

# Využití speciálně terapeutických metod u dětí mladšího školního věku s DMO

Use of Special Therapeutic Methods with Young School Age Children with DMO

Květoslava Brožková

---

Bakalářská práce  
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2009/2010

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE** (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Květoslava BROŽKOVÁ**  
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Využití terapeutických metod u dětí mladšího školního věku**

### *Zásady pro vypracování:*

Nastudování odborné literatury a zdrojů dané problematiky.  
Vymezení pojmů a teoretické zpracování tematiky.  
Příprava metodiky výzkumné části.  
Realizace výzkumu – vliv terapeutických technik na zlepšování kvality života dětí s postižením.  
Zpracování a vyhodnocení výzkumu.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KURIC, J. Ontogenetická psychologie. 1. vyd. Brno: Cerm, 2001. ISBN 80-214-1844-3.

NERANDŽIČ, Z. Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit: Praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006. ISBN 80-00-01809-8.

PEROUT, E. Arteterapie se zrakově postiženými. 1. vyd. Praha: Okamžik, 2005. ISBN 80-903247-9-7.

REICHEL, J. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

VÍTKOVÁ, M. a kol. Integrativní speciální pedagogika. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-51-6.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Eliška Zajitzová**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**21. ledna 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**7. května 2010**

Ve Zlíně dne 21. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*vedoucí katedry*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 5.3.2010

  
.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Dizertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího prajevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce pojednává o všech dostupných speciálně terapeutických metodách, které se využívají v praxi pro zlepšení kvality života jedince s handicapem.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část, každá část obsahuje několik kapitol. V teoretické části jsou popsány terapeutické metody, které využívají při terapiích pomoc zvířat, dále terapeutické metody, které při terapiích využívají smyslového vnímání. Více se v práci věnuji canisterapii, jejím metodám a formám použití, jaké má účinky na rozvoj pohybové, rozumové i citové stránky u klientů s různým typem postižení. Poukazuji na výběr správného psa, jeho výcvik a canisterapeutické zkoušky.

V praktické části představuji cíl práce, metodologii výzkumu, jsou zde také uvedeny jednotlivé kazuistiky klientů, kteří se pravidelně účastní canisterapie v Canisterapeutickém centru Zlín. Výsledkem práce je shrnutí účinků canisterapie u jednotlivých klientů.

Cílem práce je shrnutí dostupných informací o možnostech a druzích terapií u dětí mladšího školního věku s DMO a sledování jejího působení v různých oblastech schopností a dovedností těchto dětí.

Klíčová slova: terapie, canisterapie, tělesné postižení, dětská mozková obrna, vliv tělesného postižení, pes, canisterapeutický tým, motivace.

## **ABSTRACT**

This bachelor work dissertate about all available special therapeutics methods used in standard practise to improve quality of living for handicapped person.

Content of work is divided to theoretic and practical parts, which both contains several chapters. In theoretic part, there are therapeutics methods described, which use the help of animals for therapy, further more there are therapeutics methods using sense perceptions. I focus on canisterapeutic, its methods and forms of usage, what are the impacts to advancements for move, intellect and emotional side of client with different type of handicap. I'm referring to choose of a right dog, his training and canisterapeutics exams.

In practical part I introduce main goal of this work, methodology of the research and I also list particular casuistry of clients taking part in regular canisterapy in this center. The outcome of my work is to summarize the effect of canisterapy for particular clients.

Main goal is to summarize all reasonable information about possibilities and different types of therapy for young school age children with DMO and to monitor different types of therapy in different areas of ability and skills for those children.

Keywords: therapeutics, canisterapeutics, handicap, children cerebral palsy, influence of physical handicap, dog, canisterapeutics team, motivation.

Ráda bych touto cestou poděkovala zejména Mgr. Elišce Zajitzové za odborné vedení mé bakalářské práce a za poskytnutí cenných rad.

Dále bych chtěla poděkovat Canisterapeutickému centru ve Zlíně a všem jejich týmům a terapeutům za vstřícnost a spolupráci při vytváření praktické části této bakalářské práce, zvláště paní Martině Vlkové, manažerce Canisterapeutického centra ve Zlíně za ochotu spolupracovat a cenné rady.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

*„Existuje jen jediný způsob, jak si poradit s životem, a to najít onen soubor hodnot, které nepodléhají módním trendům, které se nikdy nemění a budou neustále rodit ovoce v tom smyslu, že nám i uprostřed velice nejistého světa přinesou klid, zdraví a jistotu.“*

