a polštáře určené k zajištění těla a pohodlí při relaxaci a magnetofon se zvukovými nosiči (CD) s relaxační a rytmickou hudbou.

Pomůcky

Cílem realizované hudebně-pohybové terapie s prvky logopedické stimulace bylo:

Cíle

1. procvičování diferenciací zvířat - paměťová výbavnost a podněcování k verbální a vokální produkci;
2. aplikace fonačních a respiračních cvičení;
3. nácvik správného nádechu a výdechu;
4. realizace cvičení zaměřených na aktivní psychomimická cvičení cílená na zlepšení mobility jazyka, horního i dolního rtu, mimického svalstva, případné doplnění s fonací;
5. podněcování k hudebně-motorické aktivitě doplněné o recipování hudby;
6. nácvik dvou básniček spojených s rozvojem jemné motoriky;
7. dosažení celkového somatického uvolnění doplněného dechovým cvičením a fonací;
8. zlepšení mobility orofaciální oblasti.

Po předcházející muzikoterapii, která byla, jak jsme uvedly již výše, iniciována třídním učitelem, byla tato intervence koncipována již námi. Na základě provedeného pozorování a analýzy videozáznamu jsem se rozhodli zaměřit primárně na oblasti, mezi které patřil především dle individuálních možností:

Průběh

rozvoj jemné a hrubé motoriky, rytmizační, relaxační, fonační a respirační cvičení a zlepšení mobility v orofaciální oblasti. Tohoto setkání se zúčastnilo pět dětí. Z toho dvě nebyly z kmenové třídy. Důvodem jejich účasti byla vysoká absence dětí ve třídě, kde realizujeme výzkumné šetření. Jednalo se tedy o chlapce s Downovým syndromem, slečnu s dětskou mozkovou obrnou, slečnu s mentálním postižením a zrakovým postižením, chlapec s mentálním postižením v kombinaci se zrakovým postižením a chlapec s mentálním postižením a poruchou autistického spektra.

Průběh realizovaného setkání byl následující:

1. Setkání bylo zahájeno vzájemným představením se a přestavením dětí, včetně těch, které chybí či jsou nemocné.
2. Následovalo rozlišování a rozpomínání si na oblíbená zvířata, jejich pojmenování a verbální nápodoba zvuků zvířat.
3. Další důležitou aktivitou byla respirační cvičení doplněná o evokaci větru a napodobování jeho intenzity prostřednictvím expiračního výdechového proudu vzduchu.
4. Nezbytná fonační cvičení doplňující hudebně-pohybovou terapii byla zastoupena motivováním dětí k produkci jednotlivých vokálů.
5. Podstatnou aktivitou směřující ke správnému nácviku dýchání bylo procvičování nádechu a výdechu doprovázeného mobilitou horních končetin.
6. Významnou činností byla realizace psychomimických aktivit, jednalo se především o: mobilitu jazyka, rtů a orofaciálních svalů.
7. Následující činností byla motivace dětí ke ztvárnění padajícího deště prostřednictvím pohybů prstů a rukou. Tato aktivita byla doplněna hudební nahrávkou.
8. Výuka básniček je další činností dotvářející celou intervenci. Účelem byla podpora verbální paměti, motivace k případné verbální produkci a pohybovému ztvárnění dílčích částí básní.
9. Účelem jedné z posledních aktivit byla evokace relaxace prostřednictvím celkového uvolnění, recipování relaxační hudby a stimulace k nápodobě zvuku větru.
10. Závěr naší hudebně-pohybové terapie patřil stimulaci orofaciální oblasti.

Videonahrávka 08.06.2011

## Pro zájemce



Termín orofaciální v sobě implikuje skutečnost týkající se oblasti úst a obličeje.

