

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta – Ateliér arteterapie

**Využití arteterapeutických postupů v procesu
integrace dětí se zdravotním postižením**
(bakalářská práce)

autor: Markéta Sumannová

vedoucí práce: PhDr. Rostislav Nesnídal

2009

Anotace:

Tato bakalářská práce se zabývá psychologickou a sociální problematikou zdravotně postižených, charakteristikou termínu integrace, druhy integrace, aspekty integrace. Zmiňuje také některé organizace, které se integraci postižených dětí věnují a způsob jejich práce. Praktická část je věnována konkrétní kazuistice, možnostem využití arteterapeutických postupů a technik při rozvoji některých schopností podporujících integraci klientky předškolního věku a jejímu výtvarnému projevu. Závěrem shrnuje poznatky, zkušenosti a přínosy arteterapeutického působení na proces integrace.

Annotation:

This Bachelor Thesis deals with the psychological and social problems of disabled children, the characteristic concept of integration, types of integration, aspects of integration. Also some organizations that are dedicated to the integration of disabled children and their modus operandi are mentioned. The practical part is devoted to specific case reports and looks for modalities and possibilities of using art – therapeutic procedures and techniques to help improve some abilities which support the client's integration and shows client's artistic expression. Finally the Thesis sums up experiences and knowledge acquired through art – therapeutic influence of the integration process.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma využití arteterapeutických postupů v procesu integrace dětí se zdravotním postižením jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47 zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné databázi STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 20. 4. 2009

.....

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu PhDr. Rostislavu Nesnídalovi, za vedení při vypracování bakalářské práce a konzultantovi PaedDr. Evženu Peroutovi, za připomínky a informace týkající se arteterapeutické metodiky.

Obsah:

ÚVOD	7
1 SOUČASNÝ STAV.....	9
1.1 Sociální význam zdravotního postižení.....	9
1.1.1 Postoj společnosti k jedincům s postižením.....	10
1.1.2 Postoj postižených ke společnosti.....	11
1.1.2 Rodina dítěte s postižením.....	11
1.2 Vývoj dítěte s postižením.....	12
1.3 Základní pojmy v oblasti integrace.....	14
1.3.1 Význam integrace.....	16
1.3.2 Stupně integrace.....	17
1.3.3 Modely integrace.....	19
1.3.4 Rozsah integrace.....	19
1.3.5 Komunikativní aspekt integrace.....	19
1.3.6 Sociální postavení integrovaného dítěte.....	20
1.3.7 Podpůrné služby.....	21
1.3.8 Integrovaný servis služeb.....	21
1.3.9 Hlavní problémy integrace.....	22
2 CÍLE PRÁCE	24
2.1 Stanovení konkrétních cílů arteterapeutického působení.....	24
3 METODIKA.....	25
3.1 Vymezení arteterapeutického působení v rámci podpory integrace do předškolního zařízení ve školním roce 2007/2008, jeho struktura a organizace.....	25
3.2 Charakteristika problémů při integraci klientky s DMO	25
3.3 Specifika arteterapeutické práce u klientky s DMO.....	26
3.4 Výtvarný projev klientky s DMO.....	27
3.5 Uplatnění arteterapeutických postupů a technik.....	31
3.7 Kazuistika klienta: Eva F. (6 let).....	31
3.7.1 Osobní a rodinná anamnéza.....	31
3.7.2 Průběh arteterapie.....	31

3.7.2.1 Školní rok 2006/2007, II. pololetí.....	31
3.7.2.2 Školní rok 2007/2008, I. pololetí.....	36
3.7.2.3 Školní rok 2007/2008, II. pololetí.....	38
4 VÝSLEDKY.....	45
4.1 Shrnutí výsledků a zkušeností.....	45
5 ZÁVĚR.....	48
5.1 Závěrečné zhodnocení.....	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	49
KLÍČOVÁ SLOVA.....	50
PŘÍLOHY.....	51

ÚVOD

Téma integrace dětí s postižením je v současné době aktuálním tématem nejen pro odborníky, pedagogy, speciální pedagogy, psychology, ale především pro rodiče dětí s postižením a společnost vůbec.

Naše společnost prochází fází integrace se zpožděním, způsobeným hlavně odlišným politickým vývojem (který sebou přinášel i jiný náhled na tuto sociální problematiku) a zkušenosti a náměty v tomto směru tudíž čerpáme především ze zahraničních zdrojů. Společné vzdělávání zdravých dětí a dětí s postižením by znamenalo uskutečnění reformy běžného školství a týkalo by se velkého procenta populace.

Vzhledem k tomu, že jsem v průběhu posledních dvou let studia oboru arteterapie pracovala jako osobní asistent, podílející se na integraci dítěte s postižením, je toto téma velmi aktuální i pro mě a vybrala jsem si ho jako téma mé bakalářské práce. Zajímaly mě především možnosti využití arteterapeutických postupů v procesu integrace.

Arteterapie je obor, který je řazen mezi terapeutické metody a využíván v oblasti klinické, výchovné i rehabilitační. Můj zájem se orientoval na využití metod produktivních (tj. metod, které zahrnují samostatnou tvořivou činnost) a zároveň projektivních, které vychází z předpokladu, že dochází k promítání vnitřních psychických obsahů do vnějších výrazových forem a ty je pak možno chápat jako metaforické zobrazení intrapsychického konfliktu, míry deprivace či integrovanosti (1) a následně lze vhodnými metodickými pokyny a výtvarným vedením působit změny v myšlení, chování a postojích. Vzhledem k věku klientky, jsem kladla důraz především na neverbální tvořivou činnost bez následné interpretace.

Svou práci jsem zpracovávala na základě poznatků a zkušeností získaných v církevní mateřské škole Srديčko, kde integrace probíhala a při supervizích v organizaci Klub Hornomlýnská, který pro rodiče zajišťoval mimo jiné i osobní asistenci.

(1) PEROUT, E. *Arteterapie se zrakově postiženými*. Praha: Okamžik, 2005, s. 31 .

Téma integrace mě přivedlo nejen k uvažování nad historií integrace, ale také k zamyšlení se nad problémy, které integrace přináší, nad připraveností společnosti a pedagogů se na integraci podílet.

Součástí práce je kazuistika, která má demonstrovat průběh arteterapeutického působení a přiblížit některé problémy, které využití arteterapeutických technik u dané klientky provázely.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. Sociální význam zdravotního postižení

„...Pak na hostině Enki a Ninmach „společně pivo pili a jejich mysl byla rozjařena“, načež se pohádali. Přeli se o to, kdo stvořeným tělům určí osud. Nakonec Ninmach tvořila lidem těla a Enki jim určoval osud, vlastně jiné vhodné zaměstnání.

- *Člověk první „slabou paží ohnout nemohl“ a nic v ní neudržel. Byl ustanoven dvorním sluhou“.*
- *Člověk druhý „viděl málo a stále mrkal“. Dostal dar zpěvu.*
- *Člověk třetí „nohu měl strnulou“. Naučil se zpracovávat stříbro.*
- *Člověk čtvrtý „stále jen močil“. V jeho případě nešlo najít nic užitečného, tak mu byl alespoň zachován život.*
- *Pátým člověkem byla „neplodná žena“. Šla do harému.*
- *Šestý člověk „úd mužský ani pochvu neměl“. Musel stát před králem.*

Druhý pokus se děl ve střízlivém stavu stvořitelů, ale ani ten se nezdařil.... Umul, kterého Ninmach porodila, měl nemocné všecko. Byl tak postižený, že si nedokázal ani vložit chléb do úst a k tomu neuměl mluvit...“ (2)

...úryvek ze sumerského mýtu, asi 18. st. př. n. l., z doby starobyylónské...

Není pochyb o tom, že lidstvo je již od samého počátku provázeno nemocemi a jejich důsledky. Existují tak odpočátku vedle sebe i dvě skupiny lidí, majoritní skupina zdravých, nepostižených jedinců a minoritní skupina slabších, nemocných a postižených lidí. Vztahy mezi těmito dvěma skupinami jsou poznamenány jistým napětím. Postižený člověk zpravidla byl a stále je omezen v životních možnostech, které dané sociokulturní prostředí nabízí, zejména proto, že zdravotní postižení bývá sociálně nápadné a znevýhodňující.

Postižení zahrnuje velké množství různých funkčních omezení, která se vyskytují v každé populaci ve všech zemích světa. Lidé mohou být postiženi fyzicky, mentálně nebo smyslově, duševním onemocněním nebo zdravotním stavem. Každé zdravotní postižení má pro postiženého subjektivní význam, který je závislý na době vzniku

(2) PhDr. TITZL B. Dr. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: PedF UK, 1998, str.50

postižení, na omezeních, která svému nositeli přináší a na způsobu jak jej společnost přijímá.

Současné znalosti směřují k poznání

- že postižený člověk dokáže reagovat flexibilně, jestliže má vhodnou příležitost, aby se tomu naučil
- pro postiženého člověka existuje mnoho způsobů, jak může vést normální život
- relativně normální způsob života vyžaduje, aby se přizpůsobil jak postižený jedinec, tak ostatní společnost..

1.1.1. Postoj společnosti k jedincům s postižením

Společnost má zpravidla k postiženým ambivalentní přístup, který vychází z nedostatečného pochopení jejich problémů. Toto chování společnosti k postiženým jedincům zahrnuje jak racionální složku, prezentující znalosti jedince o daném problému, tak emotivní složku, která vyjadřuje buď akceptaci zastoupenou pozitivními emocemi nebo odmítání spojené s emocemi negativními. V praxi to znamená, že lidé mají tendenci být k zdravotně postiženým ohleduplnější, projevují soucit, ale na druhou stranu mají také tendenci je podceňovat, pociťují ostych, odmítání, čímž postiženého odsuzují ke specifické pasivně-receptivní roli.

V postoji společnosti k postiženým se také projevuje tendence ke generalizaci, tj. vnímání všech postižených stejně, bez respektu jejich individuality. Tato skutečnost může souviset právě s emočním odmítáním všeho, co je nějakým způsobem odlišné od standardu.

Limity vztahu tělesně postižených a nepostižených lze chápat jako hranice či překážky mezi majoritní a minoritní společností, které mohou nabývat charakteru bariér rázu psychického, sociálního či ekonomického. Projevovat se tyto bariéry mohou mimo jiné i ve sférách vzdělávání a výchovy, léčebné intervence, sociálního začleňování.

1.1.2. Postoj postižených ke společnosti

Stejně jako společnost reaguje na postižené jedince různými způsoby, tak i reakce postižených, vztahující se ke zdravé majoritní skupině mohou být různé a závisí na typu postižení, schopnostech, dosažené úrovni vývoje a zkušenostech. Pokud se cítí nepřijímaní, mohou mít tendenci zaujímat určité postoje stereotypy např. trpět neodůvodněnými pocity ukřivděnosti, podezřívavosti nebo vytvářet specifické skupiny v rámci své minoritní společnosti.