*Thomas Hora*



# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 DÍTĚ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU A DMO</b> .....	<b>12</b>
1.1 MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK.....	12
1.2 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA .....	24
1.3 PROJEVY DMO U DĚTÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU.....	31
<b>2 TERAPEUTICKÉ METODY</b> .....	<b>33</b>
2.1 ANIMOTERAPIE.....	33
2.1.1 Canisterapie.....	33
2.1.2 Felinoterapie.....	39
2.1.3 Hipoterapie .....	43
2.2 TERAPIE POMOCÍ SMYSLOVÉHO VNÍMÁNÍ .....	47
2.2.1 Muzikoterapie .....	47
2.2.2 Ergoterapie .....	51
2.2.3 Arteterapie.....	53
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>61</b>
<b>3 VLIV TERAPEUTICKÝCH TECHNIK CANISTERAPIE NA ZLEPŠOVÁNÍ KVALITY ŽIVOTA DĚTÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU S DMO</b> .....	<b>62</b>
3.1 CÍL PRÁCE .....	62
3.2 METODOLOGIE VÝZKUMU .....	63
<b>4 KAZUISTIKY</b> .....	<b>66</b>
4.1 JOSÍFEK .....	66
4.2 LEONKA.....	68
4.3 TOMÁŠEK .....	70
4.4 TEREZKA .....	71
4.5 JIRKA.....	73
<b>5 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ</b> .....	<b>76</b>
5.1 REALIZACE VÝZKUMU .....	76
5.2 POKROKY .....	77
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>79</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>80</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>82</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>83</b>

## ÚVOD

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila „Využití speciálně terapeutických metod u dětí mladšího školního věku s DMO“, se zaměřením v praktické části na terapeutickou metodu canisterapie. Motivací pro zvolení tohoto tématu mi bylo to, že během mé Odborné stáže na Základní škole speciální a praktické škole ve Zlíně jsem se poprvé seznámila s canisterapií. Zajímalo mně, jak může zvíře ovlivnit lidský organismus. Také jsem si tohle téma vybrala proto, že málo lidí o této terapii ví. Chtěla jsem canisterapii více poznat a zjistit něco nového.

Při výběru tohoto tématu jsem ani nedoufala, že se dozvím tolik nových informací o dostupných terapiích. Nikdy bych si nemyslela, jak může pouhá přítomnost jakéhokoliv zvířete být pro člověka povzbuzením a motivací. Přiznám se, že i já jsem na začátku přesně nevěděla, co všechno pod pojem „Využití speciálně terapeutických metod u dětí mladšího školního věku s DMO“ můžu zahrnout, a určitě jsem do práce nenapsala naprosto všechno. Práce je jen skromným návrhem vhodnými terapiemi pro tyto děti.

V teoretické části se zabývám základními pojmy, které souvisí s tématem – vymezení mladšího školního věku, DMO a vliv DMO na děti mladšího školního věku; dále pak animoterapií, kde rozepisuji canisterapii, felinoterapii a hipoterapii dopodrobna. Zabrousila jsem i do historie, léčebných využití, výběr a testování zvířete, průběhy a působení terapií. Dále se v teoretické části zabývám terapiemi pomocí smyslového vnímání, kde se hlavně soustřeďuji na muzikoterapii – zvuk jako lék a působení muzikoterapie; arteterapii – nástin historie, člověk se zrakovým postižením a práce s lidmi se zrakovým postižením; a ergoterapii – náplň ergoterapie, ergoterapeutické poradenství, působení ergoterapie a také komu je ergoterapie určena.

V praktické části se zajímám především o vliv canisterapie na děti mladšího školního věku s DMO. V úvodní části popisuji cíl práce a dílčí cíle práce a metodologii výzkumu. V další kapitole v kazuistikách pěti dětí shrnuji své šetření, kde uvádím jejich anamnézu, diagnózu, stanovení cíle terapie, použité metody terapie, průběhy terapií a současné výsledky terapie po téměř čtyřměsíčním pozorování dětí při canisterapii. V poslední kapitole této bakalářské práce uvádím shrnutí výsledků mého šetření.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 DÍTĚ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU A DMO

Tato kapitola se zabývá vymezením některých pojmů, jako jsou např. mladší školní věk - jeho charakteristika, kritéria školní zralosti, poznávací procesy, myšlení a řeč u dětí mladšího školního věku, volní a morální vlastnosti těchto dětí a zájmovou činností. Dále je zde popsána dětská mozková obrna, a jaký vliv má na děti mladšího školního věku. Uvádím zde také rozdělení pohybových vad. Na konci první kapitoly je uvedeno shrnutí, jak se DMO projevuje u dětí mladšího školního věku.

