

1. TEORETICKÝ ÚVOD

Oldřich Müller

Předmětem zájmu speciální pedagogiky je především edukačně zaměřená enkulturace osob, které jsou z důvodů subnormální funkčnosti či organického poškození vlastního organismu, nebo z důvodů významných kulturních či sociálněadaptačních odlišností znevýhodněny ve společenském životě. Důležitou součástí procesu oné enkulturace jsou pak mimo jiné terapeutické přístupy k výše zmíněným osobám.

1.1 Terapie – základní vymezení

Terapeutické přístupy lze obecně vymežit 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.

Terapeutické přístupy aplikují terapeuti (profesionálové, kteří prošli patřičným vzděláním – hlavně formou výcviku – a mají osobnostní předpoklady) v rámci jednotlivých terapií (konkrétní příklady viz další kapitoly tohoto textu). Přitom mohou vycházet z nejrůznějších zdrojů a využívat nejrůznějších prostředků, metod, technik a forem práce.

Pro veškeré využívané terapie vždy platí, že:

- probíhají v určitém prostředí a v určitém čase (např. v denním či týdenním stacionáři, v léčebné komunitě, v ambulanci, ve více či méně pravidelných intervalech, dlouhodobě či krátkodobě atp.),
- mají určitou organizační formu (např. individuální, skupinovou, rodinnou, párovou atp.),
- odpovídají určité orientaci terapeuta (jeho terapeutický přístup i metody práce by měly mít předem zvolenou koncepci),
- závisí na věku, příčinách potíží a symptomech klienta (např. zdali jde o děti či dospělé, zdali bude nasazena léčba kauzální, jež odstraňuje příčiny, nebo symptomatická, jež odstraňuje či zmírňuje doprovodné nevhodné projevy atp.),
- mohou být prvotně zaměřeny na somatické, nebo na psychické změny u klienta (terapeut může vycházet například z báze fyzioterapeutické, psychoterapeutické atp.),
- bývají zacíleny léčivě, ale také preventivně a rehabilitačně (to znamená, že může být dosahováno nejen prospěšné změny, ale současně i zmenšováno riziko vzniku a rozvoje dalších potíží a napomáháno v úpravě směrem k původnímu stavu).

Terapie se dají dle vlastních bazálních prostředků rozdělit na:

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

Je však třeba poznamenat, že tato klasifikace odvíjí svůj původ – a tím i původní pojetí v nich uvedených terapií – z medicínské praxe, která si vypracovala a „domestikovala“ svoje svébytné postupy odstraňování příčin, projevů a následků nemocí (projevujících se morfologickou či funkční poruchou na úrovni orgánu nebo tělesného systému). Tuto poznámku uvádíme proto, abychom předznamenali neustále existující neujasněnosti a rozpory ve vnímání speciálněpedagogických terapií ze strany některých jiných oborů.

1.2 Terapie ve speciální pedagogice

Již výše bylo zmíněno, že důležitou součástí předmětu zájmu české speciální pedagogiky jsou v mezích edukačně zaměřené enkulturace vlastních klientů i terapeutické přístupy k nim. Jedná se o průvodní jev právě probíhajících změn teoreticko-metodologického rámce této disciplíny – změn, jejichž důsledkem je rozpracování a praktická aplikace řady nových dílčích témat.

1.2.1 Původ a zdroje

Trend využívání terapeutických intervencí v oblastech zájmu speciální pedagogiky není nikterak nový. Byl v podstatě dílčím způsobem uplatňován od počátků snah o cílenou institucionálně zajištěnou edukaci osob nacházejících se mimo aktuálně přijímanou normu (například u Filipa Pinela je patrná tendence vážně počítat s uzdravujícím vlivem práce na zahradě, u Jeana Itarda a Eduarda Sequina jsou to zase pokusy o rozvoj subnormálního myšlení a vůle za pomoci senzomotorického cvičení atp.). Co se ve zmíněném trendu změnilo v průběhu jeho geneze, byl nástup a rozvoj jistých emancipačních tendencí, jejichž výstupem jsou více méně samostatně budované speciálněpedagogické terapie.

Tyto tendence vplynuly z urychleného vědeckého rozvoje a poznatků oborové praxe – prošly řadou mezioborových přesunů a postupných vnějších i vnitřních diferenciací – a v současnosti mají podobu značně eklekticky komponované skupiny specifických terapeutických přístupů (u nás etablovaných s jistým časovým posunem). Pojdme se na onu skupinu podívat z hlediska vlivů, jež zásadním způsobem ovlivnily její existenci.

Již bylo konstatováno, že veškeré terapeutické přístupy aplikují v rámci jednotlivých terapií patřiční profesionálové, kteří přitom vycházejí z nejrůznějších zdrojů. Nejinak je tomu i u terapií využitelných ve speciální pedagogice. Rovněž zde byla (a neustále je) aplikována řada teoretických a praktických východisek.

Co se týká „uchopení“ těchto východisek, můžeme primárně vyjít z klasifikace terapií zmíněné v minulé kapitole. Respektujeme totiž jisté výsostné postavení jedné ze „členek klasického terapeutického kvarteta“ – psychoterapie. Nicméně tak činíme s vědomím značné variability a neustálých posunů v této původně medicínské disciplíně (a rovněž s vědomím většího či menšího významu dalších bází – viz dále).

Psychoterapii tedy považujeme za jeden z hlavních (ne-li úplně hlavních) zdrojů speciálněpedagogických terapií. Je tomu tak proto, že využívá mnohých prostředků, jež jsou svým charakterem speciální pedagogice blízké.

Jestliže psychoterapii stručně vymežíme jako pomoc člověku dosahovat psychické normality psychologickými prostředky, ocitáme se na velmi široké a různě prostupné hranici. Míra oné prostupnosti se pak řídí především použitelností toho kterého terapeutického přístupu a té které metody, techniky či formy terapeutické práce.

Definice jako vsuvka

Psychoterapii lze přesněji definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem (Prochaska, Norcross, 1999).

Pokud chceme vzájemné přesahy obou disciplín podchytit a pokud chceme specifikovat, čím se vlastně speciálněpedagogické terapie inspirují, musíme se mimo jiné věnovat aktuálnímu rámci současné psychoterapie. Realita značné variability a neustálých posunů v jeho původní podobě byla již výše naznačena.

Tyto změny v paradigmatu psychoterapie se výrazněji projeví zejména v průběhu 20. století, kdy došlo k jejímu „uvolňování“ od psychiatrie (P. Janet, S. Freud) směrem k dalším oborům – např. humanitním. Současný výsledek těchto změn, jež obsahuje široké spektrum teoreticko-metodologických linií, je následující (Vymětal, 2003):

- v humanistické (antropologické, zkušenostní, filozofující – zástupci: Rogers, Frankl, Maslow, Perls) linii (těžící z filozofie fenomenologické a existenciální či z filozofické antropologie) je zdůrazňována lidská jedinečnost, svoboda, odpovědnost za své jednání a kapacita k osobnostnímu růstu a rozvoji (počítáno je s tendencí seberealizovat se, dosahovat svých nejlepších možností, proto jsou vhodní klienti, kteří si přejí změnu) – v nedirektivně navozeném terapeutickém vztahu rozhoduje autentičnost, opravdovost, přítomnost – do vztahu vstupuje terapeut za sebe, ne jako expert (zříká se technik, metod a strategií ve prospěch bezprostředních rozhovorů, jež směřují k nahlédnutí klienta na své možnosti a poslání ve světě) – toto „setkání“ je nejdůležitější pro dosažení žádoucích změn,
- v hlubinné (dynamické – do tohoto směru řadíme rovněž psychoanalýzu – zástupci: Freud, Adler, Jung, Kohut, Kernberg, Mahlerová) linii je zdůrazňován význam nevědomých procesů v lidské psychice (těmto jsou přisuzovány jiné zákonitosti než procesům vědomým) – zdůrazňovány jsou rovněž vnitřní psychické konflikty a vývoj v časném dětství (jako nejdůležitější podmínky pro formování osobnosti i vzniku duševních onemocnění) – hlavním nástrojem žádoucí změny je spíše direktivně navozený vztah terapeuta s klientem – při něm terapeut (odborník) analyzuje obsahy klientova nevědomí, pomáhá mu je poznat a pochopit (společně „rozplétají“ jeho vývoj od dětství po současnost, odhalují obrany znesnadňující léčbu a překrývající vnitřní konflikty atp.), čili získat do nich vhled a umět je interpretovat,
- v kognitivně-behaviorální linii (zástupci: Bandura, Beck, Ellis, Kanfer, Lazarus) se uplatňují přístupy, jež aplikují poznatky z experimentální, sociální a obecné psychologie – zejména pak z teorií učení (např. ze Skinnerovy teorie instrumentálního podmiňování a pozitivního posilování) – jejich základ vychází z „viry“

v měnitelnost veškerých psychických projevů učením či přeučováním – také zde je hlavním nástrojem žádoucí změny spíše direktivně navozený vztah terapeuta s klientem (ten má spolupracovat a dodržovat pokyny) – při něm terapeut (odborník) řídí nácvik žádoucího a odnaučování nežádoucího chování a vede klienta ke změně postojů (a hodnocení) k určitým jevům – přitom využívá řadu osvědčených technik a strategií (např. nácviku zklidňujícího dýchání, systematické desenzibilizace, plánování činností a sebeodměňování, zastavení myšlenek, změny kognitivních procesů v imaginaci, sebeinstruktáže apod.),

- v linii sugestivních a hypnoterapeutických přístupů jde o ovlivňování terapeutovými pokyny (sugesemi) při změněném stavu klientova vědomí – terapeut postupuje direktivně a manipulativně, existující techniky a strategie však využívá podle určitých pravidel a ve prospěch klienta,
- v linii relaxačních a psychofyziologických přístupů jsou buď ovlivňovány psychické funkce přes tělesná cvičení, nebo regulovány fyziologické procesy působením na psychiku (viz autogenní trénink, progresivní svalová relaxace, různá tělesná, dechová a koncentrativní cvičení, imaginativní techniky, bio-feedback, EEG-biofeedback atd.),
- linie systémových, systemických a komunikačních přístupů nalézají uplatnění hlavně v rodinné a párové psychoterapii – vychází se zde z předpokladu, že rodina tvoří celek – tento je přetvářen změnami jednotlivých prvků (členů rodiny),
- v linii transpersonální psychoterapie (navazující na humanistickou psychologii a kombinující východní filozofie, šamanismus, psychoanalýzu a zkušenosti s psychedelickými látkami) jsou využívána různá cvičení (např. kontrolovaná hyperventilace) za účelem navození změny vědomí a uvolnění nevědomých obsahů k terapeutickému zpracování,
- integrativní a obecné pojetí pak směřuje ke spojování a kombinování různých linií za účelem vytvoření nového prakticky upotřebitelného modelu psychoterapie.