1.1.3. Rodina dítěte s postižením

Narození dítěte s postižením je pro rodinu krizovou událostí. Existence takového dítěte v rodině ovlivňuje a mění nejen interní chování rodiny, ale také její vztah ke společnosti. Četné výzkumy ukazují, že rodina je pod neustálým stresem, objevuje se úzkost, deprese, mohou být narušeny manželské vztahy. Zátěž (častým průvodním jevem rodin s postiženými dětmi je jejich izolovanost, vysoké nároky na osobnost a psychickou stabilitu), se kterou je rodina nucena se vyrovnat, může vést ke vzniku traumatu a je zpravidla provázána pocity selhání v roli rodiče, pocity viny a méněcennosti. Reakce rodičů na tuto krizovou událost ovlivňují i převládající postoje společnosti, ve které žijí. Rizikem, vyplývajícím z výše uvedeného je, že rodičovské postoje a chování mohou být v určitém směru extrémní – mohou kolísat od hyperprotektivního chování až po odmítnutí postiženého dítěte. Z. Matějček uvádí, že v rodině s postiženým dítětem snáze může docházet k napětí a neshodám...a že nejčastější obranou proti úzkosti bývá agrese. Děti s postižením si tedy nesou do života určité riziko nepochopení ze strany „svých lidí“. (3)

Ukazuje se však, že pobyt dítěte s postižením v harmonickém rodinném prostředí má pro dítě psychoterapeutické i motivační účinky.

Postoj rodičů k dítěti s postižením prochází postupně několika fázemi:

- fázi šoku a popření (neschopnost reagovat, přijmout sdělenou informaci)
- fázi bezmocnosti (rodiče nevědí, co a jak by měli dělat, nedovedou situaci řešit)

(3) MATĚJČEK Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál, 1994, str. 28.

- fází postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem (zvýšený zájem o informace týkající se postižení)
- fází smlouvání (tendence rodičů získat naději, je znakem kompromisu)
- fází realistického postoje (přijmutí skutečnosti, realistické plánování).

„Ta největší bolest této chvíle je vlastně způsobena tím, že ji vnímáme na pozadí budoucnosti. Člověk se poměrně dobře dokáže smířit s aktuálním stavem; přijme i dlouhodobé trápení, nabízí-li se z něho kdesi východisko; ale je zdeptán, když cítí a přímo vidí, jak je spoutávána a škrtána celá jeho budoucnost.“ (4)

Na postoje v rodině je třeba působit tak, aby byly podporovány „realistické postoje“ rodičů, které nebudou podporovat patologickou nesamostatnost a závislost postiženého dítěte na rodině a zároveň nebudou podněcovat bezmeznou víru rodiny v pomoc státu, obce či humanitárních organizací. Rodina by měla být aktivním článkem v procesu integrace.

1.2. Vývoj dítěte s postižením

Dítě s postižením prochází stejnými fázemi vývoje jako dítě zdravé, rozdíl je v tom, že postižení (ať už smyslové či pohybové) může v některých fázích rozvoj limitovat nebo jej zcela omezit. Vývoj každého jedince je však individuálně specifický.

V **kojeneckém věku** mají postižené děti zvýšenou potřebu pocitu jistoty a bezpečí, protože jejich handicap způsobuje zhoršenou orientaci v prostředí. Mohou trpět nedostatkem podnětů, které by vývoj stimulovaly. Běžná stimulace nemusí k adekvátnímu vývoji stačit a je třeba aby dítě s postižením bylo stimulováno jinak, např. v rámci speciálního programu. Děti s postižením také mohou trádat v oblasti citové, pokud rodiče, respektive matka má problém dítě citově akceptovat. Prožití prvních let života významně ovlivňuje základní postoj k životu (ten je ovlivněn zkušenostmi, které dítě získá a možnostmi, které dítě má) a vytváří se během nich základní strategie adaptačního chování (tzv. bazální životní strategie) postiženého dítěte.

(4) Citace: BLAŽEK B., OLMROVÁ J. *Světy postižených*. Praha: Avicenum, 1988, str. 26.

Batolecí věk je věkem, kdy probíhá první emancipace a má velký význam pro rozvoj vlastní identity. Emancipace postiženého batolete nemůže probíhat v takové míře jako u zdravého dítěte. Problémy mohou nastat v následujících oblastech:

- odpoutávání se z vazby na určité místo (např. děti postižené pohybově či zrakově)
- odpoutávání se z vazby na matku (týká se všech oblastí postižení)
- přechod k symbolickému myšlení (pokud dítě není schopno pochopit vztah mezi skutečností a jejími symbolickými reprezentacemi, např. u dětí mentálně postižených, které nejsou schopny chápat souvislosti ani u bezprostředně vnímané reality, také u dětí sluchově postižených, které nemohou vnímat mluvenou řeč).

Pokud rodiče dostatečně nepodporují osamostatňování se, vytváří se základ pro pasivně-receptivní postoj, vedoucí v budoucnu k nesamostatnosti.

Důležitým mezníkem ve vývoji je nástup dítěte do školy (**školní věk**). Dítě je poprvé konfrontováno s neměnností svého znevýhodnění a také se zdravými spolužáky, pokud se rodiče rozhodnou pro integraci do běžné školy. Zvláště pro socializační proces je přijetí dítěte vrstevníky velmi důležité. Dítě s postižením se učí chápat, že je určitým způsobem omezeno, má odlišnou sociální roli, může se setkat i s negativním hodnocením ze strany zdravých vrstevníků. Jinou možností je vzdělávání ve speciální škole. Tato možnost však pro rodiče znamená stvrzení „odlišnosti“ a tak často dávají v současné době přednost spíše integraci, která zdánlivě minimalizuje negativní aspekty postižení. Výhodou vzdělávání ve speciální škole je, že dítě není tak stresováno svou odlišností, nesetkává se s negativními reakcemi, výuka je přizpůsobená jeho možnostem. Segregace dětí do skupiny stejně postižených jedinců však může přinášet u mnoha z nich neschopnost žít v prostředí zdravých jedinců. Erikson definuje období školního věku jako období snaživosti a výkonu (5). Ve školním věku je tedy rizikem vznik pocitů méněcennosti, nedostačivosti (v případě, že se dítěti nedaří dosáhnout odpovídajícího výkonu) či naopak může dojít k nadměrnému důrazu na výkon, jako kompenzaci postižení.

(5) ERIKSON, E. H. *Dětství a společnost*. Praha: Argo, 2002.

Dospívání je fází druhé emancipace. V tomto období začíná být postižení nahlíženo jako fakt, se kterým je třeba se vyrovnat, projevuje se větší kritičnost, sebekritičnost, postižený si uvědomuje svá omezení, hledá roli, kterou by mohl ve společnosti přijmout. Jestliže se mu nedaří, může používat obranné mechanismy, které následně mohou negativně ovlivňovat vztahy s lidmi a deformovat další vývoj jeho osobnosti. Také dochází, stejně jako je tomu u zdravých jedinců, k vytváření vlastních postojů, hledání identity a nezávislosti. Většinou se ale postižený těžko odpoutává od rodinných vazeb (sociální a ekonomická závislost na rodině, závislost na rodině jako stereotyp) a tak přesun zájmu k vrstevnické skupině není tak markantní jako u zdravých dospívajících. Ve skupině zdravých vrstevníků mohou jedinci s postižením strádat nedostatkem sociálních kontaktů, přátelských vztahů. Prostředí stejně postižených však může být méně stimulující, málo konkurenční, většinou chybí „vzory“ (člověk zněvýchodněný, který by poskytl imponující vzory chování). Omezený je i výběr budoucí profesní role. Jedinec s postižením může volit mezi dalším vzděláváním (specializované učební obory, školy) nebo například prací v chráněné dílně či v tzv. podporovaném zaměstnávání (za pomoci pracovního asistenta). Postižení se častěji dostávají do situace, kdy jejich představa je neuskutečnitelná a realita je neuspokojivá.

1.3. Základní pojmy v oblasti integrace

Integrace je chápána jako jev, který je podstatnou součástí života postmoderní společnosti. Jeho vymezování, legislativní formulování i praktické rozvíjení má charakter globálního problému lidstva (6). Potřeba integrace vzniká tam, kde se setkávají navzájem se odlišující jevy, situace nebo postoje a pomáhá negativní aspekty vznikající z těchto setkání eliminovat či odstraňovat. Dosaženou úroveň integrace nelze chápat jako plošně stejnoměrnou a nelze ji považovat za jev ukončený, již se nerozvíjející.

Integrace je jevem komplexním. Rozlišujeme integraci osobnosti, integraci sociální, kulturní, pedagogickou či pracovní.

(6) Doc. PaedDr. JESENSKÝ J., CSc. Sborník z odborné konference na počest 50. výročí PedF UK. *Integrace – znamení doby*. Praha: Karolinum, 1998.

V pedagogické praxi je termín integrace chápán jako akt zařazení dítěte s postižením do příslušného typu běžné či speciální školy. V rámci nenásilné, přirozené a prospěšné integrace postižených dětí v oblasti speciálního i běžného základního školství by měly být vytvořeny takové nezbytné podmínky, které musí úspěšné integraci předcházet. Jedná se zejména o úpravu legislativně právních předpisů ve školství, ekonomické zajištění, zajištění technických a organizačních požadavků škol a školských zařízení atd.

Integrované vzdělávání – představuje přístupy a způsoby, jak zapojit žáky s těžkým a trvalým zdravotním postižením do hlavního proudu vzdělávání. Tyto děti nemusí být nadále vyřazovány z běžného školního prostředí a izolovány ve speciálních (často internátních) zařízeních. Účelem je, aby se jim dostalo takového vzdělání a výchovné zkušenosti jako jejich zdravým vrstevníkům, ale zároveň byli i nadále chápáni jako jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami. V současné době je vzdělávání ve speciálních školách využíváno hlavně dětmi s těžkým postižením (u dětí s těžkým tělesným či mentálním postižením, u nevidomých dětí, neslyšících dětí). U středně těžkých a mírných postižení je dávana přednost účasti v hlavním výchovně-vzdělávacím proudu (7).

V materiálech zemí OECD (8) je školní integrace definována jako proces, který maximalizuje interakci mezi handicapovanými a nehandicapovanými žáky (9). Jedním z cílů integrace je vytvářet vzájemné pochopení a akceptaci mezi handicapovanými a zdravými lidmi tak, aby byly zaručeny rovné příležitosti pro obě skupiny. To v sobě zahrnuje přizpůsobivost obou stran.

Chtěla bych zmínit také termín **inkluze** a inkluzivní výchova, který se používá od roku 1994, často synonymně k pojmu integrace. Inkluze je však pojem širší, který se zřiká jakékoliv formy selektování žáků a počítá s rozpuštěním speciálních zařízení a

(7) PIPEKOVÁ J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998, příloha č. 1, str. 19.