Cílem orofaciálních cvičení je dle Gangale (2004):

- uvedení do rovnováhy hypertonické a hypotonické svalstvo;
- podpora a usnadnění pohybu;
- celkové uvolnění klienta;
- stimulace paretické svalové tkáně;
- snížení obranné reakce organismu na taktilní podněty;
- zvýšení účelného využití svalstva pro polykání, artikulaci a mluvení;
- snížení bolestivé odpovědi;
- zlepšení kvality hlasu a hlasové potence;
- zlepšení koncentrace pozornosti;
- zlepšující komunikační schopnost;
- zlepšují verbální produkci;
- zlepšují srozumitelnost řeči díky frázování a plánování pohybu;
- zpřesňují pohyby orální oblasti při příjmu potravy a tekutin;
- posilují pacienta, terapeuta, rodinu a podporují týmovou spolupráci při rehabilitaci.

## Příklad



Na tomto místě vám nabídneme konkrétní příklady činností rozvíjející jedince s kombinovaným postižením prostřednictvím hudebně-pohybové terapie s prvky logopedické stimulace. Na níže uvedených příkladech bylo částečně či plně vystavěno výše popsané intervenční působení, které můžete zhlédnout v příslušné videonahrávce. Možnosti stimulace jsem se rozhodli diferencovat do tří na sobě nezávislých oblastí:

### Lekce dramatické výchovy: HLAS

1. Část

Cíle lekce:

- rozvoj verbální a neverbální komunikace
- procvičování motoriky mluvidel

Počet žáků: maximálně 6

Čas: 1 lekce (max 45 minut)

Pomůcky: papírové korunky pro princezny, papírové ocasy pro draky

- a) pozdrav terapeuta se skupinou
- b) zahájení sezení, warm up, rozcvička

V kruhu na polštářích. Řízený rozhovor se žáky na jakémkoliv téma, které vyplyne ze situace. Zjištění nálady, energie.

#### Rozdýchání

Ve stoje. Žáci se v kruhu společně nadechují a vydechují. Výdech je hluboký až do úplného uvolnění celého těla, předklonu, spadnutí rukou k zemi. Poté se žáci chytanou v kruhu za ruce a společně dělají totéž, při nádechu zvednou ruce nad hlavu a při výdechu se uvolní až k zemi.

#### Samohlásky

Ve stoje v kruhu. Nádech – výdech. Při výdechu skupina společně „vyfukuje“ jednotlivě samohlásky a, e, i, o, u až kam jim stačí dech.

#### Obličejová rozcvička

Učitel postupně předvádí jednotlivé cviky na uvolnění mluvidel a rozmluvení se. Promasírování obličeje konečky prstů. Uvolnění rtů a jazyka. Vyšpulení pusinky, jazykem udělat čerta, vyplazování jazyka, olizování rtů jazykem, kývání jazykem od koutku ke koutku, atd. Dále vyvozování jednotlivých zvuků: mašinka: šššš, slepice: kokoko, atd.

#### Škleb

Žáci jsou vyzváni, aby udělali co největší škleb. Učitel ukazuje, jak takový škleb vypadá, třeba jako když sníme kyselý citrón. Postupně žáci po kole ukáží svůj největší škleb. Poté udělá škleb učitel a na někoho ho hodí, dotyčný jej „chytne na obličej“, přetvoří jej a přehodí dál, atd. Na konci všichni rituálně ze sebe stáhnou škleb, hodí doprostřed kruhu a zašlapají.

- c) hlavní část sezení

Hlavní částí sezení je práce s básní ve formě dialogu mezi drakem a princeznou.

Princezna: Draku, draku, ty jsi vážně drak?

Drak: Hudry, hudry, je to tak!

P: A máš zuby dračí?

D: Mám dva a to mi stačí!

P: A co těmi zuby jíš?

D: Princezen mám plnou spíž!

P: Ach ty lháři každý to ví... Že jsi jenom papírový!