Tolik sonda do spektra současných hlavních psychoterapeutických směrů. Co se týká stavu jejich použitelnosti ve speciálněpedagogických terapiích, lze tento popsat jako stav značného (již zmíněného) eklekticismu, kdy jednotliví terapeuti propojují nejrůznější (byť na první pohled vzdálené) poznatky do vlastních terapeutických přístupů (či metod, technik a forem terapeutické práce). Jen namátkou uvedme (podrobněji u vstupů do konkrétních terapií):

- možnou aplikaci principů nedirektivní psychoterapie C. R. Rogerse (či humanistické linie vůbec) – např. práce s kreativitou každého člověka za účelem podpory jeho vnitřních tendencí seberealizovat se a dosahovat svých nejlepších možností (včetně jejího uplatnění v rámci terapie hrou u dětí),
- možnou aplikaci technik a strategií kognitivně-behaviorální psychoterapie a relaxačních a psychofyziologických postupů – např. autogenního tréninku J. H. Schultze, Jacobsonovy progresivní relaxace, biofeedbacku, hraní rolí, formování žádoucího chování, zastavení myšlenek, sebeinstruktáže,
- možnou aplikaci některých postupů dynamické psychoterapie – např. kreativních volně asociačních technik uvolňujících osobní vnitřní konflikty (viz třeba imaginace).

Příklad z arteterapeutické praxe

Pan I. Š. nastoupil jako vinárník do jednoho horského hotelu. Toto prostředí zpočátku zdánlivě vyhovovalo jeho naturelu. Byl komunikativní, vnímavý, sugesti-bilní, lehce navazoval vztahy s návštěvníky vinárny (zejména se ženami). Taktéž dokázal snadno vyjadřovat velké emoce a teatrálně předváděl své dovednosti barmana. To většina hostů oceňovala. I vedení hotelu mohlo být spokojeno. Ale jen krátkodobě. Pan I. Š. trpěl histrionskou poruchou osobnosti a začal mít problémy. Naštěstí byl ochoten vyhledat odbornou péči.

Když později absolvoval ambulantní psychoterapeutickou léčbu (vedenou za účelem restrukturalizačních změn emotivity, kognitivního stylu a chování), pokračoval v doléčování v denním stacionáři, kde se mimo jiné podrobil individuální arteterapii. Ta byla zaměřena na pomoc v lepší orientaci v životě a v získávání životní stability. Motivace a potřebné dynamiky osobnosti zde bylo dosahováno řadou arteterapeutických technik – a rovněž řízenou imaginací, jež neměla hlubinné ambice.

Pan I. Š. byl při imaginaci veden k tomu, aby si představoval sám sebe jako páva (čili tvora na jedné straně se problematicky vnucujícího, předvádějícího a vyžadujícího pozornost – a na straně druhé zdravě vystupujícího, přirozeně přitahujícího pozornost a kontaktního). Pomocí imaginárních obrazů tohoto zvířete (tedy specifického setkávání se s vlastní identitou) a pomocí jeho následného výtvarného zpracování se panu I. Š. dostávalo jisté svobody při uchopení nepřijemných situací, do nichž se předtím často dostával. Mezi ním a terapeutem tak docházelo ke sdílení a korekci emocí, ke vzájemné podpoře.

Kromě psychoterapie mohou být poznatky pro speciálněpedagogické terapie čerpány také z teorie a metodologie fyzioterapie, kterou stručně vymezíme jako pomoc člověku dosahovat tělesné a pohybové normality fyzikálně-stimulujícími prostředky (masírováním, tlaky, hlazením, držení částí těla, změnami polohy těla, tělesným cvičením atd.). Čerpání těchto poznatků se děje především v závislosti na:

- konkrétním klientovi, s nímž přichází speciální pedagog do kontaktu – odpovídající indikace jsou například používány u jedinců s těžším mentálním a těžším kombinovaným postižením, kdy je nutné průběžně doplňovat neúplná pohybová schémata a neustále podporovat vývoj pohybových možností,
- terapeutických přístupech, které jsou pro uživatele služeb speciálního pedagoga použitelné – jako příklad mohou sloužit různé přístupy hipoterapeutické (viz dále hiporehabilitace, léčebné pedagogicko-psychologické ježdění a sport handicapovaných a rekreační ježdění), ergoterapeutické (ergoterapie jako psychoterapie, jako socioterapie, jako fyzioterapie) atp.

Metodický příklad

Hiporehabilitace využívá přirozeného pohybu zvířete s jeho chůzovým mechanismem jako motorického vzoru. Nabízí klientovi prostor, nutí jej orientovat se v něm, neustálým vychylováním těžiště je nucen držet posturu, působením biotepla koně dochází k uvolnění spasmu adduktorů stehien.

S hiporehabilitací je možné začít po 3. roce věku dítěte. Pokud malé dítě samostatně neudrží sed, posadíme si jej do klína čelem k sobě, hlavičku si opřeme o svo-

ji hrud'. Stimulací krokem koně je pak nuceno držet hlavičku v prostoru a přitom má pocit jistoty. Pokud zvládá dítě sed, posadíme si jej čelem ve směru jízdy a dopomocí postupně omezuujeme. Když dítě zvládne korigovat sed, přistoupíme k dopomoci ze země z obou stran kráčejícího koně.

Voltižní a pedagogicko-psychologické ježdění se uplatňuje hlavně tam, kde chceme vytvářet interakce klient – kůň – terapeut či vzájemné interakce mezi klienty. Hlavním cílem je podpora sebedůvěry klienta prostřednictvím cvičení odvahy, samostatnosti, obratnosti, nebo naopak, tlumení agresivity, výchova ke kázní a zodpovědnosti atp.

Lekci voltižního a pedagogicko-psychologického ježdění lze zahájit navázáním prvotního kontaktu. Klienti mohou být vyzváni, aby se ke koni přiblížili, oslovili, mluvili na něho. Vhodné je přitom využít předem připravených „pamlsků“. Pak můžeme motivovat hlazení srsti a hřívky, jemné popleskávání a navazování dalšího taktického kontaktu. Tato zahřívací část by měla trvat asi 10 minut. Teprve po ní následuje jízda zaměřená na pozitivní změny chování a odstranění či zmírnění nevhodných psychologických projevů (Kulichová, 1995).

Důležitými východisky pro speciálněpedagogické terapie jsou pochopitelně i jiné na člověka zaměřené obory – například:

- medicína – svými propedeutickými poznatky o vzniku, projevech, dopadech a léčbě poruch orgánů či tělesného systému,
- psychologie – svými propedeutickými poznatky o pojetí, vývoji, změnách a činnosti psychiky jako základního předpokladu lidského společenského života,
- 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),
- sociologie – svými propedeutickými poznatky o sociálních determinantách lidského společenského života (význam vytváření a fungování sociálních skupin, sociálních vztahů, sociálních dovedností),
- 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),
- právo – svými propedeutickými poznatky o obecně závazných pravidlech lidského chování určených státem (například význam znalostí jednotlivých chráněných zájmů souvisejících s ochranou osobnosti jakéhokoli klienta),
- 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.),

a obory lidské činnosti, jejichž hlavním předmětem je prostředek totožný s prostředkem dané terapie – například:

- 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.

Několik „strůpků“ z dějin umění jako možné metodologické východisko terapií

S výtvarnou tvorbou Kandinského souviselo i řešení asociací mezi barvou a hudbou. Při volbě barev se v tomto případě mnohdy nechal vést vyvolaným pocitem.

V rámci divadelní tvorby a aktualizace herectví experimentovali: Stanislavskij s metodou prožitku, Artaud s neděleným prostorem kolektivního rituálu herců i diváků, Grotowski s tvůrčími participačními dílnami, pedagogové Actors Studia (New York) s hledáním tabuizovaných míst v osobnostech adeptů herectví.

Německý hudební skladatel Orff vytvořil hudebně-výchovnou metodu Schulwerk jako snadno ovladatelný instrumentář.

Dadaisté tvořili literární texty náhodným vybíráním slov z předem daného textového souboru, zástupci české experimentální poezie šedesátých let (Kolář, Hiršal, Havel) pracovali s vizualizací svých básní.

Mezi významné zdroje speciálněpedagogických terapií patří rovněž empirie pedagogických pracovníků působících v praxi.

1.2.2 Vymezení

Prvotní vymezení speciálněpedagogických terapií můžeme provést z úhlu pohledu, jenž je zaměřen na jejich postavení a význam v uceleném systému komplexní rehabilitační péče o osoby, které jsou ze zdravotních důvodů znevýhodněny ve společenském životě.