(8) OECD - Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (z angl. *Organisation for Economic Co-operation and Development*)

(9) PhDr. VOCILKA M., CSc. a kol. *Integrace sociálně a zdravotně handicapovaných dětí do společnosti*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 1997, str. 10.

speciální pedagogiky. Tato pozice úplné inkluze se běžně neujala a spíše převládá „responsible inclusion“ (odpovědná inkluze), která obsahuje kontinuum integrativních podpůrných možností (10).

Byly definovány tři významné procesy přizpůsobení:

Asimilace – klade důraz na to, aby handicapovaní přijali způsoby většiny.

Akomodace – klade důraz na zařazení handicapovaných do majoritní společnosti, ale uznává jejich práva být sami sebou.

Adaptace – vyžaduje přizpůsobení handicapovaných i nehandicapovaných.

Pro realizaci vládního programu týkajícího se integrace jsou nutné zákony a předpisy. Ty však musí být formulovány tak, aby umožňovaly integrační modely, které bude možné přizpůsobit různým regionálním a místním podmínkám.

1.3.1. Význam integrace

„Více než 500 milionů lidí na celém světě je postiženo v důsledku mentálního, fyzického nebo smyslového poškození. Jsou oprávněni mít stejná práva a stejné příležitosti k rozvoji jako všichni ostatní.“ (11)

...rezoluce OSN, 37. shromáždění, r. 1982...

Možnosti integrace jsou interindividuálně a intraindividuálně různé, míra integrace je podmíněna stupněm samostatnosti a nezávislosti postiženého dítěte a typem defektu. Integrace se dotýká jak vlastní osobnosti postiženého dítěte, tak jeho okolí. V integračním procesu je prvořadý rozvoj osobnosti postiženého jedince.

(10) VÍTKOVÁ M. *Integrativní/inkluzivní nebo segregativní vzdělávání žáků s tělesným postižením.*

Zdroj internet: <http://svp.muni.cz/dokumenty.php?klic=1.5.1>

(11) V r. 1982 Valné shromáždění OSN přijalo Světový akční program činností týkající se zdravotně postižených osob (World Programme of Action Concerning Disabled Persons), který je nejvýznamnějším výsledkem Mezinárodního roku zdravotně postižených. Program formuloval nejdůležitější zásady v oblasti prevence a rehabilitace a potvrdil právo zdravotně postižených na stejné příležitosti, jaké mají ostatní občané. Světový program obsahuje první ustanovení svého druhu ohledně vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením v rámci OSN. Přístupno na: <http://www.diskriminace.cz/do-postizeni/standardy.phtml>.

Z poznatků z výzkumů vyplývá, že oddělené vzdělávání neumožňuje postiženým dětem činit takový pokrok, jaký by bylo možno očekávat. Výzkumné zprávy z mnoha zemí dokládají, že v integrovaných zařízeních dosahují handicapované děti vyšší vzdělanostní úrovně. Škola však není jen místem výuky, ale také místem společenského života dětí, do kterého děti s postižením, pokud nejsou integrovány, jen obtížně pronikají. Pedagogická integrace by měla probíhat tak, aby žáci nepostižení nic „neztráceli“, ale obě skupiny se vzájemně obohacovaly a jejich vzájemná interakce byla oboustranně pozitivní. Nepostižení jedinci motivují postižené k vyšším výkonům, intelektuálnímu rozvoji, kooperaci. Pracovní úsilí a kladný vztah dětí s postižením zase může pozitivně ovlivňovat skupinu nepostižených a svojí přítomností je učí tolerantnosti a respektu k odlišnostem.

V současné době se perspektivám handicapovaných dětí věnuje ve většině rozvinutých zemích zvýšená pozornost. Převládá názor, že jejich rozvoji lze napomoci a mnohé z nich mohou být zařazeny do produktivního a relativně normálního života, jestliže se vhodně vyjde vstříc jejich vzdělávacím potřebám. Podporován je názor, že mnoho dětí vzdělávaných ve speciálních školách, by se mohlo a mělo vzdělávat společně s dětmi zdravými v normálních školách a že společně s rodinou má škola nejvýznamnější vliv na vývoj a rozvoj všech složek osobnosti postiženého dítěte.

Cílem školství České republiky je vytvořit ve školách takové prostředí, které by vycházelo vstříc integraci žáků se speciálními potřebami do všech typů škol a školských zařízení. Míra otevřenosti školy vůči přijímání a vzdělávání žáků se speciálními potřebami se nazývá **integrabilitou**.

Obecně je uznáváno, že klíčem k úspěšné integraci je vytvoření takového modelu školy, který by byl přístupný i pro žáky se speciálními potřebami.

1.3.2. Stupně integrace

Integrace zdravotně postižených dětí do společnosti má různé stupně, které na sebe úzce navazují. **Prvním a základním stupněm je přijetí handicapovaného dítěte rodinou** – rodiči, sourozenci, prarodiči. Rodičům je poskytována tzv. raná podpora, péče v oblasti zdravotní, pedagogické a sociální, zpravidla ji zajišťuje resort

zdravotnictví (např. dětské lékaři, kteří sledují tělesný a psychický vývoj dítěte při pravidelných prohlídkách, či střediska rané péče, pomáhající rodičům vyrovnat se s obtížnou situací a zajistit pro dítě vhodná intervenční opatření).

Druhým stupněm může být buď integrace do předškolního zařízení (běžné či speciální mateřské školky) nebo rodinná péče. V obou těchto případech rodičům pomáhají v oblasti sociální, psychologické i pedagogické, speciálně pedagogická centra, která poskytují poradenské služby rodinám i školám a průběžně sledují, jak si dítě vede. Mateřská škola může nabídnout postiženému dítěti dostatečný rozvoj různorodých a bohatých sociálních vztahů s vrstevníky a integrace do mateřské školy může být realizována ve větší míře i u dětí, které následně už k integraci do základní školy nejsou doporučeny.

Dalším stupněm je školní integrace, znamená zajištění výchovy a vzdělání žákům s postižením, dle jejich specifických potřeb spíše v běžném typu školy, než-li ve speciálních školách, přičemž by se škola měla zaměřit především na podchycení a rozvíjení uchovaných schopností a jejich rozvoj a ne poukazovat na vzniklý handicap. (Jinou možností je navštěvování speciální třídy při běžné škole, takovou třídu může zřídit ředitel školy). Školní integrace je chápána jako prostředek k dosažení integrace sociálně společenské.

Na školní integraci navazuje sociálně-společenská integrace, tj. přijetí do společnosti obecně.

Důležité v integračním procesu je stanovení ucelené diagnózy a prognózy. Ta je důležitá pro volbu vhodných činností a metod jejich nácviku. Odborníkům a rodičům umožní sledovat k čemu a jakým způsobem je dítě připravováno a co bude výsledkem této přípravy.

Jako nejúčinnější integrační strategie se jeví ta, která nestaví rodiče a odborníky do protikladu, ale naopak vyžaduje jejich úzkou partnerskou spolupráci, kdy rodič je s terapeutickým a integračním programem těsně spjat a výchova v domácím prostředí je považována za hlavní moment intervence.

1.3.3. Modely integrace

1. **Medicínský model:** vychází z biologicko-organických či funkčních příčin, cílem je překonání a léčba postižení, spočívá v přizpůsobení se dítěte stávající struktuře.
2. **Model sociálně-patologický:** podle tohoto modelu nejsou příčiny integračních obtíží biologické povahy, ale sociální. Přichází s myšlenkou, že postižení musí být pomocí speciální terapie adaptováni a socializováni.
3. **Model prostředí:** zabývá se otázkou, jakých změn je potřeba, jak se má škola přizpůsobit, aby děti s postižením mohly být začleněny do normální školy (vyžaduje optimální materiální a personální vybavení).
4. **Antropologický model** – v něm nejde o zlepšení prostředí, ale o lepší interpersonální interakci. Vychází z předpokladu respektování individuálních zvláštností a jedinečnosti jedinců s postižením.

1.3.4. Rozsah integrace

Možný rozsah integrace:

- a) **Plná integrace** – výsledkem je sociálně integrovaný jedinec.
- b) **Vysoká integrace** – mírné omezení v plné účasti tzv. inhibovaná účast.
- c) **Středně vysoká integrace** – znamená, že vztahy jsou omezeny na příslušnou komunitu např. rodinu, pracoviště.
- d) **Nízká integrace** (nízká segregace) – ochuzené, redukované, narušené vztahy, omezení bez vyhlídek na zlepšení.
- e) **Středně vysoká segregace** – odcizení.
- f) **Vysoká segregace** – společenská izolace.

1.3.5. Komunikativní aspekt integrace

Dobrá komunikace je podmínkou mnoha procesů. Je potřebná pro výměnu informací, získávání poznatků a dovedností, je součástí všech kulturních procesů a taktéž je nezbytná při budování mezilidských vztahů. Možnost komunikace patří k základním potřebám člověka. Pokud jsou možnosti komunikace narušeny (handicapovaný člověk bývá často komunikativně znevýhodněn, např. používá určité

komunikační zvláštnosti, které mohou být ze strany zdravého jedince, který s nimi není obeznámen, špatně pochopeny), může docházet k izolaci daného jedince. Komunikační bariéra také způsobuje informační deprivaci, která ovlivňuje organizaci kognitivních procesů. Problémy v komunikaci může způsobovat také osobní nezkušenost v jednání s druhým člověkem či ambivalence, kterou pocítuje nepostižený člověk vůči postiženému. Důležité je proto budování vhodných komunikačních postupů, které umožní oběma stranám kvalitní komunikaci a přispějí tak k procesu integrace. K tomu může dopomoci autonomní vystupování postiženého, podložené osobnostními kvalitami, nikoliv buzením soucitu.

1.3.6. Sociální postavení integrovaného dítěte

Marie Vágnerová uvádí, že z výsledků sociálně psychologických charakteristik postižených dětí, které byly integrovány v běžných školách vyplývá, že postižené děti mají ve třídě nejnižší sociální pozice (12). Výsledky z analýzy sociální pozice integrovaných žáků, která byla provedena na konci roku 2001/2002 na Základní škole Integra Vsetín ukazují na to, že je to spíše osobnostní charakteristika postiženého než míra postižení, co hodnocení ovlivňuje (..ve skupině osmi vyhodnocovaných dvojic nejlepší sociální pozice dosáhlo pět tzv. integrovaných žáků a tři neintegrování, na nejhorší sociální pozici skončili čtyři integrování a čtyři neintegrování žáci..) (13). Nepříznivá sociální pozice zpravidla bývá spojována s útlumem, inhibicí či naopak s výraznou aktivitou. Buď se tedy jedná o jedince silně introvertní, málo komunikativní nebo jedince hyperaktivní, s projevy agresivity, sebeprosazování. Pozitivní sociální pozice souvisí dle výzkumu s osobnostními rysy jako je vyrovnanost, přátelskost, snížený projev agresivity.