Žáci se báseň nejprve naučí a doprovodí ji gesty. Poté následuje dramatizace. Skupina se rozdělí na dvě poloviny. Pokud je to možné na chlapce a dívky. Dívky si nasadí na hlavu korunky a hrají princezny. Hoši si vezmou ocas a hrají draky, probíhá dialog mezi skupinami. Terapeut báseň různě varuje, vyzve skupiny, aby se vyměnily, změnily intenzitu hlasu, náladu, atp.

d) ukončení sezení

Rekapitulace a reflexe prožitého. Prostor pro zhodnocení sezení. Na závěr sezení pro celkové uvolnění lze zařadit techniku pracující s intenzitou hlasu.

e) rozloučení terapeuta se skupinou

### **Rozdýchání**

Někteří žáci neumějí provést nádech nosem a výdech ústy. Proto přehánění nádechu a výdechu a nácvik je na místě. Při společném držení v kruhu za ruce má tato technika nebývalou dynamiku a význam. Žáci se při ní uvolní. Vedoucí může výdech komentovat slovy: „S výdechem vyfoukneme vše co nás štve a trápí, nadechujeme novou sílu a energii, aj.“

### **Samohlásky**

Při výdechu je třeba žáky upozornit, aby se při výdechu nepřetahovali. Cvičení je nehlasité, klidné.

### **Obličejová rozcvička**

Žáci znají některé prvky z hodin řečové výchovy. Přesto jsou pro některé s narušením komunikační schopností obtížné, ale cílem není logopedická intervence, ale uvolnění. K jednotlivým zvukům je přidán i pohyb: mašinky: šššš-žáci jdou po kole za sebou a rukama představují točení kol, slepice: kokoko-žáci udělají z rukou křídla mávají s nimi, atp.

### **Draku, draku**

Překvapivě se žáci naučili báseň velice rychle, někteří ne úplně celou, ale díky doprovodným gestům jim šlo učení snáze. Je také důležité vysvětlit si podstatu básně, vysvětlit si neznámá slova – např. spíž. Při dramatizaci je ze začátku může být učitel v dvojroli, „přeskakuje“ od draků k princeznám a pomáhá jim s textem. Pro žáky je tato technika velmi záživná, přes nedokonalosti textu ji zvládají velice hravě a chtěli stále pokračovat. Ve finále žáci sehrají scénku rozhovoru mezi drakem a princeznou učitelovi.

## **RYTMICKÉ HRY**

2. část

### **Hra 1: BOUŘE**

Cíl:

Naučit děti vnímat rytmus, rytmické změny a přizpůsobit pohyb těmto změnám.

Pomůcky:

Adekvátní hudební nahrávka.

Prostor:

Zajistíme dostatečný prostor, aby děti mohly pohybově ztvárnit průběh bouře. Zajistíme pohodlný podkladový materiál, na který si děti mohou i lehnout.

Realizace hry:

1. Pedagog vysvětluje dětem hru

- Zahrajeme si na bouřku.
- Jsme na rozkvetlé letní louce.
- Nad loukou se začínají stahovat mračna plná dešťových kapek.
- Každý z nás představuje dešťové kapky z jednoho mráčku.
- Naše prsty jsou jednotlivé kapky padající na zem.
- Naše těla se budou komíhat ve větru, dokud bouře neutichne.
- Poté si lehneme na zem, na louku mezi vonící květiny a necháme se hřát od Sluníčka, dokud neuschne.