Další úhly pohledu na vymezení

Naše vymezení (stejně jako definování, klasifikace atd.) se odvíjí od příslušnosti k oboru speciální pedagogika. Na veškeré terapie uvedené v tomto textu je však možno nahlížet i jinak – např. jako na svěbytné terapeutické disciplíny, jako na postupy spadající do některé z psychoterapeutických „škol“, jako na součásti jiného již ustanoveného oboru (medicíny, psychologie) atp.

Z hlediska postavení a významu speciálněpedagogických terapií v uceleném systému komplexní rehabilitační péče by se mělo jednat o tu její specifickou intervenční složku, která navazuje (doplňuje) na intervence medicínské a je zaměřena na ty důsledky nemoci, jež se projevují ve snížených schopnostech (neschopnosti) normální životní seberealizace (ve vzdělání, v práci, v bydlení, v zájmových aktivitách atd.).

Zaměření léčby v medicíně jako příklad pro porovnání

Léčba v systému akutní medicíny (např. reparace v chirurgii, medikace v neurologii, v psychiatrii atd.) je zaměřena na stanovení etiologické diagnózy určité ne-

moci (projevující se morfologickou či funkční poruchou na úrovni orgánu nebo tělesného systému), následně pak na bezprostřední odstraňování jejich příčin a ovlivňování s nimi souvisejících podmínek a projevů.

Léčebná rehabilitace v medicíně (např. léčebná tělesná výchova, ergoterapie, logopedie, psychologie, elektroléčba, balneoterapie, používání technických pomůcek atd.) nastupuje po zvládnutí akutní fáze nemoci a je zaměřena na obnovování optimální funkční či tělesné zdatnosti a vytváření podmínek pro její dosažení.

Speciálněpedagogické terapie však nemusí vždy navazovat na intervence lékařské a nemusí se týkat osob skutečně nemocných – také v tom je jejich specifikum. Toto platí například v případech potřeby terapeutických přístupů k lidem, již jsou negativně osobnostně poznamenáni svým sociálním či kulturním zázemím (viz např. pomoc při hledání perspektiv v novém světě u imigrantů, pomoc při vytváření a udržování seberealizačních sil u seniorů atp.), nebo k lidem, již se nacházejí na hranici či „před branami“ legální mezinárodní klasifikace Světové zdravotnické organizace (viz např. pomoc při rizikovém osobnostním vývoji mládeže ohrožené sociálněpatologickými jevy).

Doplňující poznámka

V souvislosti s právě zmíněnými příklady klientely terapeutů pracujících v oblasti speciální pedagogiky (ale nejen s nimi) hovoříme také o terapeuticko-formativním potenciálu speciálně-pedagogických terapií. To znamená, že řada z nich oplývá kromě jakýchsi možností primárně terapeutických, rovněž možnostmi působení na formování osobnosti – na osobnostní růst (včetně možností prevence).

Takže naše prvotní vymezení rozšíříme.

Speciálněpedagogické terapie buď navazují na léčbu (doplňují léčbu) nemocí v oblasti medicíny, nebo slouží jako svébytný druh pomoci při potížích vyplývajících z významných kulturních či sociálněadaptačních odlišností – přitom jsou zaměřeny na ty důsledky těchto problémů, jež se projevují ve snížených schopnostech (neschopnosti) normální životní seberealizace – ve vzdělání, v práci, v bydlení, v zájmových aktivitách atd.

1.2.3 Procesuální stránka

Procesuální stránka terapií ve speciální pedagogice vykazuje řadu „proměnných“. Terapeutický proces, jenž 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.

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

1. zaměřenou na navázání kontaktu (kontaktů), uvolnění, motivaci a uvedení (včetně instrukcí) hlavní terapeutické práce,
2. zaměřenou na hlavní terapeutickou práci (řešení aktuálních problémů),
3. zaměřenou na uzavření problémů vyplývajících z hlavní terapeutické práce.

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

1. 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. vytyčení jistých „mantinelů“ a podmínek),
2. zaměřenou na naplnění terapeutického vztahu a naplnění dohodnuté organizace, průběhu a obsahu terapie,
3. zaměřenou na ukončení terapie včetně nabídky dalších možností.

K úspěšnosti průběhu terapeutického procesu je třeba dodržet tyto principy:

1. počátek procesu se musí „opírat“ o kvalifikovanou týmově provedenou diagnostiku i o neustále aktualizovanou znalost psychofyzického stavu klienta (jeho nálad, prožitků, momentálního zdravotního stavu atp.) – toto pak musí být bráno v potaz také v celém jeho průběhu,
2. v procesu musí být neustále utvářen prostor (atmosféra nastolená terapeutem) pro klientovy projevy a sdělení (pokud o to stojí) – jeho jakékoli signály by neměly zůstat bez zjevného či skrytého povšimnutí,
3. zvolená činnost by měla odpovídat nejen diagnostikované a aktualizované znalosti psychofyzického stavu klienta – měla by odpovídat rovněž naturelu terapeuta,
4. zvolená činnost by měla být rovněž adekvátní klientově věku a zkušenostem, měla by se pokud možno „dotýkat“ jeho života – terapeut by měl vždy počítat se „souvislostmi“,
5. průběh procesu musí z dlouhodobého i krátkodobého hlediska „kopírovat“ základní fáze uvedené výše – není možné, aby se terapeut vyhnul například jistým uvolňovacím, motivačním či instruktážním činnostem, aby „odešel“ od neuzavřeného problému, aby se nedohodl s klientem na organizaci, průběhu a obsahu terapie, aby nenavázal adekvátní vztah atp.

Prostředí, v němž terapeutický proces probíhá, může mít především materiální, sociální a psychické dimenze. Za materiální dimenze terapeutického prostředí lze považovat prostory, v nichž terapie probíhá (zdali probíhá v běžných školních prostorech, v běžných pobytových prostorech, ve specializovaných prostorech atd.), či jejich vnitřní uspořádání a vybavení. Za sociální dimenze terapeutického prostředí lze považovat složení, uspořádání, formy součinnosti a formy vztahů u skupiny (či součinnost a vztahy jednoho klienta s terapeutem), s níž je terapie přímo prováděna, či složení, uspořádání, formy součinnosti a formy vztahů u skupiny (jednotlivce), jež se na terapii účastní nepřímou (např. pomocný personál daného zařízení). Za psychické dimenze terapeutického prostředí lze považovat součinnosti a vztahy mezi terapeutem a klientem (klienty) naplněné jejich konkrétními osobnostními vlastnostmi.

V triádě procesních činitelů má významné postavení terapeut. Primárním zdrojem terapeutovy kvality jsou jeho obecně lidské a odborné předpoklady. Mezi obecně lidské předpoklady patří schopnosti pochopení druhého člověka (schopnosti vstupu do jeho subjektivního světa bez vnějších přívlastků), schopnosti přijetí druhého člo-

věka (schopnosti jeho respektování bez přívlastků) a schopnosti být autentický (schopnosti vystupovat takový, jaký skutečně je) – jmenovat můžeme i konkrétní vlastnosti jako psychické zdraví, kvalitní „žebříček“ hodnot, tvořivost, flexibilita, pevná vůle k překonávání těžkostí, odvaha nést rizika, schopnost umožnit druhému maximální možnou míru samostatnosti a tvořivosti, „dar“ komunikace atp. Mezi odborné předpoklady patří znalosti a dovednosti týkající se specifík klientů, součinnosti, vztahů a komunikace s klienty, použitelných terapeutických přístupů, možných zdrojů, profesních morálních norem atd.

Mezi procesními činiteli má důležitou roli rovněž klient. Ten vnáší do terapeutického procesu především svůj věk a zdravotní, sociální či jiný problém (poznámka: dále se budeme věnovat zvláštnostem věku, bližší informace o problémech konkrétních klientů je možno nastudovat v jiné odborné speciálněpedagogické literatuře).

Co se týká dětských klientů, musí být terapeut připraven:

1. na zvláštnosti související s jejich probíhajícím vývojem (a tím pádem i na nečekané změny jednání, emocí, myšlení atp. – a to na intrapsychické i interpersonální úrovni) – velkým rizikem zvoleného terapeutického postupu může být nesprávný odhad situace způsobený nerozpoznáním skutečné příčiny neobvyklého chování (způsobeného např. přirozeně kritickým či přirozeně regresivním vývojovým obdobím),
2. na specifické dětské komunikační signály (neverbálního i verbálního charakteru) – tyto komunikační signály je nutno interpretovat jak v kontextu zjištěného stavu vývoje, tak také v kontextu zjištěného problému, navíc je třeba se oněm komunikačním signálům „přiblížit“,
3. na neustále přítomnou potřebu bezpečí a lásky – nevhodné je, když při vytváření terapeutického vztahu cítí dítě strach (z terapeuta, místa atd.), nebo když terapeut nahrazuje vztah dítě – rodič,
4. na zvýšený vliv výchovného prostředí, který bývá (vedle jiných příčin) častou příčinou „patologie“ – v souvislosti s tímto zdůrazňujeme, že terapie se může týkat rovněž případné nápravy výchovného prostředí dítěte i přípravy dítěte na návrat do tohoto prostředí (např. zvyšováním sebedůvěry, zlepšováním adaptačních schopností, vytvářením schopnosti mít dobré mezilidské vztahy),
5. na tendence dětí hledat příčiny svých potíží ve svém okolí a ne v sobě (na zvýšený egocentrismus).