(12) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, str. 176.

(13) Doc. PhDr. KONEČNÝ J. CSc. Analýza sociální pozice integrovaných žáků ve školní třídě. *Sborník příspěvků programu Phare Acces 99*. In *Integrace je když....zkušenost jedné školy*. Vsetín: základní škola Vsetín, 2003.

1.3.7. Podpůrné služby

V zemích OECD se v různé míře poskytují také podpůrné služby, dostupné buď pravidelně nebo příležitostně. Tyto služby mohou být poskytovány buď v rámci školy, nebo mohou rámec školy přesahovat a být poskytovány na národní (státní) úrovni.

Personál podpůrných služeb může pracovat s postiženými dětmi, s jejich rodiči, učiteli, s personálem podpůrných služeb. Personál podpůrných služeb může učit, poskytovat konzultace, radit, posuzovat, hodnotit aj.

Mezi podpůrné služby se řadí i pozice osobního asistenta, kterou jsem vykonávala. Cílem osobní asistence je podpora v činnostech, které dítě samo nezvládne, vedení k samostatnosti, začlenění dítěte do kolektivu, podpora sociálních kontaktů s vrstevníky i s učiteli, pomoc při sebeobsluze a komunikaci.

1.3.8. Integrovaný servis služeb

V naší zemi již přes patnáct let vznikají různá sdružení a dobrovolné i profesionální organizace, specializovaná zařízení a společnosti, které vyvíjí snahy v oblasti integrace zdravotně postižených do běžného života.

Efektivní integrovaný servis nabízených služeb pro zdravotně handicapované by měl maximalizovat možnosti, aby zájemci mohli používat služeb, které potřebují, aniž by museli opakovat své osobní příběhy v mnoha různých institucích. Tyto nabízené služby by měly být umístěny tak, aby byly pro zdravotně postižené občany a jejich rodiny snadno dostupné. V ideálním případě jsou služby zaměřeny nejen na postiženého jedince, ale i na rodinu postiženého (možnosti konzultací, vzdělávacích programů pro rodiče) a poskytují kromě sociální podpory i podporu technického zázemí (půjčovny, prodejny pomůcek pro zdravotně postižené).

Cíle integrace služeb:

- poskytování takových služeb, které jsou pro klienta potřebné
- celostní přístup k jednotlivci a rodině jako celku
- zajištění služeb na lokální úrovni tak, aby nabídka byla kompletní a vycházela z místních možností.

Programy integrace služeb mohou být orientovány na služby, které se snaží zapojit rodiny postižených do již existujících programů nabízených služeb, nebo mohou pracovat na vývoji nových systémů či služeb (např. zajištění lepšího fungování stávajících služeb, odstraňování nesrovnalostí popř. nenávaznosti mezi programy, nebo redukování jiných nedostatků systému, nabízení alternativních programů).

„Mnoho bariér integrovaných služeb spočívá v byrokratické povaze systémů humanitárních služeb – je to např. setrvačnost, nedostatek kooperace, rozbujelá byrokracie a průtahy, složitá a konfliktní pravidla, předpisy i politické faktory.“ (14)

1.3.9. Hlavní problémy integrace

Některé z hlavních problémů integračního procesu mohou být následující:

- klienti musí za integračními službami cestovat (tj. nejsou dostupné v dané lokalitě)
- klienti musí podstupovat řadu různých vyšetření, podrobovat se různým hodnocením a posudkům, vyplňovat mnoho žádostí (rodiči takového neustálé „zkoumání“ jejich dítěte může být vnímáno negativně)
- existující nabídka služeb nemusí pokrývat stávající potřeby klientů,
- chybí návaznost poskytovaných služeb
- finanční krytí integračních programů (např. když organizace poskytující služby jsou závislé na dárcích, rodiče potřebné finance nemají)
- vzdělání personálu zabývajícím se integračními službami není odpovídající (např. pedagog, který má ve třídě integrované dítě není obeznámen s charakteristikou daného postižení, neví jak dítě zapojit, přehlíží ho)
- požadavky rodičů nemusí být v souladu se skutečnými schopnostmi postiženého dítěte (např. za každou cenu trvají na integraci do běžné školy, i když odborníky to doporučováno není..)

(14) PhDr. VOCILKA M., CSc. a kol. *Integrace sociálně a zdravotně handicapovaných dětí do společnosti*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 1997, str. 30.

- rodič dítěte, který je pod tlakem srovnání pokroků svého dítěte s „normálními“ dětmi ve svém okolí přehání stimulaci dítěte a tím ho vlastně ve vývoji sráží
- problém v oblasti emocionální integrace – postižení žáci vědí, že není v jejich silách zvládnout požadavky stejným způsobem, jako jejich zdraví spolužáci, to může mít vliv na pokles vědomí vlastní hodnoty a dále ovlivnit motivaci výkonu
- technické a organizační vybavení školy nemusí odpovídat požadavkům integrovaného jedince (chybí speciální pomůcky, nebo jsou poskytnuty pomůcky nevhodné)
- komunikace mezi pedagogy, odbornými pracovníky a rodiči není dostatečná, nebo je problémová (např. rodič nekomunikuje s pedagogy)
- požadavky na zachování důvěrnosti o poskytnutých informacích o klientech mohou být porušovány.

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1. Stanovení konkrétních cílů arteterapeutického působení

Cílem mojí bakalářské práce bylo využití takových arteterapeutických postupů a metod, které by podpořily proces integrace zdravotně postiženého dítěte do předškolního zařízení a ověření jejich účinnosti.

Vycházela jsem z následujících předpokladů:

- vhodně zvolenými technikami a postupy lze působit změny v chování a myšlení
- výtvarný proces dítěti nabízí alternativní prostředky komunikace
- výtvarný proces je pro dítě přirozený a přitahuje jej
- výtvarná činnost je spojena s motorickou aktivitou, tudíž podporuje pohybové dovednosti
- výtvarná činnost umožňuje ventilaci negativních postojů, nálad, redukuje napětí.

Po dohodě s rodiči a pracovníky speciálně pedagogického centra byly stanoveny tyto konkrétní cíle mojí pracovní náplně, při nichž budou využity arteterapeutické metody:

- zapojování do dětského kolektivu
- upevnění sociálních dovedností
- zvýšení samostatnosti
- koncentrace pozornosti
- zlepšení jemné motoriky
- cvičení zrakové percepce.

Tyto cíle jsem doplnila z vlastní iniciativy ještě o následující:

- podpora samostatného rozhodování
- posílení sebekontroly, odstranění nežádoucího chování
- rozvoj kreativity, podpora volného výtvarného projevu
- zážitek úspěšnosti.

Během mého působení docházelo ke změnám prioritních cílů, které se přizpůsobovaly duševnímu i fyzickému stavu dítěte. Kromě těchto cílů, byly vytyčeny ještě další např. podpora sebeobsluhy, hygienických návyků, řečových návyků, kde arteterapeutické postupy využity nebyly.

3. METODIKA

3.1. Vymezení arteterapeutického působení v rámci podpory integrace do předškolního zařízení ve školním roce 2007-2008, jeho struktura a organizace

V souvislosti s individuálním vzdělávacím programem na školní rok 2007-2008, který byl podkladem pro stanovení cílů, byly v souvislosti s těmito cíly vymezeny i moje možnosti arteterapeutického působení. Toto působení mělo podpořit, jak již bylo výše uvedeno, hlavně rozvoj v oblasti sociálních dovedností, dále v oblasti rozumové a přispět ke zlepšení jemné motoriky.

Moje klientka byla vedena jako integrovaný žák v mateřské škole CMŠ Srdíčko, Praha 5. Integrace probíhala pět dní v týdnu po šesti hodinách. Ve druhé polovině školního roku 2006/2007 jsem s klientkou trávila dvě hodiny denně, každý den. První čtyři hodiny se jí věnovala asistentka pedagoga, která byla zaměstnankyní školky. Moje působení probíhalo v čase, kdy ostatní děti chodily spát, takže jsme zpravidla byly s klientkou ve třídě samy. V tomto období jsme se věnovaly aktivitám výtvarným či didaktickým, které byly střídány s pohybovými aktivitami, či naopak uklidňující četbou dle psychického a fyzického stavu klientky.

Ve školním roce 2007-2008 jsem s klientkou trávila dva návazné dny po šesti hodinách. V ostatních dnech mě střídala další osobní asistentka. Kromě již uvedených aktivit prováděných v odpoledních hodinách, bylo nyní prioritou přispět takovými technikami a postupy, které by podpořily sociální vazbu a spolupráci s ostatními dětmi během dopoledního programu. Průměrně bylo ve třídě každý den přítomno asi dvanáct dětí.

3.2. Charakteristika problémů při integraci klientky s DMO

V průběhu procesu integrace se vyskytovaly i problémové faktory, které průběh integrace stěžovaly a negativně jej ovlivňovaly.

Děti s diagnózou DMO (dětská mozková obrna), která je řazena mezi neurovývojové poruchy, vznikající na základě postižení mozku v raných stádiích vývoje a je neprogresivní, trpí řadou odchylek od tzv. „normálního“ zdravotního stavu a vývoje zdravého dítěte. Zpravidla mají různou formu postižení pohybového aparátu (spastická forma, dyskyneticko-dystonická forma, ataktická forma), které ale často bývá kombinováno s jinými poruchami (např. zraku, sluchu, řeči a rozumových schopností). Nápadné jsou jejich emoční projevy, trpí poruchami percepce, pozornosti, paměti a učení, poruchami chování. Neznalost těchto projevů a poruch může ze strany pedagogů přinášet nepochopení, špatné hodnocení dané situace a podporovat spíše segregaci než integraci daného dítěte.

Dalším faktorem, který přispíval dle mého názoru k narušování integračního procesu byla místy nedostatečná, nekvalitní komunikace mezi rodiči a pracovníky školky. Pro rodiče (v tomto případě převážně pro matku klientky) byla komunikace obtížná, zatěžující a stresující, sama ji nevyhledávala. Předávání informací o průběhu asistence bylo zpravidla uskutečněno z mé iniciativy.

Posledním problémem, který ztěžoval podporu integrace, bylo časté infekční onemocnění, se kterým však klientka zpravidla nezůstávala v domácí péči, ale účastnila se programu ve školce, což bylo zatěžující pro pedagogický personál i pro ostatní zdravé děti.

3.3. Specifika arteterapeutické práce u klientky s DMO

Vzhledem k oslabené schopnosti koncentrace pozornosti, výraznému syndromu ADHD (porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou, dítě není schopno vydržet v klidu a soustředit se na daný úkol), snížené úrovni rozumových schopností a sklonu k destruktivním projevům, bylo nutno při výtvarné činnosti časté střídání úkolů a výrazná slovní podpora.