## 2. Realizace hry

- Je krásný letní den a vánek jen lehce šimrá mráčky na obloze. Lehce a pozvolna se pohupujeme ze strany na stranu.
- Najednou vítr sílí a žene mraky k sobě. Pohupujeme se rychleji a více doširoka, s větším rozmachem.
- Vítr se na trochu utišil a z mraků padají první dešťové kapky. Pohupujeme se jen mírně a prsty znázorňujeme padající kapky.
- Z mírného deštíku se stala silná bouře. Kapky padají rychleji a prudčeji. Naše prsty kmitají rychleji, pohyby rukou jsou rozevláté a rychlé.
- Kapky dopadají až k zemi. Předkloníme se, aby naše prsty byly co nejbliže k zemi.
- Oblohou proletěl blesk. Natáhneme ruce do stran (rozpažíme) a nakloníme se na levou stranu.
- Bouře se začíná uklidňovat, vítr už tolik nefouká. Na louku dopadá jen mírný, klidný déšť. Stojíme klidně, jen prsty znázorňujeme padající kapky.
- Přestalo pršet. Na okvětních lístcích se třpytí dešťové kapky. Sluníčko je jednu po druhé suší svými paprsky. Lehneme si na zem, zavřeme oči a necháme se pohladit od Sluníčka.

## **HRA 2: POHYBOVÉ BÁSNIČKY**

Co to vidím? Kdopak nám tu hopká po louce?

Žába Kuňkalka. Vyrostla nám holka, už ji nebavilo hrát si na pulce.

Co si to jen ta žabka vzala do hlavy?

Copak to tu na louce vyvádí?

Povíme si o tom krátkou básničku.

### **Žába**

Žába leze po žebříku, (ruce před sebe a jako že lezeme po žebříku)

natahuje elektriku (ruce vzpažíme a pořádně se protáhneme)

nejde to, nejde to (jako kdyby se dělalo tak, tak všelijak)

necháme to na léto. (tleská se do rytmu)

Žábo, žabko, kde jsi byla?

Ve světě. Kvák. Ve světě.

A co jsi tam viděla?

Jak cizina i chytrou bramboru poplete.

Pověz nám o tom, prosím Tě,

Co provedla brambora ve světě.

### **Brambora**

Kutálí se ze dvora (ruce máme před sebou, motáme s nimi a jako "kutálíme")

tákováhle brambora. (uděláme rukama obrovský kruh)

Neviděla, neslyšela, (dlaněmi zakryjeme oči, uši)

spadla na ni závora. (tleskáme do rytmu)

Kam koukáš, ty závoro? (pravou rukou se vztyčeným ukazovákem děláme "ty,ty, ty")

Na tebe, ty bramboro! (levou rukou se vztyčeným ukazovákem děláme "ty,ty, ty")

Kdyby tudy projel vlak, (krouživými pohyby rukou předvádíme "vlak")

byl by z tebe bramborák! (opět do rytmu tleskáme)

**Hra 1: VLNY**

Cíl:

Navodit u dětí stav zklidnění prostřednictvím rytmických „houpavých“ pohybů. Střídání rytmu se zklidněním.

Pomůcky:

Adekvátní hudební nahrávka.

Prostor:

Pokud je to možné, zajistíme dostatečný prostor, který umožňuje realizaci pohybů potřebných k této aktivitě. Zajistíme žíněnky, deky či jiný pohodlný podkladový materiál a dle možnosti ztlumíme osvětlení.

Realizace hry:

**1. Pedagog vysvětluje dětem hru**

- Zahrajeme si na mořské vlny.
- Vysvětlím vám, jak se tato hra hraje, pěkně poslouchejte...
- Jsme u moře a každý z nás znázorňuje jednu vlnu. V moři je mnoho vln. Abyste mohli napodobit tu svou, budeme kolébat trupem doleva a doprava. Nohy a tělo sledují pohyb a naklánějí se stejným směrem.
- Naše paže jsou také součástí mořské vlny. Když se nakloníte doleva, pravá paže se zvedá a pak klesá. Když se nakloníte doprava, zvedáte levou paži, aby mohla vykonat pohyb.
- Když řeknu, že jsou vlny velké, budete se „vyklánět“ co nejvíc. Když řeknu, že jsou vlny malé, budete se pohybovat jen trochu.
- V jednu chvíli řeknu: „nejsou žádné vlny.“ Moře bude velmi klidné, a protože je moře klidné, budete klidni i vy.