U dospělých klientů musí být terapeut připraven:

1. na komplex zkušeností dospělého věku – u dospělého člověka znamenají právě jeho předešlé zkušenosti (ať již z běžného života či z intervencí jiných odborníků) významný „katalyzátor“ v navázání terapeutického vztahu, u dospělého člověka je míra očekávání závažnějším faktorem než u dítěte (dospělý člověk přichází s pevnější představou o terapeutovi a pomoci a podle ní se rozhoduje),
2. na různé sociální role dospělého věku – jde o role, které na základě svých zkušeností klient „hraje“ (např. roli „oběti“ předešlých intervencí, roli ochotného spolupracujícího pacienta atp.),

3. na výraznou míru vlastní akceptace problému – u dospělého klienta není geneze problému tolik „znehledněna“ probíhajícím vývojem (jako u dětí), nicméně dospělý ji může „znehledňovat“ předem vytvořenými racionálními postoji.

Výše zmínění dva činitelé terapeutického procesu jsou neustále „konfrontováni“ s příslušným obsahem terapie. Tento obsah je vytvářen s ohledem na cíle, jichž se má dosáhnout.

Doplňující poznámka

Speciálněpedagogické terapie již byly teoreticky vztahovány k psychoterapii. Rozdíl mezi nimi lze vymezit také přes příslušné obsahy a cíle. I přes podobnost používaných prostředků totiž musíme konstatovat, že terapie ve speciální pedagogice směřují k jiným cílům (např. k úpravě některých přetrvávajících symptomů znemožňujících normálně společensky žít – cíle symptomatické) a naplňují jiné obsahy (jde například o aplikace terapeuticko-formativně zaměřených expresivních postupů v edukaci speciálněpedagogických klientů – viz dále arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie atp.).

Obecně lze terapeutické cíle ve speciální pedagogice strukturovat:

- vzhledem k potřebám klientů (např. odstranění vnitřních i vnějších frustračních, konfliktních, stresujících faktorů, uvolnění, posilování dynamiky osobnosti či dynamiky skupiny, vytváření schopností smysluplné komunikace, navazování zdravých vztahů, správného vzhledu do sociálních situací, podporu pozitivního sebehodnocení, aspirace, zvládání emocí atp.),
- vzhledem k orientaci a schopnostem terapeuta (jedná se o naplánování použití a zacílení té které metody práce – např. imaginace v arteterapii),
- s ohledem na zaměření instituce, v níž terapie probíhá (např. plánování s ohledem na socioterapeutické zaměření léčebné komunity).

K úspěšnému naplnění obsahu (splnění cílů) slouží patřičné prostředky – hlavně psychologické. Ve speciálněpedagogických terapiích využíváme mimo jiné: autentický vztah mezi terapeutem a klientem (založený na zvýšené pozornosti terapeuta vůči klientovi a na pozitivním očekávání klienta), emotivitu (třeba využití napravovací funkce pozitivních emocí vyvolaných patřičnými technikami – např. autogenním tréninkem), spontaneitu, kreativitu, improvizaci (tedy práci s vnitřní osobnostní dynamikou), verbální komunikaci (například při zveřejnění a interpretaci aktuálních prožitků), sociální učení (např. formou modelování sociálních situací v dramaterapii) atp. Jedním z nejvyužívanějších prostředků je však nonverbální komunikace.

Nonverbální komunikace zahrnuje celou škálu komunikačních signálů (vznikajících řečí těla, prostoru a času), jež jsou bezeslovné povahy a fungují buď samostatně, nebo doprovázejí komunikaci verbální (přítom s ní mohou: souhlasit, být v rozporu, probíhat v relativně samostatných komunikačních kanálech).

Vysvětlující poznámka

Účelem veškeré lidské komunikace je sdělování, přijímání a sdílení informací. Toto může být realizováno prostředky slovní (verbální) a bezeslovné (neverbální)

povahy. Zejména bezeslovně přenášená informace je mnohovýznamová (neboť již tím, že mnohdy probíhá mimo normální úroveň vnímání, že sestává z mnoha mikro-podnětů, že není pregnantně čitelná, uvolňuje „mantinely“ v chápání a interpretaci podstaty sdělení) – navíc je více spontánní, pravdivá (obě zmíněné vlastnosti souvisí s fenoménem její snížené vnitřní kontrolovanosti vědomím), obsazena emocemi. Kdybychom porovnali několik relativně stejných neverbálních komunikačních signálů sdělovaných několika různými osobami nacházejícími se v různých sociálních situacích, dobrali bychom se pravděpodobně k významově odlišným výsledkům.

V terapiích je nonverbální komunikace využitelná jako:

1. (již zmíněný) terapeutický prostředek (a to jak v činnosti terapeuta, tak v činnosti jeho svěřenců),
2. „materiál“ k pozorování klientů,
3. jeden z podkladů interpretace jejich chování.

Terapeut, který chce „neverbalitu“ smysluplně využít, musí umět rozpoznat a aplikovat alespoň její základní dimenze běžně se projevující ve většině sociálních kontaktů. Především by měl být schopen:

1. analyzovat neverbální signály v kontextu sociální situace, v níž proběhly – pokud nastanou jakékoli náznaky neadekvátnosti, měla by analýza primárně určit, zdali je příčinou „patologie“ (např. blížící se ataka související s duševní poruchou) či pouze momentální duševní „rozpoložení“ klienta (např. běžný rodinný problém),
2. rozlišit jednotlivé komunikační úrovně a celky – součástí průběhu neverbální komunikace je její členění na formální úrovně (od jednoduchých gest až po komplexy neverbálního chování) a významové celky (odpovídající sdělovaným informacím) – pro porozumění klientům je proto důležité umět určit, zda-li se jedná například o samostatné instrumentální gesto s dílčím významem nebo o součást nějakého širšího sdělení,
3. rozlišit vrozené (fylogeneticky dané) a získané (naučené v průběhu ontogeneze) komunikační signály – tímto si do jisté míry usnadní analýzu neverbálních signálů, neboť bude dopředu znát mnohé mimické a gestikulační archetypy (univerzální vzorce dané kterémukoli člověku – např. úsměv jako výraz radosti ze setkání a dobré pohody),
4. rozpoznat komunikační zvláštnosti a rozdíly dané pohlavím, psychickou a fyzickou kondicí, věkem, sociální skupinou, kulturní či geografickou oblastí – zde jde o řadu potřebných znalostí využitelných dle aktuální klientely (např. specifika „neverbality“ imigrantů pocházejících z odlišných kultur),
5. aplikovat skutečnost, že zatímco klient občas verbálně nekomunikuje, neverbálně komunikuje za všech okolností – není možné mu v tom zabránit (zde hovoříme o fenoménu její snížené vnější kontrolovatelnosti), spíše využít k jeho dalšímu poznávání, ke společné činnosti, ke komunikaci,
6. aplikovat skutečnost, že je i normální lidská komunikace regulována různými obrannými mechanismy – např. vstupy do sociálních rolí, rituály atp.

1.2.4 Definování a klasifikace

V našem textu bylo již zmíněno, že považujeme za jeden z hlavních zdrojů speciálněpedagogických terapií psychoterapii. Z tohoto zdroje lze kromě získávání poznatků a zkušeností odvodit i jejich definování (tyto terapie je pochopitelně možné také vymezit a klasifikovat podle jiných „klíčů“ – viz poznámka pod čarou „Další úhly pohledu na vymezení“ v kapitole 1.2.2). Takže – pokud definujeme psychoterapii jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem, potom můžeme definovat podobně rovněž jednotlivé speciálněpedagogické terapie. Příklad: za muzikoterapii lze považovat odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci prostředků hudebního umění použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.

Uvedené definování pak mimo jiné obsahuje jistý významový akcent na použité terapeutické prostředky. A právě podle nich se dají terapie ve speciální pedagogice rozřadit do základních skupin zahrnujících:

1. terapie hrou,
2. činnostní a pracovní terapie,
3. psychomotorické terapie,
4. expresivní terapie (arteterapie),
5. terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie).

Na „hranici“ těchto základních speciálněpedagogických terapií se pak „nacházejí“ další využitelné terapeutické přístupy (pocházející z jiných oborů – ale často modifikované) – například:

1. rodinná terapie,
2. terapeutická komunita,
3. skupinová rozhovorová sezení,
4. skupiny setkání (encounterové skupiny) atp.

1.2.5 Úvodní charakteristika jednotlivých základních terapií

Terapie hrou

Terapii hrou lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci prostředků hry použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.

Doplňující poznámka

Hra patří mezi základní formy lidské aktivity, mezi nejdůležitější formativní prostředky ve vývoji člověka (slouží již od raného věku dítěte k poznávání okolního světa a tím i k formování a integraci psychických funkcí), v případě terapie jde navíc o významný nástroj přístupu ke klientovi, nástroj komunikace, nástroj přímého i zprostředkovaného navázání terapeutického vztahu, nástroj prospěšné změny.

Výše uvedený pojem lze chápat v širším a v užším slova smyslu. V širším slova smyslu jde obecně o terapeutické využití hry v různých formách (např. využití dramatické hry v dramaterapii) a v různých oborech (například ve speciální pedagogice, v klinické psychologii). V našem dalším popisu však půjde o užší pojetí – o terapii hrou aplikovanou v práci herního specialisty.

Poslání herního specialisty začalo být u nás postupně naplňováno v souvislosti s uplatňováním principu „Family Centred Care“ v koncepci péče o nemocné děti. Tato profese zaplnila pomyslnou mezeru v prosazované komplexně rehabilitační spolupráci zdravotnického týmu s rodinou a začala pečovat nejen o dobrý psychologický stav hospitalizovaných (nebo ambulantně léčených) dětí (mladistvých), ale i o jejich rodiče.