Také zadání úkolu muselo být jednoduché a stručné, aby pro klientku bylo srozumitelné. Výtvarná práce bývala přerušována v případě potřeby jinými aktivitami, například četbou, která působila na klientku zklidňujícím dojmem, nebo naopak pohybovými aktivitami, které umožňovaly ventilaci hyperaktivních projevů. S ohledem

na lateralitu a narušenou jemnou motoriku, byly voleny i vhodné pracovní pomůcky pro kreslení (tzv. trojhranný program - speciální trojhranné pastelky, které usnadňují rozvoj grafomotoriky, speciálně upravené nůžky, rehabilitační hmota Theraflex na procvičování motoriky rukou a prstů). Bylo využíváno rozmanitých materiálů tak, aby byl stimulován nejen zrak (diagnostikované oční vady – nystagmus, hypermetropie), ale i hmat, který by nedostatky v oblasti zrakové kompenzoval a tím napomáhal druhotně i k udržení pozornosti.

3.4. Výtvarný projev u klientky s DMO

Jak uvádí Šicková (15), zdravé dítě ve své kresbě přejde postupně přes stadia čmáranic k hlavonožcům, od hlavonožců ke geometrickým tvarům - až k vytvoření kompletní lidské postavy. Děti s diagnózou DMO prochází těmito vývojovými stadii se zpožděním a jejich kresebný projev obsahuje zřetelné znaky organicity – například přetahování, nenavazování linií, přesahování formátu (obr. 1, dále dobře patrné na kolážích viz. příloha, obr. č. 1, 2, 3). Obsahově bývá výtvarný projev chudý, postava bývá zobrazena disociovaně jen se základními detaily, charakteristické znaky předmětů nejsou kompletní. Pokud se tyto děti pohybují v pásmu lehké mentální retardace (jako tomu bylo u mé klientky), je pro ně charakteristické konkrétní a praktické myšlení a převaha egocentrismu nad objektivitou, což se také odráží v jejich výtvarném projevu. V kresbách dětí s DMO se také může projevat narušení tělesného schématu resp. vnímání vlastního těla.



Obr. 1, „Lidská postava

(15) ŠICKOVÁ J. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002, str. 102.

Z hlediska ontogenetického modelu vývoje dětské kresby, se Eva pohybovala z velké části na pomezí období čáranic a preschematického období, respektive v jejím projevu převažovaly znaky těchto dvou období. Z období čáranic se u ní objevovaly následující projevy - tzv. „pojmenované čáranice“, zaujetí pro výrazné barevné tóny, při práci s hlinou – trhání a mačkání... Prvky preschematického období by mohly být prezentovány silnými stopami antropomorfismu (přisuzování lidských kvalit věcem či zvířatům), znázorňování člověka-hlavonožce (zpočátku bez detailu, na konci s větším množstvím detailů), používání barvy není ovlivněno realitou, objekty jsou znázorňovány izolovaně (hlavně v I. etapě mého působení), mezi předměty neexistují vztahy mezi vzdáleností a velikostí, ale pouze elementární vztah blízkosti, vládne nevšímavost k proporčním vztahům. Jako zástupný prvek z období schematického bych zmínila způsob řazení znázorňovaného na základovou linku tzv. „fenomenistické řazení“.

3.5.Uplatnění arteterapeutických postupů a technik

Při své práci s klientkou jsem využívala jak formu individuální tak skupinovou. Jednou týdně jsem pracovala společně s druhou asistentkou, která podporovala ve stejném zařízení integraci autistického chlapce. Vzhledem k tomu, že obě děti měly podobné projevy a chování (přestože u mojí klientky nebyl autismus diagnostikován), spolupráce v tomto případě probíhala uspokojivě a zdálo se, že chlapec je „rovnocennějším“ soupeřem v tom smyslu, že bylo možné pozorovat i jakousi vzájemnou soutěž mezi oběma dětmi, snahu o lepší výkon (jednalo se o soutěž i v negativním smyslu – klientka jednou obrázek chlapce v nestřežené chvíli roztrhala, což zřejmě souviselo s jeho pozitivním ohodnocením z naší strany).

Struktura práce byla většinou následující:

- motivace – povídání o prožitých událostech, dění ve školce či doma, četba pohádky (buď navazovalo na program učitelky, nebo bylo vybráno mnou)
- grafomotorická cvičení (doplňování předtištěných předloh)
- instrukce, dohoda o použitých barvách (v rámci podpory samostatného rozhodování byl výběr použitých barev ponechán na klientce), postupu
- výtvarná práce za dohledu a slovní podpory

- vyprávění klientky o obrázku...(co jsem nakreslila, líbí se mi to?).

Témata vycházela zpočátku hlavně z pohádkových knížek pro děti, později z prožitých událostí klientky, událostí z rodinného kruhu, či prostředí, kde se klientka pohybovala (často zážitky z lékařského prostředí). Mimo to jsme se zapojovaly prakticky do všech výtvarných témat zadaných paní učitelkou, která korespondovala se vzdělávacím plánem. Při těchto aktivitách jsme se snažily dodržovat zadaný pracovní postup. Navštěvovaly jsme také kroužek keramiky, kde jsme pracovaly většinou samostatně, protože zadaná témata nebyla pro mojí klientku zvládnutelná.

V první fázi arteterapeutického procesu byly voleny jednodušší techniky. Byla to především kresba speciálními pastelkami s důrazem na správný úchop pastelky. Kresbu J. Piaget označuje jako formu sémiotické funkce, která má ve vývojové řadě místo mezi symbolickou hrou a obraznou představou, tvrdí, že podobně jako symbolická hra, je provázena funkční radostí, má sama v sobě svůj cíl a s obraznou představou sdílí snahu napodobit skutečnost (16).

Později byly zařazeny kombinované techniky, zaměřené na zkoumání výtvarných materiálů a jejich charakteristiky: kresba voskovkami podle šablon, doplňovaná malbou vodovkami, malba tuší do mokrého podkladu, malba vodovkami a temperami, malba prstovými barvami, stříhání, lepení, práce s různorodými materiály (viz. příloha, obr. 4, 5, 6, 7), modelování s hlíny.

Shrnutí použitých technik:

Individuální výtvarná tvorba:

- volný výtvarný projev - kresba, malba vodovkami
- tematický výtvarný projev – malba vodovkami, temperami, prstovými barvami, tušemi, malba barvami s houbičkou
- tematický výtvarný projev – modelování z hlíny
- jiné výtvarné aktivity - výroba dárků na Vánoce, včetně výroby vánočního papíru a balení dárků.

Výtvarné práce ve dvojici:

(16) Piaget J., Inhelderová B. *Psychologie dítěte*. Praha: Portál, 2000

- malba barvami s houbičkou
- malba masek temperami
- malba vodovkami kombinovaná s trháním, mačkáním a lepením papíru
- malba vodovkami
- obkreslování ruky, postavy.

Skupinová práce:

- malba vodovkami, kombinovaná s otisky rukou prstovými barvami
- kresba voskovkami kombinovaná s malbou vodovkami
- betlém – kombinovaná technika.

3.6. KAZUISTIKA EVA F.

3.6.1. Osobní a rodinná anamnéza

Eva byla vedena jako integrovaný žák v mateřské škole. Byla u ní stanovena diagnóza DMO (dětská mozková obrna) spastická forma, výrazný syndrom ADHD (poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou), oční vady – nystagmus, hypermetropie. Diskutovány byly poruchy autistického spektra. V oblasti řeči dominuje dysartrie na podkladě DMO. Eva je levák (vyhraněná lateralita). Intelektově byla psychologem zařazena do pásma lehké mentální retardace. Měla problém s dodržováním základních hygienických návyků.

Eva pochází z úplné rodiny, je dítětem starších rodičů, má dva již dospělé sourozence – sestru a bratra. Bratr stále bydlel s Evou a rodiči ve společné domácnosti a podílel se na péči o ni. V rodině vlastnili většího psa, ke kterému se Eva pozitivně vztahovala.

Dříve byla Eva v péči Ústavu pro péči o matku a dítě, nyní je v péči Speciálně pedagogického centra. Od září 2008 je integrována do běžné základní školy s osobní asistentkou.

3.6.2. Průběh arteterapie

3.6.2.1. Školní rok 2006/2007, II. pololetí

Ve školním roce 2007 (II. Pololetí), jsem s Evou pracovala individuálně dvě hodiny denně. Zpočátku Eva výtvarný projev odmítala. Věnovaly jsme se čtení pohádkových knížek a povídání o pohádkových postavičkách, případně ději příběhu. Časem souhlasila, že si půjdeme její oblíbenou pohádkovou postavičku nakreslit. Ona však kreslit nechtěla, kreslila jsem já, dle jejích instrukcí. Později svolila s tím, že mnou nakreslené postavičky bude vybarvovat (obr. 2).



Obr. 2, „Pohádka o řepě“

Od pohádkových témat jsme se během několika absolvovaných hodin přesunuly k tématům, které zadávala sama Eva a která se dotýkala jejího života. Opět trvala na tom, že kreslit budu já, dle jejích instrukcí (témata např. Eva na lehátku, má brýle na zemi, Eva v komoře, záchod resp. odpad, pes Fája).

Asi po dvou týdnech začíná Eva kreslit sama, zpočátku napodobuje předkreslené motivy (obr. 3), obkresluje, dokresluje předkreslené motivy (obr. 4), kreslí pomocí šablon (obr. 5), má chuť zkoušet jiné barvy než pastelky. Málokdy vymyslí téma sama, pokud ano, je to „máma“ nebo „pes Fája“. Začaly jsme také používat předtištěná grafomotorická cvičení (obr. 6), před každým následným kreslením nebo malováním.



Obr. 3, „Motýl“



Obr. 4, „Květiny a motýli“



Obr. 5, „Mořský svět“, šablonová technika, voskovky, vodovky



Obr. 6, grafomotorická cvičení

Postupem času začala kreslení sama vyžadovat, občas si sama vzala pastelky po příchodu do školky a něco namalovala. Převažovala témata ze života Evy, případně její rodiny (viz. příloha, obr. 9, 10). Zhruba během prvního měsíce jsme přešly od práce s pastelkami k dalším technikám. Eva ráda za jedno sezení vystřídala několik různých druhů barev a technik. Jak již bylo výše uvedeno, zpočátku byly voleny techniky jednodušší, orientované na zkoumání různých typů barev, jejich vlastností a barevného spektra. Na obr. č. 8 lze vidět výsledek práce s temperovými barvami, které byly nanášeny na čtvrtku, míseny mezi sebou, posléze čtvrtka přeložena, zhotoven otisk a ten byl asociačně dotvořen do podoby obličeje. Na obr. č. 9 je vyobrazeno zapouštění tuší

do mokrého podkladu (rozpíjení barev Evu zaujalo, taktéž fakt, že špejle při přitlačení praskne...). Obr. č. 10 vznikl na základě pozorování oblohy po dešti, Eva sama řídila řazení barev (od spodní linie k vrchu). Ve všech technikách jsme pracovaly především s jednoduchými tvary, kruh, čtverec, kříž, oblouk a s abstraktními tématy. U složitějších tvarů (témat) vyžadovala z mojí strany jak podporu slovní, tak částečné „vedení“ ruky.