**2. Realizace hry**

- Teď se moře jen lehce vzdouvá, jsou na něm malé vlnky. Kolébejte se pomalu zleva doprava a zprava doleva.
- Zvedl se vítr a na moři se objevují středně velké vlny. Při kolébání vložte do pohybů trochu víc síly, pohyby jsou výraznější. Zkuste foukat stejně jako vítr, který rozpohyboval dosud klidné moře.
- Vítr zesílil a vlny jsou teď ještě větší. Houpejte se ještě více zleva doprava a zprava doleva. Zkuste foukat silněji.
- Začala bouře, je silný vítr a vlny jsou vysoké. Kolébejte se co nejvíc do stran a zkuste „foukat“ co nejsilněji.
- Konečně se bouře uklidnila. Vlny se také uklidňují, jsou daleko menší. Slunce znovu vysvitlo a mírně se kolébáme. Vítr také ustává – foukáme stále slaběji.
- Už nejsou žádné vlny, moře je úplně klidné. Přestaňte se hýbat a zklidnili jste se jako moře. Můžete si lehnout, vyhřívat se na sluníčku, necháte se pomalu unášet po hladině.

(modifikace Nadeau Michele, 2003)

**HRA 2: STIMULACE OROFACIÁLNÍ OBLASTI**

Cíl:

Dosažení relaxace a zmírnění spasmů a hypertonií orofaciálních svalů prostřednictvím myofunkčních a stimulačních technik v orofaciální oblasti.

Pomůcky:

Vatové štětičky, vata, relaxační hudba

Prostor:

Pokud je to možné, zajistíme dostatečný prostor, který umožňuje realizaci pohybů potřebných k této aktivitě. Zajistíme žíněnky, deky či jiný pohodlný podkladový materiál a dle možnosti ztlumíme osvětlení.

Realizace hry:

### 1. Masáž brady

Masáž brady se provádí ke snížení její hypertonicity. Pro posílení brady použijte mírný tapping.

- Začneme položením ukazováčku a palce na bradu. Masáž provádíme směrem ven podél čelisti do půlky tváře (k čelistnímu kloubu). Začínáme vždy na bradě a masírujeme směrem ven.

### 2. Masáž čelistního svalu

Snižuje napětí a namáhání čelisti, uvolňuje napětí čelistních svalů, zpevňuje oslabené čelistní svaly

- Na obou stranách obličeje mírně zatlačte ukazováčky a prostředníčky na temporomandibulární kloub. Přejíždějte jej krouživým pohybem po dobu 30 sekund. Uvolněte čelist. Obrátte směr krouživých pohybů a cvičení opakujte.
- Na závěr provádíme jemný tapping a krouživé pohyby pomocí vatových štětečků po tvářích klienta.

### 3. Protahování horního rtu

Protahuje a prodlužuje horní ret, přibližuje horní ret k dolnímu, zlepšuje retný závěr.

- Cvičení začínáme dvěma prsty pod nosem, vyvíjíme mírný tlak, podle tolerance klienta a prsty pomalu pohybujeme pouze směrem dolů. Postupujeme mírně vpravo a opět zatlačíme prsty dolů, takto pokračujeme až k pravému koutku úst.
- Vrate se zpět doprostřed pod nos a vše opakujte na levou stranu. Každou stranu takto masírujte alespoň 3 – 5krát
- Pohyby prstů musí být pomalé, stejnoměrné a pouze směrem dolů

(Gangale, 2004)

Děti, kteří se aktivně účastnili našeho intervenčního působení s námi velice dobře spolupracovali. I přes to, že jsem již v závěrečných aktivitách a činnostech zaznamenali zvýšenou únavu a zhoršení pozornosti, můžeme říci, že snaha o zapojení se do společných aktivit byla markantní. Děti na nás pozitivně reagovali a dle svých možností adekvátně plnily námi požadované aktivity. Analýza a  
závěr