Takto orientovaný terapeut hlavně vytváří podmínky k realizaci hry – při svém působení dále analyzuje či jinak vnitřně zpracovává struktury, které si dítě za pomoci hraček, loutek, masek a dalších předmětů vytvoří – následně potom pomáhá dítěti jeho přirozeně strukturovaný svět spoluvytvářet a sdílet. Často přitom používá i vstupu do rolí jednotlivých předmětů a osob, jež tento symbolický svět zaplňují. Podrobnější přehled kompetencí a činností herního specialisty uvádí Alice Rezníčková (Valenta, 2003):

- herní specialista poskytuje své služby v ambulanci, na standardním lůžkovém oddělení, na JIP (též v dalších zařízeních poskytujících péči dětem a mladistvým), případně v domácnosti – své služby však může poskytovat i zdravým dětem v rámci zvláštních osvětových programů,
- herní specialista zajišťuje přátelské, bezpečné a pro dítě vhodné nemocniční prostředí – doplňuje a zprostředkovává informace o potřebách dítěte ostatním zdravotníkům,
- herní specialista navrhuje spolu s rodiči plán herních aktivit, vytváří a eviduje vhodné herní programy, provádí individuální terapeutickou hru,
- herní specialista pomáhá dítěti porozumět nemoci a léčbě (včetně přípravy na plánované zákroky) – pomáhá dítěti a jeho rodičům přizpůsobit se nemocničnímu prostředí – je pro ně průvodcem i kontaktní osobou,
- herní specialista věnuje zvláštní pozornost rodinám hůře se adaptujícím, dětem v preterminálním stádiu, dětem na JIP, dětem handicapovaným, dětem z ústavů a dětských domovů (včetně jejich blízkých),
- herní specialista doprovází děti a jejich rodiče na vyšetření či lékařské zákroky,
- herní specialista se stará o chod herny a její vybavení,
- herní specialista připravuje vhodné informační pomůcky a materiály – je řádným členem zdravotnického týmu a podílí se na jednotném týmovém řešení určitých situací,
- herní specialista vede a školí dobrovolníky a další herní pracovníky ve výcviku.

Činnostní a pracovní terapie

V případě činnostní a pracovní terapie jde o dva vzájemně se (do jisté teoreticky stanovené míry) překrývající terapeutické přístupy. Lze je oba definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci manipulací s materiálním okolím (napří-

klad manipulací s předměty, surovinami a materiály) použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.

Praktický rozdíl mezi činnostní a pracovní terapií je minimální – hlavním záchytným bodem může být snad jenom skutečnost, že pracovní terapie (ergoterapie) směřuje k jistému konkrétnímu výrobku či výsledku práce. V souvislosti s aplikací pracovní terapie je také nutno poznamenat, že ji nelze zaměňovat s pracovní rehabilitací (což je soubor opatření směřující k adekvátnímu pracovnímu zařazení klienta) a že existuje jistý rozdíl mezi jejím pojetím ve zdravotnictví a ve speciální pedagogice.

Činnostně-terapeutických či pracovně-terapeutických cílů se u mládeže a dospělých klientů dosahuje hlavně prostřednictvím rukodělných činností (např. s textilem, se dřevem a přírodními materiály, s papírem, s kovem, s umělými hmotami) a výcvikem v oblasti praktického života (např. v péči o domácnost či v nácvicích konkrétních postupů při řešení určitých životních problémů), u dětí předškolního a mladšího školního věku pak činnostní či pracovní terapie využívá dětské hry (hrou jsou imitovány každodenní práce nebo profese, ale také sebeobsluha a hygiena).

Psychomotorická terapie

Psychomotorickou terapií je nazývána široká škála činností s přesahem do ostatních terapeutických aktivit. Využívá sice specifických metod a technik, ale vzhledem k tomu, že je zde vlastní tělesná aktivita často podporována a spoluvytvářena dalšími prostředky (např. sociálně-psychologickými, hudebními atp.), je někdy jen teoretickou záležitostí její vydělení.

Psychomotorická terapie je tedy terapeutický přístup (či spíše skupina přístupů), jehož prioritou je ovlivňování duševních procesů člověka za pomoci tělesné stimulace (čímž se liší od fyzioterapie), a proto ji lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci pohybu (zasazeného do širšího kontextu psychomotoriky) použitého za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.

Teoretická vsuvka

Pojem psychomotorika označuje jistou celistvost a neoddelitelnost lidských duševních, tělesných a pohybových funkcí (fungujících v sociálním kontextu), ale také jednu z fází raného dětského vývoje (ve sledu neuromotorika, senzomotorika, psychomotorika, sociomotorika). Tento pojem však může být rovněž základním „stavebním kamenem“ konkrétního přístupu k podpoře vývoje (k podpoře pozitivní změny) postaveném na specifických pohybových či tělesně stimulujících metodách (viz psychomotorická terapie).

Co se týká jednotlivých metod a technik obecně využitelných v rámci psychomotorické terapie, lze mezi ně zařadit například pantomimu, tanec, relaxace, pohybové hry, improvizace s pohybem atp. Specifické pohybové či tělesně stimulující metody však mohou být i součástí ucelených, relativně samostatných konceptů (z nichž některé se nacházejí mimo dosah běžných kompetencí speciálních pedagogů) – např. léčebné eurytmie Rudolfa Steinera, metody pohybového rozvoje Veroniky

Sherborne, psychogymnastiky manželů Knoblochových a H. Junové, koncentrativní pohybové terapie H. Stolzeho, M. Goldbergové a CH. Gräffové atp.

Expresivní terapie (arteterapie v širším slova smyslu)

Velmi rozšířenou skupinou terapií jsou ve školách a školských zařízeních či v dalších institucích zabývající se edukačně zaměřenou enkulturací osob, které jsou z důvodů subnormální funkčnosti či organického poškození vlastního organismu, nebo z důvodů významných kulturních či sociálněadaptačních odlišností znevýhodněny ve společenském životě, expresivní terapie (arteterapie v širším slova smyslu).

Teoretická vsuvka

Expresie (či výraz) je zvláštním typem lidské aktivity (související s komunikací), v níž člověk spontánně a s důrazem na formu projevu vyjadřuje své vnitřní psychické stavy, dojmy, pocity, nálady a s nimi spjaté zkušenosti nebo poznatky. V expresivním projevu o mnohém vypovídáme (především o sobě), avšak svoji výpověď nedokážeme vždy přesně kontrolovat. Jeho obsah je chápán spíše volněji, ale s emocionálním dopadem. Expresie může probíhat na nejrůznějších úrovních, od málo uvědomovaných výrazů doprovázejících jednoduché emoce, až po uměleckou tvorbu (Slavík, 1999).

Expresivní terapii lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci uměleckých prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem. Ony umělecké prostředky jsou přitom imanentní jednotlivým druhům umění – tedy umění dramatickému, hudebnímu, literárnímu a výtvarnému. Podle toho pak odlišujeme hlavní druhy expresivních terapií – hlavně tzv. dramaterapii, teatroterapii, psychodrama, muzikoterapii, biblioterapii a arteterapii v užším slova smyslu.

Dramaterapie, teatroterapie, psychodrama

Dramaterapie, teatroterapie a psychodrama jsou expresivní terapie, které lze vymezit tím, že používají prostředky dramatického umění – např. svěbytného inscenačního prostoru, improvizací hru v roli, pohybové výrazové prostředky, symbolická gesta a pod. Avšak zatímco jejich používání mají společné, odlišují se v některých jiných faktorech.

Psychodrama je doposud nejvíce spojováno se jménem svého zakladatele psychiatra J. L. Morena (a doposud je také nejvíce využíváno v psychiatrických institucích).

Několik slov pro větší pochopení Morena

J. L. Moreno byl člověk přístupný změnám. Proto svoje psychodrama nepovažoval za něco zakonzervovaného a aktivně podporoval jeho nová směřování a aplikace. Takže, přestože bývá tato metoda nejčastěji provozována ve formě přehrávání scén (tedy založena na verbální interakci), nevylučoval by její autor možnosti včleňování dalších prostředků (např. výtvarných, hudebních, tanečních), nebo možnosti využívání psychodramatických prvků jinde (např. v dramaterapii, muzikoterapii atp.).

Jedná se o řízenou dramatickou improvizaci, na níž participují tyto základní činitele: klient psychoterapeuticky zaměřeného sezení (hlavní protagonista představující hlavně sám sebe), terapeut jako jeho režisér, jeviště, pomocní herci a publikum (jiní terapeuti či členové terapeutické skupiny). Při psychodramatu je vytvářen model konkrétní životní reality, který pomáhá klientovi pochopit vlastní zážitky, přání, postoje, fantazie – dále vnitřní konflikty a afekty či možnosti jejich řešení – a to vše s doprovodnými abreaktivními prvky. K tomu má psychodrama již od morenovských počátků (dvacátá léta 20. století) k dispozici jistou škálu technik (ne však neměnných a dogmaticky přijímaných – viz „Několik slov“ výše) – např.:

- hraní vlastní role (zahrnující vnější reakce klienta),
- monolog (vyjadřující vnitřní stav klienta),
- „alter ego“ (hraní pomocného herce vyjadřujícího „druhé já“ klienta),
- výměnu rolí (klient hraje konfliktní osobu ze svého okolí),
- zrcadlo (portrétování klienta pomocnými herci).

Dramaterapie – na rozdíl od psychodramatu – disponuje daleko širším teoretickým i metodologickým „zázemím“. Ve světě existuje několik různých „škol“, které lze pod tento termín zařadit.

Příklad dramaterapeutické „školy“

Jedním z dramaterapeutických přístupů používaných v českých zemích (uvedených zde newyorským dramaterapeutem Michaelem D. Reismanem) jsou tzv. „vývojové proměny“. Jedná se o více méně pohybově-projektivní improvizaci (prováděnou skupinově, bez kostýmů, rekvizit, hudby), do níž vnáší klient své zkušenosti, zážitky, myšlenky a pocity. Tyto terapeut průběžně zpracovává tak, aby mu byly dobrým podkladem pro nedirektivní intervence přizpůsobené vývojové úrovni klientů a směřující k dosažení žádoucí změny.