Obr. 8, tempera, „Obličej“



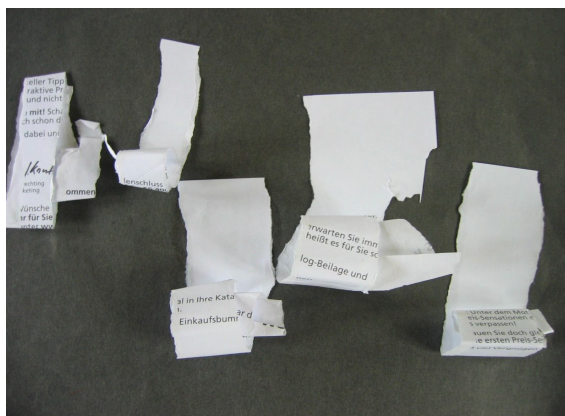
Obr. 9, práce s dřívkem a tuší



Obr. 10, „Duha“, vodové barvy

Práce s barvami byla náročná, Eva měla tendenci barvy olizovat, roztírat si je po rukách i obličej, malovat na oblečení a všude tam, kde se to „nesmí“, také se objevovaly destruktivní projevy – vylití barvy, roztrhání výkresu, házení štětce.

Vzhledem k destruktivním projevům, jsem zařadila některé techniky, které měly působit abreakčně – jako například koláže spojené s trháním papíru, což byla činnost, kterou Eva ráda vykonávala (obr. 11). Jako další techniky podporující abreakci jsem zvolila práci s černou barvou (na obr. 12, spojeno v koláž s vystřiženou kontrastní malbou prstovými barvami) a „patlání“ barev (obr. 8). Tendenci většího „kontaktu“ s barvou jsem se snažila vyjít vstříc používáním prstových barev (viz. vlastní portrét, obr. 13).



Obr. 11, trhání a lepení papíru



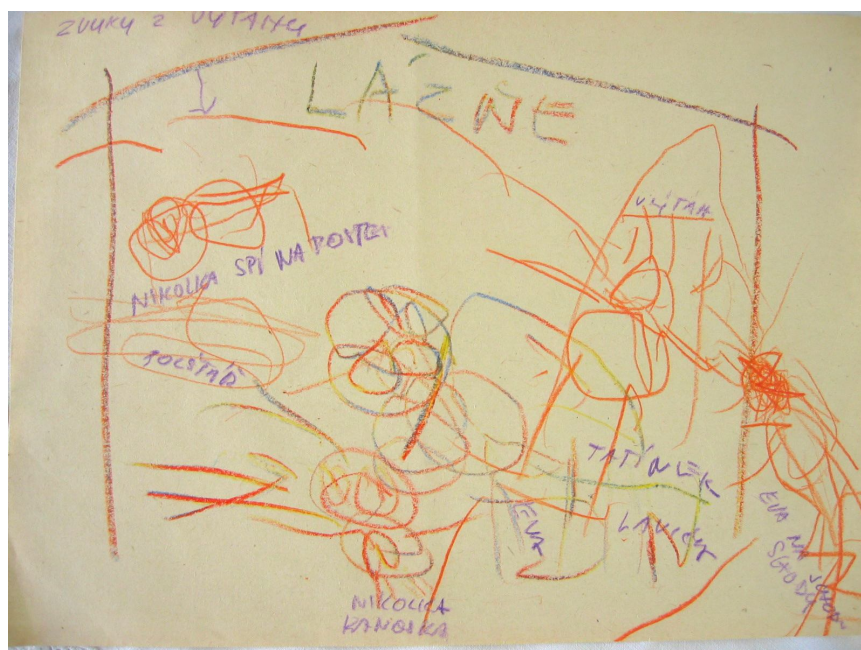
Obr. 12, „Myš“, kombinovaná technika



Obr. 13, „Eva“, vlastní portrét, komb. technika

3.6.2.2. Školní rok 2007/2008, I. pololetí

V září 2007 začínám s Evou trávit 6 hodin denně, přičemž čtyři hodiny se účastníme programu školky, dvě hodiny pracujeme individuálně. Na začátku školního roku Eva ještě zpracovává v kresbě témata z prázdnin (obr. 14). Grafomotorická úroveň je slabá, ale obrázek je bohatý na detaily. Zachycuje několik příběhů, týkajících se pobytu v lázních (Nikolka spí na polštáři, Eva na schodech, táta ve výtahu, dokonce zachycuje čárkami zvuk, který výtah vydává...).



Obr. 14, „Prázdniny“

Po prvních týdnech pozvolna zájem o takovéto zpracování vlastních zážitků upadá a více se zapojuje do práce na zadaná témata pedagoga (obr. 15), případně témata zadaná mnou, přichází také s vlastními (obr. 16).



Obr. 15, „Pohádka o koblížkovi“



Obr. 16, „Růže“

Oproti předchozímu roku je patrný větší smysl pro detail, jak je patrné na obr. 17, v kresbě postavy paní učitelky Marušky (lze porovnat s kresbou postavy obr. č. 1). Je zde znázorněno oblečení, postava paní učitelky je prezentována s charakterickými znaky (silnější postava, tmavé vlasy, nosí kalhoty) a dokonce s detaily, jako pásek či „puntíky“ na kalhotách, oblečení je barevně odlišeno (oblečení reality neodpovídá... na obrázku je pestřejší než ve skutečnosti).



Obr. 17, „Paní učitelka Maruška“

V říjnu 2007 prodělala Eva v celkové narkóze operaci šlach, od té doby byl výtvarný projev značně nerovnoměrný, objevil se regres v chování (který bývá s hospitalizací dítěte spojen často), negativní projevy občas převládly do té míry, že nebylo možno se systematicky výtvarné tvorbě věnovat. Opět se objevily „čáranice“, obrázky, působící depresivně, agresivně (obr. 18, 19). V této době jsem opět volila spíše kolážové techniky a techniky umožňující abreakci. K té přispívala i práce s hlínou, již zmíněné trhání a mačkání. Většinou výtvarný projev úzce souvisel s celkovým naladěním klientky a s jejím chováním.



Obr. 18



Obr. 19, „Sluníčko“

3.6.2.3. Školní rok 2007/2008, II. pololetí

Ve druhé polovině školního roku 2007/2008 došlo k určité stabilizaci v oblasti chování, i když určité výkyvy přetrvávají i nadále. Přizpůsobuji tvorbu momentálnímu stavu, v jakém se klientka nachází. Začínáme pracovat ve dvojici s další asistentkou a autistickým chlapcem (společný obr. 20), také zkoušíme pracovat skupinově s ostatními dětmi (obr. 21).



Obr. 20, „Moře“



Obr. 21, „Louka“

V tomto období vzniká několik obrázků, ve kterých je patrný zřetelný posun ve výtvarném vyjadřování.

Volíme převážně velké formáty, které lépe vyhovují Evině způsobu tvoření (velikost A3 až A1 a větší).

Obrázek č. 22 původně měl znázorňovat pouze oblohu s hvězdami. Vznikl v den, kdy byla Eva velmi neklidná, proto byla volena jednodušší technika i téma. Jedná se o malbu vodovkami a koláž z hvězdiček, které Eva s pomocí razidla vytvořila. Eva sama přišla s myšlenkou, doplnit obrázek o zemi – trávu. Tím, že zkorigovala můj požadavek s tím, co vnímá smysly a zasadila obrázek do „reálného“ konkrétního prostředí, dodala obrázku prostorovou kvalitu. Schopnost vytvářet „prostor“ může souviset se schopností budovat „vztah“.



Obr. č. 22, „Hvězdná obloha“

Další z těchto obrázků, které bych ráda zmínila je obrázek vzniklý na podkladě skutečného zážitku, jímž byla účast na karnevalu ve školce (obr. 23). Znázorňuje Evu, spolužačku a Davida (výše zmíněný autistický chlapec) jak spolu tancují (formát A3). Přestože co do výrazu obličejů se postavy neliší, Eva dbala na to, aby barva očí odpovídala skutečnosti, a taktéž charakteristika jednotlivých postav, za které byly děti převlečeny, je vystižena dobře. Evu převlečenou za klauna dobře charakterizuje špičatá

čepice i barva oděvu odpovídá, další postava „princezna“, je zachycena v dlouhých šátech, s korunkou na hlavě a „princ“ David s chocholem a šavlí... Postavy jsou v kontaktu, za hlavami jsou znázorněny fáborky, které podtrhují atmosféru. Postavy jsou řazeny na základové lince.



Obr. 23, „Karneval“, vodovky

Barvy působí studeně, i teplé barvy mají spíše manýristickou „jedovatou“ kvalitu. Černá barva postavy na identifikačním místě může symbolizovat negaci, protest, destrukci, anarchii ve smyslu provokace. Ve spojení se zelenou (u vedlejší postavy), hnědou (vlasy postav) a modrou (oči) může poukazovat na citovou či psychickou deprivaci, sebedestruktivní sklony, agresivní chování. Červená u klauna by rovněž mohla naznačovat agresivitu, úzkostné stavy, výbušnost, destruktivní chování. Ve spojení se zelenou může být vnímána jako „tenzní“ ve smyslu „dělej se mnou něco“.

Archetypální symbolika klaunské postavy může odkazovat na postavu „rarcha“, který je napůl povahy zvířecí a napůl božské – je proměnlivý, zlomyslný, provádí škodolibé kousky, vysmívá se sobě i druhým, je nezkrotný, amorální, anarchistický.

Třetím obrázkem, který bych chtěla zmínit je obrázek znázorňující písničku „Šla Nanyňka do zelí...“ (obr. 24), který vznikl kombinací malby vodovkami a barvami s houbičkou. Výrazná gestika přispívá k navození dojmu pohybu v obrázku. Je použito více barevných odstínů stejné barvy (tmavá modrá, světlá modrá, několik odstínů zelené – od světlé po tmavou). Studené barvy doplňují barvy teplé - oranžová na obličejích a žlutá na slunci. Tyto barvy jsou uspořádány do trojúhelníku a vytváří barevnou (i světelnou) dominantu v obrázku. Postavy jsou sice řazeny vedle sebe, ale tím, že bylo využito otisku houbiček v kombinaci s malovanou „trávou“, vzniká dojem, že se aktéři děje posunuli do druhého plánu. Obrázek myslím dobře vystihuje děj písničky, je dynamický, v gestu Pepíčka je patrná učitá agrese (i červená na jeho oděvu), je v pohybu, natahuje se po košíčku.. gesto Nanyňky není tak výrazné, ale přesto vyjadřuje určitou odhodlanost. V obrázku je patrná přítomnost emocí. Myslím, že toto téma bylo určitou měrou pro Evu i prožitkové, protože chování, které v sobě neslo silnější emoční náboj, ji velmi přitahovalo.