### 3.2.3 Třetí setkání

Třetí setkání následovalo s 14 denní prodlevou od setkání druhého – 21. 6. 2011. Místem realizace setkání nám opět byla třída pro děti s kombinovaným postižením, kde je třídním učitelem Mgr. Petr Rejkuba a přítomní také byli osobní asistenti. Časová dotace činila 25 minut. Datum  
realizace

Při této intervenci byly využity pomůcky, mezi které patřily: deky a polštáře určené k zajištění telpa a pohodlí při relaxaci, hudební nástroje - především se jednalo o sadu Orfových nástrojů - dřívka, rolničky, bubínky, trianfl apod., pro produkci hudby byl použit magnetofon se zvukovými nosiči (CD) s relaxační a rytmickou hudbou. Pomůcky

Cíle této intervence jsou shodné s cíly předcházejícími popsány v prvním a druhém setkání. Jedná se o: Cíle

1. procvičování a diferenciaci zvířat – paměťová výbavnost a podněcování k verbální a vokální produkci;
2. nácvik správného nádechu a výdechu;
3. nácvik cvičení zaměřených na aktivní psychomimickou stimulaci cílenou na zlepšení mobility jazyka, horního i dolního rtu, mimického svalstva a případné doplnění s fonací;
4. procvičování fonačních a respiračních cvičení;
5. podněcování k hudebně-motorické aktivitě doplněné o recipování hudby;
6. dosažení celkového somatického uvolnění doplněného dechovým cvičením a fonací;
7. zlepšení mobility orofaciální oblasti.



Vzhledem k zachování stejné struktury jako u předešlých působeních jsme se rozhodli nezařazovat do třetího setkání žádné nové prvky, ale stavět a posilovat již známé oblasti a dovednosti, na které jsme se zaměřili v prvním a druhém intervenčním působení. Tento den byly přítomné čtyři děti – sourozenci (dvojčata) s dětskou mozkovou obrnou a zrakovým postižením, slečna s dětskou mozkovou obrnou a slečna s mentálním postižením v kombinaci s postižením zrakovým. Protože se náplň tohoto dne neliší od předchozích setkání, nebudeme ji na tomto místě blíže deskripovat. Níže je uveden videozáznam z průběhu zmíněného působení. Průběh

Videozáznam 21.6.2011

Po provedené analýze videozáznamu můžeme konstatovat, že děti s kombinovaným postižením, kteří se účastnily naší hudebně-pohybové terapie s prvky logopedické stimulace vykazovaly pozitivní reakce na její realizaci. Především je to patrné z velké snahy o spolupráci jak v podobě motorické, tak vokální a verbální. Motivace a naše dopomoc k iniciovaným aktivitám byla u každého jedince dle stupně a hloubky postižení samozřejmě individuální. Analýza a závěr

Vzhledem ke skutečnosti, že intervenční působení kvůli omezeným časovým možnostem neprobíhalo dostatečně dlouhou dobu - jednalo se o čtyři setkání (včetně prvního „exkurzního“), nemůžeme závěry generalizovat a vyhodnocovat efektivitu našeho působení. Také jsme vzhledem k časté nemocnosti dětí neměli možnost pracovat se všemi navštěvujícími tuto třídu a sestava dětí nebyla nikdy totožná.

### Návrh dalšího působení

Návrh dalšího působení

Pokračování hudebně-pohybové terapie považujeme u dětí s kombinovaným postižením za potřebné. Obtíže s motorikou - především s hrubou, jemnou motorikou, oromotorikou, její apraxií a koordinací, dále deficity v kognitivní, volní a emoční oblasti a přítomné další postižení (zrakové, sluchové, mentální, gnostické, poruchy autistického spektra a další), mohou být systematickou, pravidelnou a cílenou hudebně-pohybovou terapií mírněny a deficitní oblasti rozvíjeny.