Dramaterapie není prioritně zaměřena na reálná psychická traumata jednotlivých klientů a jejich „zviditelnování“, čímž se její „záběr“ pohybuje napříč spektrem mnoha diagnóz. Dle Valenty (2001) tvoří největší skupinu jedinci s mentálním postižením a autismem, druhou nejfrekventovanější skupinou jsou pak jedinci s neurotickými a psychotickými poruchami, následování jsou mladými lidmi se specifickými vývojovými poruchami učení a chování, mládeží s jinými poruchami chování a mládeží psychosociálně ohroženou, jedinci nacházejícími se ve výkonu trestu a gerontologickými klienty.

Dramaterapie se také zaměřuje spíše na symptomy či doléčování a využívá větší škálu metod a technik (hlavně skupinové) práce. Cílem těchto metod a technik je pak hledání jistých alternativních zdrojů, které pomohou při překonávání již zmíněných problémů (třeba při překonávání komunikačních a vztahových obtíží).

Dramaterapeutické metody (techniky) lze rozdělit podle řady klíčů – například podle možnosti jejich začlenění do terapeutického procesu, podle cíle, podle dílčího prostředku. Takže v dramaterapii používáme mimo jiné techniky vhodné pro zahájení, pokračování a uzavření lekcí (jde o činnosti motivující citovou expresi, tělesnou aktivaci, skupinovou interakci – činnosti budující skupinové role, skupino-

vou tvořivost atd.), techniky umožňující osobní projekci klientů, přinášející nové informace, budující míru zaujetí, techniky užívající zvukové záznamy, kostýmy, masky, živé obrazy atd.

Specifický příklad ze Slovenska na doplnění

Členění dramaterapeutických metod (technik) může mít řadu podob. Slovenská dramaterapeutka K. Majzlanová např. uvádí následující základní používané aktivity: neverbální techniky, dramatické hry, improvizace, dramatizace, rolové hry, loutkové hry a loutkové divadlo, hry s maskou, psychodrama, sociodrama, sociodramatické hry (Majzlanová, Škoviera, Fudaly, 2004).

Teatroterapie dosahuje terapeutických cílů prostřednictvím přípravy (včetně přípravy kulis, kostýmu, technického zázemí) a veřejné realizace divadelního tvaru. Jedná se tedy o formu práce jakési specifické divadelní společnosti (socioterapeutické skupiny – viz například terapeutická komunita), která vnáší mnohé pozitivní prvky (např. dosažení úspěchu, seberealizace, snížení společenské izolace, tvořivost atd.) do nejistého světa jakkoli znevýhodněných jedinců.

Za příklad teatroterapeutické skupiny existující v České republice můžeme uvést „Bohnickou divadelní společnost“ (Praha) – na Slovensku pak „Divadlo z pasáže“ (Banská Bystrica) a v Nizozemsku „Maatwerk“ (Rotterdam).

„Maatwerk“ (pracující pod záštitou rotterdamské nadace „Pameijer Stichting“) funguje jako speciální projekt pro mentálně retardované dospělé klienty, jejichž hlavní pracovní činností je herecká práce (a s ní související celodenní výcvikové a vzdělávací aktivity). Tito (do jisté míry) profesionální herci (legislativa jim nedovoluje proplácet honoráře, protože by ztratili nárok na státní podporu v invaliditě) nacvičují každý rok novou hru (ta je přibližně dvacetkrát reprízována), pravidelně vystupují na národním televizním kanále a účastní se řady kulturních podniků (např. celosvětového festivalu „Very Special Arts“) (Valenta, Müller, 1997).

Muzikoterapie

Muzikoterapie je expresivní terapie vymežitelná svébytným využíváním melodie, harmonie, rytmu, zvukové barvy, dynamiky, tempa, druhu taktu – čili základních prvků hudebního umění. Důležité přitom je, že hudba sama o sobě působí bezprostředně a intenzivně na člověka (na jeho psychiku a její dynamiku) – hudba sama o sobě totiž používá jistého druhu zvuku coby nositele jedinečných fyzikálních vlastností a nositele jistých jinak obtížně sdělitelných významů (např. skutečných významů ve vztazích mezi lidmi, významů filozofických, estetických a pod.).

Muzikoterapie má podobně jako jiné expresivní terapie svoji složku receptivní (vnímání hudby) a aktivní (vyvíjení hudební aktivity), přičemž mohou obě tyto složky tvořit (a většinou i tvoří) více méně kompatibilní celek. Aktivní složka se většíinou soustředí na práci s projevem vokálním a instrumentálním (ale také na projev řečový, pohybový a další) – receptivní složka zase na poslech živě hrané nebo reprodukované hudby (tento může směřovat ke společnému prožitku a následně k podpoře budování vztahu – k uvolnění emocí – k rozšíření vnímavosti apod.).

Biblioterapie (či poetoterapie)

Pokud zhodnotíme reálné postavení biblioterapie mezi ostatními příbuznými speciálněpedagogickými expresivními terapiemi, pak musíme konstatovat, že je terapií spíše doplňkovou. Je to dáno jejími skutečnými možnostmi – tedy menší dynamikou působení literárního umění.

Při biblioterapii využíváme (v různé intenzitě) základních funkcí literárního textu – jde o funkce:

1. informační – přinášející informace pro řešení běžných situací i životních problémů,
2. výchovnou – přinášející podněty pro formování osobnosti (např. pro změnu postojů, zájmů atp.),
3. konfrontační – přinášející zpětnou vazbu k vlastním názorům,
4. estetickou – přinášející estetický zážitek a podněty pro vývoj estetického vnímání,
5. katarzní – přinášející uvolnění prostřednictvím protikladných prožitků, „očistění“ od negativních emocí,
6. identifikační – přinášející možnost ztotožnění se s kladným či podnětným vzorem,
7. relaxační – přinášející zvolnění v činnosti, nahrazení nepříjemné skutečnosti, odreačování,
8. prestižní – přinášející možnost identifikace s určitými sociálními skupinami (na základě čtení společného druhu literárních textů).

Obsahem biblioterapie je na jedné straně vlastní čtení a předčítání (či přednes) daného literárního textu a na straně druhé dokončování či tvorba nového literárního textu (dílčím postupem může být např. hledání osobního i společného významu příslovčí, citátů, výroků či otázek někoho z přítomných – terapeuta, klienta).

Praktická ukázka několika možných postupů v aktivní biblioterapii

(dle Z. Fišera)

Příběh vlastního jména – pokuste se k vlastnímu křestnímu jménu najít všední či legendární příběh jeho prvního „nositele“, zkuste pak vyprávět stručný příběh svého jména a objevit styčné body s tím prvotním.

Koláž – máte k dispozici několik vstupenek, účtů atp. od údajně ztraceného člověka, zrekonstruujte, kde ten člověk byl, kdy tam byl, co tam dělal, jaké má zájmy a napište o něm osobní reflexi.

Psaní v páru – vytvořte společně s partnerem text tak, že každý napíšete jednu větu (či řádek), domluvíte si předem téma, které budete oba čtít.

Oživený obraz – vezměte si libovolnou fotografii ze svého života, pozorujte ji a heslovitě zaznamenávejte vybavené vzpomínky či poznatky z pozorování, za pomoci zaznamenaných hesel a dalších nově vybavených myšlenek vytvořte souvislý text o vyfotografované události (Fišer, 2001).

Účastníci si z biblioterapie mají „odněst“ buď jisté přetrvávající pozitivní východiska svého problematického života, nebo prožitky možného osobního úspěchu. U dětí působí na jejich emocionální vývoj spíše vyprávěné pohádky a příběhy – u dospívajících a dospělých hraje roli hlavně jimi čtená beletrie (s obsahem odpovídajícím vlastním zkušenostem).

Někteří autoři (viz dále Svoboda) vydělují vedle biblioterapie zvlášť tzv. poetoterapii.

Terapie výtvarná (arteterapie v užším slova smyslu)

Arteterapie (na rozdíl od biblioterapie) je ve speciální pedagogice prozatím nejvíce používanou expresivní terapií. Arteterapie totiž maximálně a přitom bezpečně (v porovnání s hudebními a dramatickými aktivitami, jež mohou předem více vzbuzovat pocit strachu) využívá lidské exprese (výrazu). Jinými slovy skryté psychické stavy, dojmy, pocity, nálady (a s nimi spjaté zkušenosti a poznatky) zde mohou být přirozeně odhaleny, sdíleny a následně formovány díky přirozené expresivní funkci výtvarných činností – hlavně díky kresbě.

Kresba je významný komunikační prostředek a prostředek vyjádření znalostí o sobě (jak člověk sám sebe vnímá a prožívá, jak vnímá a prožívá vztahy ke svému okolí). Jde o specifický druh jazyka, který dokáže nahradit nedostatky běžně používané řeči. Kromě toho je kresba významný diagnostický prostředek, protože dokáže velmi dobře odhalit nesrovnalosti s normálním vývojem (hlavně u dětí a mládeže).

Výtvarná terapie může být použita samostatně i v kombinaci s ostatními terapiemi. Co se týká jejích vlastních metod, lze je rozdělit do následujících skupin:

1. volný výtvarný projev – pracuje se spontaneitou vyvolanou např. hrou (viz techniky čmáraní, volné kresby, volné malby, výcviku práce s čarou a linií atp.),
2. tematický výtvarný projev – je zaměřen na konfliktní témata, a sice obecně lidská (např. můj dosavadní život, manželství, láska, rodina), nebo vztahující se ke konkrétním klientům (např. vztahy v naší skupině či v mé rodině),
3. výtvarný projev při hudbě – využívá specifických vlastností hudby bezprostředně a intenzivně působit na psychomotoriku člověka a dělí se na asociativní výtvarný projev (ztvárnění asociací vyvolaných hudbou) a muzikomalu (ztvárnění hudby),
4. skupinové výtvarné činnosti – pracují se skupinovou dynamikou a jsou významné pro svoji sociometrickou hodnotu i jako činitel úpravy sociálních vztahů,
5. řízený výtvarný projev – pracuje s přímou intervencí terapeuta do výtvarné činnosti klienta.

Terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie)

Mezi terapiemi praktikovanými ve speciálněpedagogické praxi zaujímá svým způsobem výjimečné postavení. Onu výjimečnost lze vysvětlit terapeutickým prostředkem, kterým je zde kromě člověka jiný živý tvor.

Co se týká výše zmíněného vlastního terapeutického prostředku, může jít o jakákoli společenská zvířata, avšak nejčastějšími podněcovateli terapeutického vztahu

jsou psi a koně. V prvním případě hovoříme o canisterapii a ve druhém o hipoterapii (širěji o hiporehabilitaci). V obou případech pak mohou zvířata napomáhat psychické stimulaci, rozvoji sociální komunikace, jistému stupni samostatnosti a nezávislosti či uspokojovat potřeby bezpečí a jistoty. Nicméně jisté odlišnosti vykazují některé ze světových hipoterapeutických „škol“.

Hipoterapie, canisterapie

Hipoterapie je podle jednoho z klasických světových modelů součástí tzv. hiporehabilitace. Součástmi hiporehabilitace jsou kromě ní také pedagogicko-psychologické ježdění a sportovní a rekreační ježdění handicapovaných. Z tohoto modelu vyplývá, že takto pojatá hipoterapie funguje na bázi fyzioterapie (funguje na základě souladu pohybu koně a pohybu klienta čili na základě primárního fyzikálního působení), na bázi psychoterapie pak spíše pedagogicko-psychologické ježdění a zčásti sportovní a rekreační ježdění handicapovaných. Pedagogicko-psychologické ježdění totiž počítá s takovými faktory, jakými jsou důvěra k lidem, výcvik správného sebehodnocení, poznávání sebe sama a svých schopností, motivace k překonání nezdaru atd.

Canisterapie (podobně jako jiné psychoterapeuticky orientované zooterapie) vychází z axiomu, že pes patří mezi spolehlivé a jisté partnery člověka v jeho osamění a nemoci a že je toto partnerství dobrým stimulem pozitivních psychických a sociálních změn. Canisterapie může probíhat v různých formách. Mezi nejužívanější formy patří mazlení se psem, hra se psem a výcvik psa. Jedná se buď o součásti tzv. Animal Assisted Activities (kdy je pes zdrojem motivace, výchovných momentů, odpočinku a obohacení kvality života), nebo o součásti tzv. Animal Assisted Therapy (kdy je pes přímo cílenou součástí odborně vedeného terapeutického procesu, jehož výsledky jsou objektivizovatelné).

Literatura:

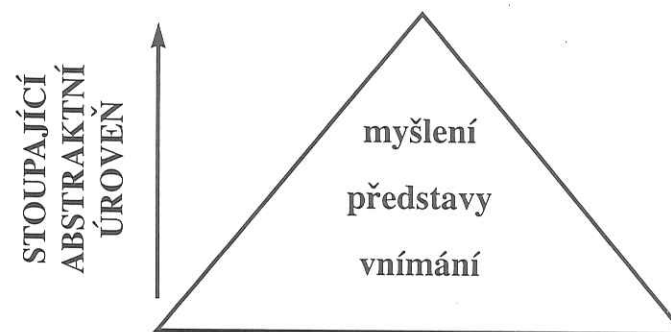
1. FIŠER, Z. *Tvůrčí psaní*. Brno: Paido, 2001.
2. KULICHOVÁ, J. et al. *Hiporehabilitace*. Praha: Nadace OF, 1995.
3. MAJZLANOVÁ, K., ŠKOVIERA, A., FUDALY, P. *Špeciálna dramatická výchova v sociálnej a špeciálnej pedagogike*. Bratislava: Humanita, 2004.
4. PROCHASKA J. O., NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada, 1999.
5. SLAVÍK, J. *Arteterapie v souvislostech speciální pedagogiky*. Speciální pedagogika, 1999, roč. 9, č. 1, str. 7-19.
6. VALENTA, M. *Dramaterapie*. Praha: Portál, 2001
7. VALENTA, M. et al. *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc: UP, 2003.
8. VALENTA, M., Müller, O. *První český speciálně pedagogický cestopis*. Olomouc: Netopej, 1997.
9. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2003

1.3 Model „vnímání – představy – myšlení“ jako základ terapií ve speciálněpedagogické intervenci

Marie Vítková

Model „vnímání – představy – myšlení“ je ontogenetický vývojový model. Odpovídá vývoji člověka a pokouší se ho napodobit. Hovoříme-li o modelu „vnímání – představy – myšlení“ v tomto pořadí, míníme tím, že v ontogenezi člověka je především zakotveno vnímání (jako fyzická činnost), protože malé dítě vnímá především smysly, dlouho před tím, než začne mluvit a myslet.

Obr. 1: Model „vnímání – představy – myšlení“



Na obr. 1. je zobrazen trojúhelník: vnímání představuje širokou základnu (bázi), která je spojena se zužující se a diferencující se nadstavbovou dimenzí představ a konečně s úrovní myšlení. Abstraktní úroveň se stále zvyšuje.

Model „vnímání (fyzická činnost) – představy (psychická činnost) – myšlení“ chápeme jako vztahový rámec pro diagnostiku, terapii, rehabilitaci, speciálněpedagogickou intervenci a především také pro prevenci.

V oblastech „vnímání – představy – myšlení“ vycházíme z kategorie člověka, přičemž se sem počítají např. potenciaální možnosti člověka, které mj. spočívají v jeho „duševnu“. V celkovém vývojovém procesu je třeba vidět dialektiku – kolísání vjemu a vyjádření, aktivity a pasivity.

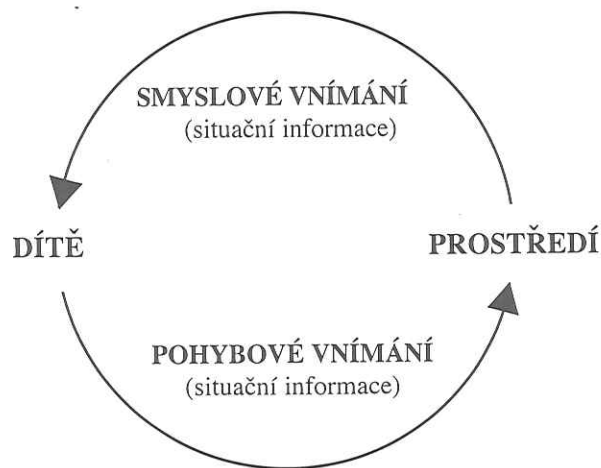
Základem je obraz člověka orientovaný holisticky. Podle V. Weizsäckera (1986, s. 5), kdy „tělo a duše jedná společně“, bereme v úvahu materiální a spirituální dimenze člověka ne jako kauzálně lineárně vzájemně propojené, nýbrž jako různé vzájemně se ovlivňující kvality rozsáhlého biopsychického dění (*bio-psycho-duševně sociální jednota člověka*), které se u každého člověka subjektivně nově tvoří v individuálních integračních procesech.

V našem obraze člověka k tomu přiřazujeme historickou dimenzi, která obsahuje vývojové procesy jak biologické, tak psychologické.

Pro tento vývoj považujeme za zvlášť důležité diferenciaci kůže (jako význam-

ný smyslový orgán člověka) a diferenciaci nervového systému (který vzniká z vnějších embryonálních buněčných vrstev několik týdnů po oplodnění). Tento předem naprogramovaný diferenciacní proces ukazuje na úzké spojení hmatového vnímání a neuronální organizace. Z těchto jen naznačených biologických organizací lze odvodit, že uchopování, vnímání a jiné perceptivní možnosti představují základnu, ze které se vyvíjí diferencované, pocitové a kognitivní struktury, které umožňují prostřednictvím uchopování kontrolovat realitu a zpětnou vazbu, což si můžeme představit ve smyslu Weizsäckera (1950) jako podobu kruhu (Gestaltkreis, obr. 2).

Obr. 2. Weizsäckerův Gestaltkreis podle Kipharda (1979, s. 13)



Lze také konstatovat, že ve všech terapiích, také v psychoterapii je vždy třeba vycházet z tělesných (neuronálních), emocionálních a kognitivních integračních procesů, které propojují, slučují a diferencují už získané zkušenosti s aktuálními zážitky.

Kromě hmatového vnímání jsou zde ještě další smysly, jako vnímání pohybu, rytmu a rovnováhy, chuti, dotyku a vnímání sebe. Nakonec máme ještě distanční smysly – sluch, zrak a čich.

Specifické modální smysly se integrují prostřednictvím souhry až k intermodalitě a k pravidelnému opakování (Affolter, F., 1987). Příkladem může být hra s míčem: dítě hodí míč o zeď, jednou, dvakrát, třikrát tleskne, chytí míč, otočí se a přitom skáče – jedná se o typickou hru s pravidly.

Všechny dimenze aktivit a vnímání na této úrovni se odehrávají v přítomnosti. K lepší názornosti má přispět následující schéma (obr. 3).