Obr. 24, „Šla Nanyňka do zelí...“

Krátce po tomto obrázku vzniká obrázek na pohádkové téma. Znázorněna je pohádka „Červená Karkulka“ (obr. 25). Tento obrázek není tak emočně obsazen jako obrázek předchozí, atmosféra je poklidná, přestože je přítomen i vlk. Z barev se opět objevuje kombinace černé a červené (může odkazovat na již zmíněné tendence k ničení, negativismu) a kombinace červená – zelená (může odkazovat na prožitek „tenze“). Zajímavé je zobrazení postav – objevuje se jakási tendence ke „smíšenému profilu“ (tělo je znázorněno z bočního pohledu, hlava „en face“). Podél cesty jsou znázorněny i stromy, které mají schematickou podobu, ale místo aby byly situovány v prvním pásu spolu s postavami a trávou, jsou posunuty do druhého pásu a prezentují snahu o lepší zachycení prostoru.



Obr. 25, „Červená Karkulka“

Posledním zde prezentovaným obrázkem je obrázek, který vznikl na základě exkurze v hasičské zbrojnici (obr. 26). Obrázek vznikl poměrně rychle, má omezenou barevnost, Eva znázornila hasičské auto, jedoucí k požáru, tedy opět téma, spojené s určitým emočním prožitkem. Barevná kombinace podobná jako u předchozích obrázků, zde doplněná o žlutou barvu. Tato barva v kombinaci s červenou může

symbolicky odkazovat k emoční zaostalosti, ale i k vyhlídkám na „akci“ v budoucnu. V kombinaci s černou pak na signální úzkost, ohrožení. V tomto obrázku použití barev odpovídá reálné situaci a podtrhuje expresivitu děje. Přes určitou „ledabylost“ ve znázornění – obrázek opět myslím dobře vystihuje „akčnost“ situace a obsahuje prvky, které situaci výstižně vystihují – hasičské auto se svítilící houkačkou, oheň, kouř, vodu.



Obr. 26, „Hasiči hasí požár“

Jak je patrné z uveřejněných obrázků, míra soustředěnosti kolísala a podle toho se měnil i podaný výkon. Přesto však se v obrázcích objevily prvky, které dokumentují určitý vývoj v oblasti výtvarného znázorňování.

Ještě bych zmínila práci na „masce“, masku jsem zhotovila doma, Eva i David dostali každý jednu a měli za úkol ji nějak pojednat barevně. Dětem se masky zalíbily, (přestože Eva před tím odmítala např. při divadle ve školce si jakékoliv masky nasadit), než se pustily do malování, dlouho si s maskou hráli – opakovaně si ji nasazovaly a odkládaly ji (obr. 27).



Obr. 27, práce s maskou

Eva masku pojednala v poměrně depresivních barvách: zelené, modré, černé, s červeným akcentem pod okem. Vzhledem k tomu, že v tomto období opět byly problémy s chováním, mohla maska zprostředkovaně vyjadřovat vnitřní zažívané pocity. V podstatě se v těchto obdobích vždy ve zvýšené míře objevovala tendence černou překrýt ostatní barvy, což prezentovalo určitou snahu o negaci již vytvořeného díla...a mohlo souviset s prožitkem deprivace stavu, potlačovanou agresivitou či určitými neurologickými problémy.

Práci s hlínou jsme využívaly spíše jako abreakční techniku, která měla podpořit uvolnění, odbourat agresi. Eva zvládala trhání hlíny z velkého kusu, válení hlíny válečkem a obtiskávání látek přes váleček, vykrajování, obtiskávání různých předmětů do hlíny ... nevládala ruční válení válečků, spojování kousků hlíny, což bylo dáno z velké části jejím handicapem.

4. VÝSLEDKY

4.1. Shrnutí výsledků a zkušeností

Během mého působení jsem se setkala s řadou problémů, spojených s procesem integrace, získala řadu zkušeností v této oblasti a také dospěla k určitým výsledkům. Vše co následně bude zmíněno, úzce souvisí s mými osobními zkušenostmi.

Z překážek, které ztěžovaly integraci a ovlivňovaly přímo průběh mého arteterapeutického působení, mnou byly vnímány jako nejzávažnější následující:

- pedagogický personál neměl odpovídající znalosti, týkající se postiženého integrovaného dítěte, jeho myšlení, chování... z čehož vyplývala řada nepochopení – ať už v podobě nerealistických očekávání a požadavků, či naopak vyřazování dítěte z prováděné činnosti, s tím, že pro něj „nemá význam“ se jí účastnit,
- klientka často navštěvovala školku s infekčním onemocněním, které mělo samozřejmě negativní vliv i na její celkový psychický stav a narušovalo kooperaci s ostatními i její schopnost samostatné práce,
- výše byl zmíněn i problém v komunikaci s rodiči (i když se týkal spíše školky a jejího vedení, zpětně si uvědomuji, že když jsem požadovala nějaké zhodnocení změn v chování, myšlení, bylo těžké nějaké konkrétní prohlášení obdržet...),
- nedostatečné „technické“ zázemí a podpora ze strany školky.

Na druhou stranu musím poznamenat, že neznalost ze strany pedagogů byla kompenzována velkou trpělivostí a ochotou (byť po určitých konfrontacích) se přizpůsobit.

S prací organizace, která osobní asistenci zprostředkovávala jsem byla spokojena, supervize probíhaly pravidelně každý měsíc, byla tudíž možnost sdílení zkušeností a konfrontace s ostatními osobními či pedagogickými asistenty, byl respektován důraz na arteterapeutickou formu mé práce, mohla jsem přispět i některými doporučeními vhodných arteterapeutických postupů, pokud někdo z kolegů projevil zájem o toto téma. Snad jen „nabídka“ dětí, ke kterým se osobní asistent poptával a která postrádala upozornění na „problémové“ faktory, týkající se daného dítěte, by měla být podle mého názoru upravena. Tato připomínka mnou byla prezentována i na supervizích.

Posouzení dosažení konkrétních cílů, je v tomto případě také dosti obtížné, vzhledem k velkým výkyvům v myšlení a chování. Posun ve výtvarné tvorbě je patrný s prezentovaných obrázků.

Na posun v myšlení a chování lze usuzovat z jednotlivých projevů, které se začaly objevovat a před tímto působením patrný nebyly:

- například rodiči bylo konstatováno, že je Eva „rozumnější“, více se jí dají věci vysvětlit, doma například projevila samostatnou snahu pomoci matce v péči o domácnost (např. samostatně prostřela stůl k večeři, aniž byla o to žádána),
- ve školce občas pedagogy překvapila svojí pohotovou a správnou reakcí (poměrně obsáhlý popis obrázku, správná odpověď na dotaz paní učitelky),
- projevila i jakýsi „smysl pro humor“ (odhadla komičnost určitého slovního spojení a to pak používala v jiných konkrétních situacích, poměrně trefně..),
- snížil se výskyt nevhodných projevů v kontaktu s ostatními dětmi (snížila se jejich frekvence i intenzita),
- občas se spontánně sama zapojila do hry s ostatními dětmi, byla schopna dodržovat pravidla hry,
- projevila se u ní větší samostatnost v sebeobsluze (v oblékání),
- krok vpřed byl myslím učiněn i v oblasti samostatného rozhodování.

Já osobně bych viděla velký přínos i v tom, že byla zlomena počáteční nechuť k výtvarnému vyjadřování a Evě tak byla rozšířeny možnosti komunikace a zprostředkováním zážitku výtvarné tvorby i podpořen rozvoj kreativity.

Na základě zkušeností, kterých jsem během svého působení nabyla, jsem přesvědčena, že v tomto konkrétním případě byla integrace do předškolního zařízení velkým přínosem.

Vzhledem k tomu, že jsem byla přítomna příležitostně i na hodině ergoterapie - kterou Eva navštěvovala jednou za čtrnáct dní ve zdravotnickém zařízení a také několikrát na logopedii v SPC mohu porovnat tyto souběžně působící složky. Ergoterapii, vzhledem ke krátkému časovému úseku a velkému časovému rozestupu, mezi jednotlivými návštěvami, taktéž z hlediska výstupů z jednotlivých sezení, jsem já osobně neshledala z hlediska působení didaktického či terapeutického za významný přínos. Zjistila jsem, že Evy výstupy jsou několikanásobně horší než při naší činnosti

ve školce, odmítá poslušnost a spíše vše bere jako „hru“, u které se dobře baví a manipuluje s ostatním personálem. Spíše bych tedy viděla jakési srovnání s didaktickým působením speciálního pedagoga a logopeda, kde byly jasně stanovovány cíle a postupy, vyhodnocovány dosažené výsledky. Z hlediska významu bych tedy výsledky arteterapeutického působení řadila souběžně s výsledky působení pracovníka speciálně pedagogického centra a dosažené změny, jako výstupy ovlivněné z hlavní části těmito dvěma faktory. Působení pedagogických pracovníků školky, bylo spíše okrajové, větší vliv mělo působení rodičů, ti ovšem v aplikaci výchovných požadavků nebyli tak důslední, jak bylo od speciálních pedagogů případně od mé osoby požadováno. Při své práci osobního asistenta jsem využívala i jiných psychoterapeutických postupů, které se na celkovém výsledku také podílely.

Ačkoliv přínos integrace klientky do předškolního zařízení byl nesporný, osobně jsem viděla zařazení do běžné školy jako problémové a jednotlivé momenty, které by mohly tuto integraci negativně ovlivnit jsem s matkou Evy konzultovala. Tento názor sdílela i pracovnice SPC. Rodiče však na umístění do běžné školy trvali, takže nyní je moje, již bývalá klientka, žákyní běžné školy.

5. ZÁVĚR

5.1. Závěrečné zhodocení

Cílem této bakalářské práce bylo zpracování tématu týkajícího se integrace dětí se zdravotním postižením a ověření vhodnosti využití arteterapeutických metod jako podpůrného prostředku ve výše zmíněném procesu integrace. Ověřování probíhalo ve skupině dětí, které navštěvovaly CMŠ „Srdíčko“ v Praze a pod patronátem zprostředkovatelské organizace Klub Hornomlýnská, taktéž se sídlem v Praze, která zajišťovala osobní asistenci a supervize pro asistenty.