Doporučujeme se zaměřit na následující oblasti:

1. fonační cvičení,
2. respirační cvičení,
3. nácvik správného nádechu a výdechu,
4. cvičení na rozvoj jemné motoriky,
5. cvičení k rozvoji hrubé motoriky,
6. rytmickou reprodukci hudby,
7. recepci hudby,
8. relaxační cvičení,
9. prvky bazální stimulace,
10. orofaciální stimulace.

### Shrnutí



Hudebně-pohybovou terapii s prvky logopedické stimulace jsme v teoretické rovině přiblížili v předcházející kapitole. Úkolem této kapitoly bylo seznámení s její praktickou aplikací. Zmínili jsme se o škole, kde jsem měli možnost tuto terapii realizovat a uvedli jsme jednotlivá setkání. Se souhlasem školy a rodičů dětí byl pořízen videozáznam a jeho analýza. Vše je zde k dispozici. I přes to, že časovou dotaci jednotlivých intervencí a interval setkání nemůže být pro vyvozování závěrů dostatečný, jsme

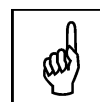
přesvědčení, že po prostudování této kapitoli jste schopni získat základní povědomí o podstatě a potřebnosti této terapie.

## Kontrolní otázky a úkoly



1. Jaké determinanty ovlivňující efektivitu intervenčního působení?
2. Vysvětlete důležitost aplikace orofaciální terapie u osob s kombinovaným postižením.
3. Co by mělo být hlavním cílem hudebně-pohybové terapie s prvky logopedické stimulace u osob s kombinovaným postižením?
4. Na jaké oblasti považujete potřebné se při intervenčním působení zaměřit a proč?

## Pojmy k zapamatování



hudebně-pohybová terapie

logopedická stimulace

fonace

rytmizace

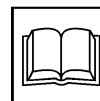
respirace

mobilita

inspirum a expirum

orofaciální stimulace

## Literatura



1. BEYER, J., GAMMELTOFT, L. *Autismus a hra*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-157-3.
2. GANGALE, D., C. *Rehabilitace orofaciální oblastí*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0534-6.
3. KITTEL, A. *Myofunkční terapie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-6.
4. LEBEER, J. *Programy pro rozvoj myšlení dětí s odchylkami vývoje*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7376-103-4.
5. LYNCH, CH. KIDD, J. *Cvičení pro rozvoj řeči: prevence a náprava poruch komunikace u mladších dětí*. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-699-5.
6. MOOR, J. *Hry a zábavné činnosti pro děti s autismem*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-787-9.
7. NADEAU, M. *Relaxační hry s dětmi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-712-4.
8. NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-872-4.

## Internetové odkazy

1. <http://www.pvtetin.cz/informace.htm>
2. <http://www.pvtetin.cz/default.htm>
3. <http://www.pvtetin.cz/informace.htm>
4. <http://www.pvtetin.cz/Fotogalerie/20118.4denzdravi/index.htm>

## Závěr

Kombinované postižení můžeme specifikovat jako multifaktoriální, multikauzálný a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který je důsledkem participujících postižení či narušení. Vzniká nová kvalita postižení, jež není pouhou sumarizací jednotlivých postižení či narušení (Vašek, 2003).

Prostudováním studijního textu Hudebně-pohybová terapie s prvky logopedické stimulace u klientů s kombinovaným postižením jste získali základní přehled o problematice kombinovaných vad (o klasifikaci, symptomatologii, etiologii, intervencích apod). Dále jste se seznámili s hudebně-pohybovou terapií, s možností její aplikace u této klienteli a inkorporováním prvků logopedické stimulace. V poslední části daného textu jsme vám nabídli praktické ukázky možností aplikace této terapie u dětí s kombinovaným postižením ve třídě speciální školy. Text pro vizualizaci a jednoznačnou představu doprovází videoukázky z jednotlivých intervenčních setkání.

Věříme a zároveň doufáme, že vám tento studijní text napomohl nahlédnout do tak složité problematiky, jako oblast kombinovaných vad bezesporu je.