Obr. 3: Vnímání těla, biotické vnímání

• **Smyslové vnímání**

- Blízké smysly: pohyb, rytmus, rovnováha, chuť, vnímání sebe, tepla atd.
- Distanční smysly: čich, sluch, zrak

➤ Senzorická integrace: specifické modální smysly prostřednictvím intermodality až k pravidelnému opakování

• **Doba**

➤ teď a nyní (přítomnost)

• **Vyjádření**

➤ tělesně pohybem, gestikou, rytmem, mimikou

Speciálněpedagogické aktivity:

• **Zaměření na „vnímání“ (tělesné)**

➤ Autogenní trénink (J. H. Schultz), funkční uvolnění (M. Fuchs), Montessori pedagogika, bazální stimulace (A. Fröhlich), sensorická integrační terapie (J. Ayres), terapie vnímání (F. Affolter), motopedagogika-mototerapie (J. Kiphard), trénink vnímání a pohybu (M. Frostig), hipoterapie, rytmika, Bobathova terapie, Vojtova metoda, konduktivní výchova (Petö), pedagogika zážitku (Hahn), muzikoterapie (Orff), biodynamika-energetika (terapie těla Reichscheho)

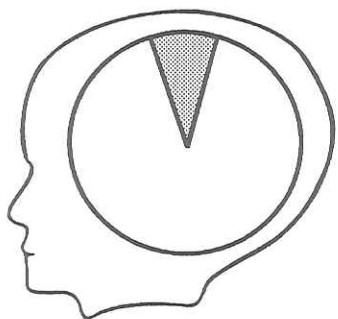
Potřeba přípravy na „pocitovou (názorovou) a myšlenkovou úroveň“

Existuje celá řada speciálněpedagogických metod, které mají svůj základ v oblasti „vnímání“. Tato rovina je pro speciálněpedagogickou práci zvláště důležitá, protože se zde dá najít základna pro poznání a chápání jednání (od uchopení k pochopení přes nazírání k pojmu).

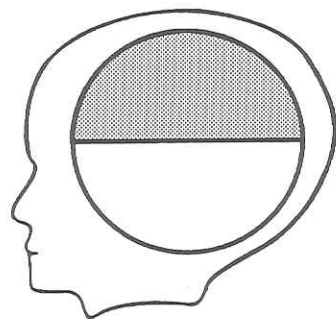
Sem řadíme autogenní trénink podle Schultze, funkční uvolnění (Fuchs), Montessori (léčebnou) pedagogiku, bazální stimulaci (Fröhlich), trénink vnímání (Affolter), sensorický trénink (Ayres), psychomotoriku/mototerapii (Kiphard), rytmiku, pedagogicko-psychologické ježdění a hipoterapii, konduktivní pedagogiku (Petö/Keil) a mnoho jiných metod, které mají ve středu zájmu fyzickysmyslovou rovinu „vnímání“.

Na dalším obrázku (obr. 4) vidíme učící se mozek z knihy Johannese Hollera (1996, 297). Z obrázku je patrné, že úspěšnost učení se zvyšuje se zvyšujícím se počtem zapojených smyslů do poznávacího procesu, nejuspěšnější je tehdy, když jsme sami aktivní.

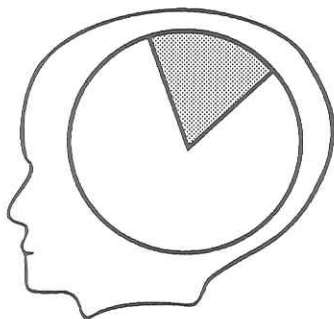
Obr. 4: Učící se mozek



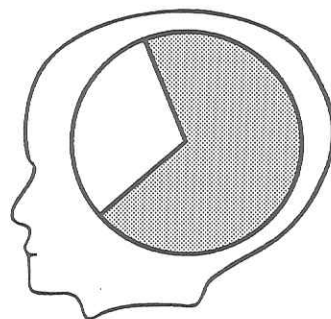
10 % z toho, co čteme



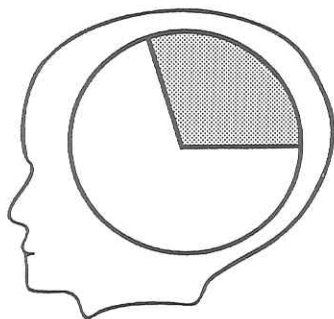
50 % z toho, co slyšíme a vidíme



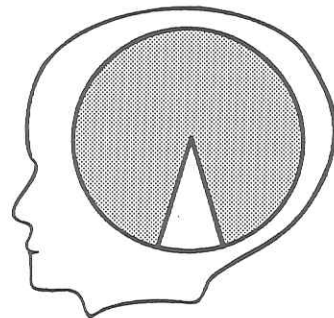
20 % z toho, co slyšíme



70 % z toho, co říkáme



30 % z toho, co vidíme



90 % z toho, co sami děláme

Budeme-li teď hovořit o „představách“, rozumíme tím na jedné straně pocity, které se váží na stálou interakci mezi subjektem a objektem ve smyslu vnímání, na druhé straně jsou tím míněny obrazy, asociace, symboly a představy vznikající v tomto procesu.

Obojí je psychickou stránkou biologických procesů odpovídající vnímané realitě. Také zde má přispět k lepší názornosti schéma (obr. 5).

Obr. 5: Představy

- **Vznikají**
 - Obrazy, asociace, představy
 - Symboly s odpovídajícím citovým zabarvením
 - Kreativní aktivita jedince s nezaměnitelnou identitou
 - Biopsychická reprezentace
 - Přiblížení reality a fantazie
 - Integrace obrazů s pocity
 - Hlubinná psychologie
- **Doba**
 - spojení prostoru – času – kontinua
- **Vyjádření**
 - kreslením, tvořením, zpěvem, tancem, fantazírováním, sněním...

Speciálněpedagogické aktivity:

- **Zaměření se na „představy“**
 - Pohádky, simulační hry, sny, fantazie, malování, tvoření, básnění, komponování, pohybová terapie (H. Stolze), psychodrama (J. Moreno), taneční terapie, terapie uměním

Potřeba zpětné vazby k smyslové úrovni a příprava na myšlenkovou úroveň

(Speciálně) pedagogické aktivity v této oblasti: patří sem pohádky, simulační hry, snění, fantazie, malování a tvoření (konstruování), psychodrama a všechny formulace úloh, které jsou zaměřeny na symboly a symboliku.

Na třetí úrovni je „*myšlení*“, které se dělí na integrativní myšlenkové procesy a tradiční myšlení.

Integrativní myšlenkové procesy jsou vybudovány na smyslových zkušenostech, na konání a symbolech, které z toho vznikají. Naproti tomu se nachází *tradiční myšlení*, které produkuje slovní pojmenování. Zkušenosti se dále předávají jenom slovy. K lepší názornosti je i zde uvedeno schéma (obr. 6).

Obr. 6: Myšlení

• **Myšlenkové procesy**

Integrativní myšlenkové procesy, postavené na obrazech, které se vyvinuly ze smyslové zkušenosti a aktivity	Tradiční myšlení, pojmy (řeč)
---	-------------------------------

Vzdělání jako integrativní součást osobnosti (identita).

Zažité zkušenosti a obrazy se integrují řečí a myšlenkovými strukturami.

• **Doba**

➤Minulost – současnost – budoucnost

• **Vyjádření:** komunikace, komponování, psaní básní

Speciálněpedagogické aktivity:

• **Zaměření na „myšlení“**

➤Filozofické základní koncepty

➤Systemická terapie

➤Integrativní základy

➤Komunikační terapie

➤Analytické práce

Potřeba zpětné vazby na smyslové a názorové úrovni

Na této úrovni „*myšlení*“ spočívá komunikační terapie, aspekty analytické práce apod. Také tato rovina potřebuje zpětnou vazbu, zde na úrovni smyslové a symbolické. Tím je rozuměno, že když klienti hovoří o fantazii a snění, mají se naučit pozorovat, co dělá při tom jejich tělo. Měli bychom dospět k psycho-somaticko-sociálnímu porozumění, což ve zkratce představuje podstatu modelu „*vnímání-představy-myšlení*“.

Literatura:

1. AFFOLTER, F. *Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache*. Villingen – Schwenningen: Neckar – Verlag GmbH, 1987.
2. AYRES, A. J. *Bausteine der kindlichen Entwicklung*. Berlin: Springer Verlag, 1984.
3. FUCHS, M. *Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis eines körperbezogenen sychotherapieverfahrens*. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 1997.
4. FRÖHLICH, A. *Basale Stimulation*. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 1991, 1995. ISBN 3-910095-11-9.
5. GERBER, G., REINELT, T. *Spüren – Fühlen – Denken. Ein ontogenetisches Entwicklungsmodell mit tiefenpsychologischer Fundierung. Indikationen zur Psychotherapie und Rehabilitation*. In SASSE, O., STOELLGER, N. (Hrsg.) *Strukturbildung im therapeutischen Prozess*. Wien: Literas, 1989.
6. HOLLER, J. *Das neue Gehirn*. Paderborn: Junfermann, 1996.
7. KIPHARD, E. J. *Mototherapie*. Dortmund, Verlag Modernes Lernen, 1990.
8. KIPHARD, E. J. *Motopädagogik*. Dortmund, Verlag Modernes Lernen, 1979.
9. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997, 2002. ISBN 80-7178-657-8.
10. MONTESSORI, M. *Die Entdeckung des Kindes*. Freiburg: Herder, 1969.
11. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálněpedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
12. POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9.
13. REINELT, T. *Entwicklung und Differenzierung von Gefühlen über anschauliche Vorstellungen – Hinweise für Therapie und Rehabilitation*. In *Veierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, J. 55, 1986, S. 26-34.
14. SCHULTZ, I. H. *Das autogenne Training*. Stuttgart: Thieme Verlag, 1986.
15. WEIZSÄCKER, V. *Der Gestaltkreis*. Stuttgart: Thieme Verlag, 1976.
16. WEIZSÄCKER, V. *Der Gestaltkreis. Theorie und Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*. Stuttgart: 1950.