Je těžké posoudit, vzhledem k tomu, kolik dalších faktorů na vývoj dítěte působilo, jak velký podíl na jeho vývoji mělo arteterapeutické působení. Osobně bych ho viděla jako účinné a efektivní doplnění všech ostatních metod terapeutického a pedagogického působení.

Arteterapeutické postupy se ukázaly být prospěšné zejména v následujících oblastech:

- socializace – zapojování do dětského kolektivu,
- zmírnění projevů nevhodného chování v sociálním kontaktu,
- rozvoj kreativity,
- procvičení jemné motoriky,
- posílení sebekontroly a koncentrace.

Vzhledem k tomu, že vývoj u postižených dětí bývá zpomalen a je nerovnoměrný, lze předpokládat, že některé pozitivní důsledky arteterapeutického působení se projeví až s delším časovým odstupem. Je tedy u těchto dětí vhodné aby arteterapeutické působení bylo dlouhodobé, stejně jako je tomu u působení speciálně pedagogických pracovníků (logopedů, pracovníků speciálně pedagogických center apod.). Vzhledem ke kolísání vývoje však nelze vyloučit ani recidivy problémů a je třeba tyto brát v úvahu jako součást vývojového procesu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

- BLAŽEK B., OLMROVÁ J. *Světy postižených*. Praha: Avicenum, 1988.
- CAMPBELLOVÁ J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-428-1.
- DAVIDO R. *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-449-4.
- ERIKSON, E. H. *Dětství a společnost*. 1. vyd. Praha: Argo, 2002. ISBN 80-7203-380-8.
- JESENSKÝ J. *Integrace – znamení doby*. 1. vyd. Sborník z odborné konference na počest 50. výročí PedF UK. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-691-0.
- MATĚJČEK Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7367-504-2.
- PEROUT E. *Arteterapie se zrakově postiženými*. 1. vyd. Praha: Okamžik, 2005. ISBN 80-903247-9-7.
- PIAGET J., INHELDEROVÁ B. *Psychologie dítěte*. 3. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-608-X.
- PIPEKOVÁ J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- ŠICKOVÁ, J. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.
- TITZL B. *Postižený člověk ve společnosti: hledání začátků*. 1. vyd. Praha: PedF UK, 1998. ISBN 86039-30-7.
- TRAIN A. *Nejčastější poruchy chování u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.
- VÁGNEROVÁ M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VÍTKOVÁ M. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.
- VÍTKOVÁ M. *Integrativní/inkluzivní nebo segregativní vzdělávání žáků s tělesným postižením*, zdroj internet: <http://svp.muni.cz/dokumenty.php?klic=1.5.1>
- VOCILKA M. a kol. *Integrace sociálně a zdravotně handicapovaných dětí do společnosti*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 1997.
- Integrace je když..., zkušenosti jedné školy*. Vsetín: Základní škola Vsetín, 2003. ISBN 80-239-0339-X .

Klíčová slova:

ADHD – attention deficit hyperactivity disorder, dítě s touto poruchou vykazuje příznaky nesoustředěnosti nebo hyperaktivity či impulzivity. Odhadovaný výskyt u školních dětí se pohybuje mezi 3-5%, některé prameny uvádějí 19%.

Arteterapie – léčba uměním, v širším smyslu zahrnuje všechny druhy umění včetně poezie a hudby. Arteterapie je neverbální terapeutickou metodou. V užším smyslu znamená léčbu výtvarným uměním.

DMO – dětská mozková obrna, neurovývojová porucha, neprogresivní postižení motorického vývoje vzniklé na podkladě poškození nebo dysfunkce mozku prenatálně, perinatálně či na počátku postnatálního období.

Dysartrie – porucha procesu artikulace jako celku při organickém poškození centrálního nervového systému.

Hypermetropie – porucha vidění blízkých předmětů (dalekozrakost).

Integrace- proces, který maximalizuje interakci mezi handicapovanými a nehandicapovanými lidmi.

Integrované vzdělávání – představuje přístupy a způsoby, jak zapojit žáky s těžkým a trvalým zdravotním postižením do hlavního proudu vzdělávání.

Inkluze- pojem, který se zřídka jakékoliv formy selektování žáků a počítá s rozpuštěním speciálních zařízení a speciální pedagogiky.

Inkluzivní výchova - termín, který se používá od roku 1994, často synonymně k pojmu integrace.

Integrabilita - míra otevřenosti školy vůči přijímání a vzdělávání žáků se speciálními potřebami.

Nystagmus – mimovolné pohyby očí.

OECD - Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (zkráceně OECD z angl. *Organisation for Economic Co-operation and Development*) je mezivládní organizace, koordinuje ekonomickou a sociálně-politickou spolupráci členských zemí.

Responsible inclusion - (odpovědná inkluze), obsahuje kontinuum integrativních podpůrných možností .

PŘÍLOHY:

Příloha obr. č. 1, 2, 3 - dokumentuje některé charakteristiky výtvarného projevu klientky s DMO (zde zejména přesahování formátu v kolážích).



Příloha – obr. 1, koláž „Zima“



Příloha – obr. 2, koláž „Tři králové“



Příloha - obr. 3, koláž na téma společného tance „Mám šáteček mám“

Příloha obr. č. 4, 5, 6, 7 - dokumentuje použití různých výtvarných technik



Příloha – obr. č. 4, kombinovaná technika, mačkání a lepení krepového papíru, téma „Jarní strom“



Příloha – obr. č. 5, tempera, barvy s houbičkou, „Louka“

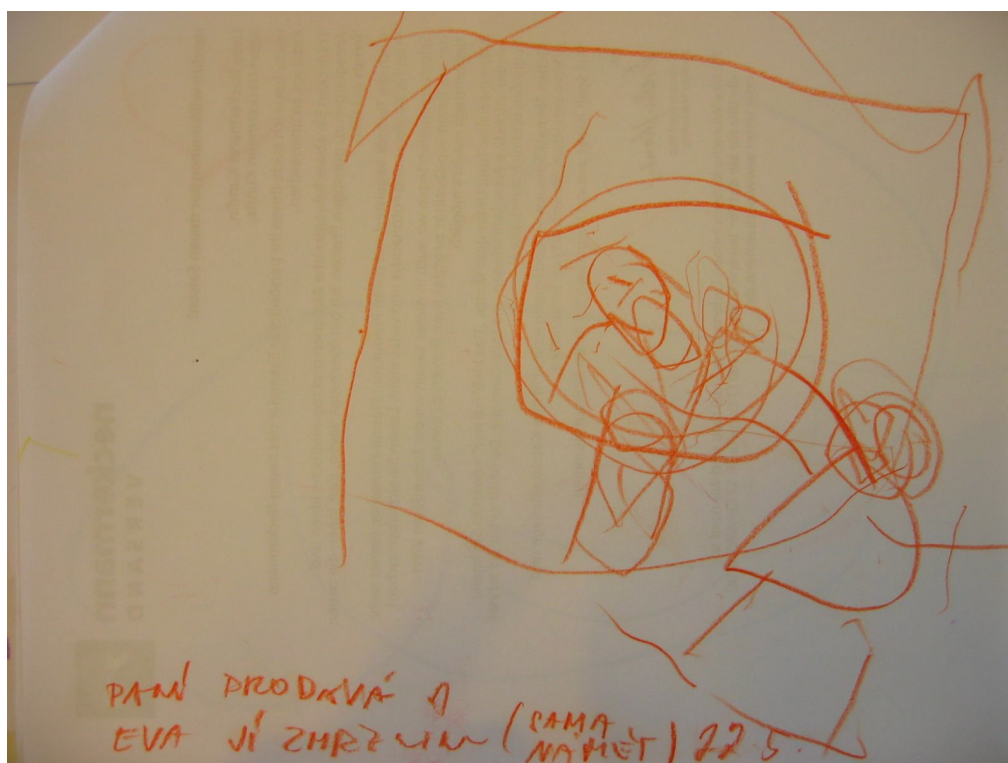


Příloha – obr. č. 6, tuš, vodovky, stříhání, „Srdíčko“

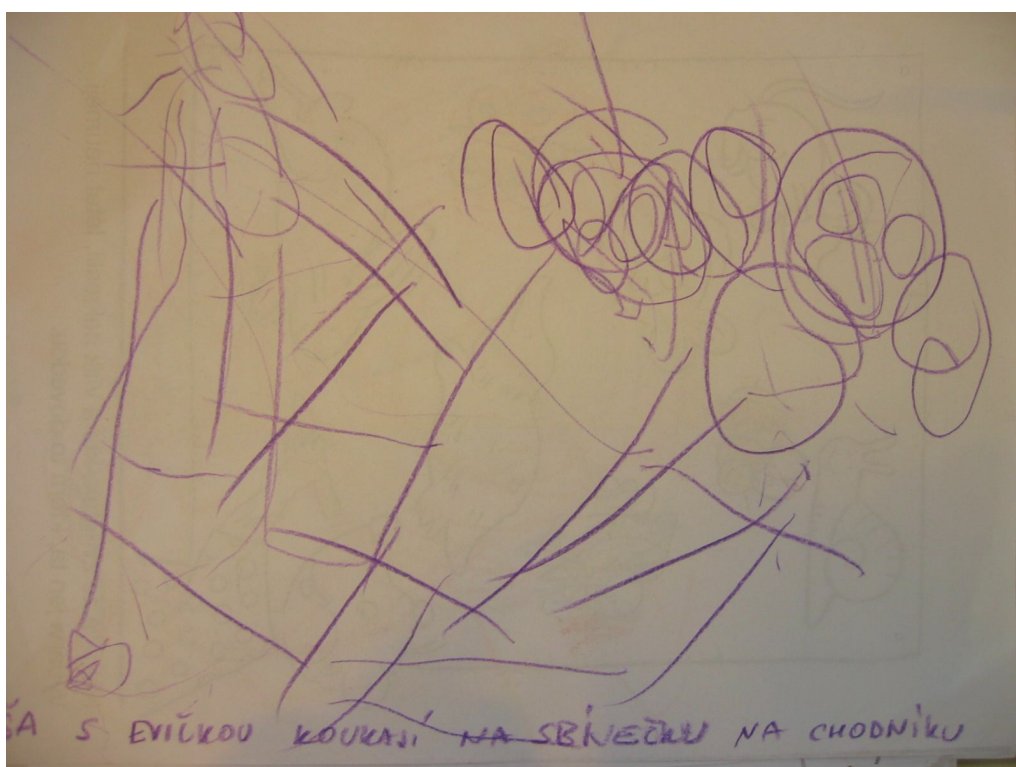


Příloha – obr. č. 7, kombinovaná technika , práce s různorodými materiály, již připravenými, „Eskymák“

Příloha obr. 8, 9 – příklad zpracování námětů týkající se vlastních prožitků



Příloha – obr. č. 8, „Eva si kupuje zmrzlinu“



Příloha – obr. č. 9, „Eva s bratrem Mišou koukají na pána se zbiječkou“