### 1.1 Mladší školní věk

„Stadium školního dětství: Často je nazýváno obdobím mladšího školního věku, někteří autoři (např. *O. Kroh*) jej nazývají školyschopným dětstvím. Na dolní hranici je ohraničeno vstupem do školy a na horní, ukončením nižšího stupně základní školy, tedy zpravidla mezi 10. a 11. rokem. V této době dochází k nepozorovanému nashromáždění vývojových změn, které se začínají projevovat na konci stadia (zejména u děvčat), což nazýváme prepubertou. Podle *J. Piageta* se toto období časově kryje zhruba se stádiem konkrétních operací ve vývoji myšlení. Dochází zde ke změnám v sociálním chování prepubescenta, ke zvyšování jeho sebevědomí, ke zvýšené citlivosti, k zájmu o sebe samého apod.“ (Kuric, 2001, s. 12).

Mladší školní věk je tedy období mezi 6. – 11. rokem věku dítěte, kdy jeho organismus sílí, vyvíjejí se harmoničtější pohyby těla a zvyšuje se spontánní pohybová aktivita. Vstupem do školy se zásadně mění celkový způsob života dítěte – herní činnost ustoupí do pozadí, hlavní činností se stává učební činnost. Žák se musí podřídit požadavkům školního života. V tomto období postupně dochází k důležitým pokrokům v rozvoji osobnosti žáka, zejména v jeho mravním chování, v zájmové sféře, v rozvoji poznávacích procesů a v rozvoji citů a vůle. (Kuric, 2001)

#### Charakteristika mladšího školního věku

Ve stadiu mladšího školního věku postupně dochází k důležitým pokrokům v rozvoji osobnosti žáka, zejména v jeho mravním chování, v zájmové sféře, v rozvoji poznávacích procesů a v rozvoji citu a vůle. Významné změny nastávají také v socializaci žáka. V prvních dvou letech školní docházky má sociální adaptace své zvláštnosti, které vyplývají z jeho značné nekritičnosti a nestálosti. Pomalu se vytváří smysl pro jednání a chování prospěšné celku třídy. Učitel je pro žáka autorita, a proto především na něm spočívá značná

odpovědnost za usměrňování složitého a mnohdy protichůdného chování žáků. (Kuric, 2001)

V druhé etapě školního dětství se sociální vazby mezi žáky dostávají na vyšší kvalitativní úroveň a upevňují se. Struktura zájmů se krystalizuje a umožňuje klást základy všestrannému rozvoji osobnosti žáka v oblasti vědomostí, zkušeností, vnímavosti a formování různých postojů, které mohou být důležité v jeho životě. (Kuric, 2001)

„Ke konci školního dětství se extravertovanost žáka nevýrazně oslabuje, začínají se – zvláště u děvčat – objevovat změny, které se naplno projeví v pubertě. Chování žáka se začíná měnit, postoje k sociálnímu okolí i k sobě samému pomalu přecházejí na jinou kvalitativní úroveň. Od málo patrných změn žáci postupně přecházejí k zvýšené kritičnosti vůči dospělým, zdráhají se jednoznačně respektovat požadavky a příkazy, objevují se verbální výhrady, uplatňování vlastní vůle. Tyto změny signalizují, že zanedlouho se v plném rozsahu dostaví začátek prepubertálního stadia, které je provázeno dalekosáhlými změnami jak v somatické, tak v psychické stránce rozvíjející se mladé osobnosti“ (Kuric, 2001, s. 67).

### **Problémy adaptace na školní podmínky**

Vstup do školy je významný mezník v životě dítěte, je to mimořádně významný uzlový bod života, kdy se výrazně mění životní situace dítěte. Život ve škole začíná být pevně organizovaný, jednotlivé činnosti mají pravidelný a pevný rytmus a po žákovy se vyžaduje přestavba mnoha vlastností předškolního dítěte, zvláště vytrvalosti v pracovní činnosti, při plnění zadávaných úkolů, místo egocentrického chování se vyžaduje spoluúčast na životě třídního kolektivu, vzájemná pomoc, iniciativnost v organizovaných činnostech. Bohatost obrazotvornosti je třeba zmírňovat a impulsivní chování se musí postupně měnit v chování disciplinované. (Kuric, 2001)

Začátek školní docházky bývá vždy ukazatelem toho, jak je dítě na školu připraveno a zda je pro vstup do školy zralé. V procesu adjustace se žák formou interakce vyrovnává s novými podmínkami života ve škole, tzn. přizpůsobit se požadavkům učitele, spolužáků a celého nově vzniklého sociálního prostředí během vyučování, při hře, při organizovaných pracovních a jiných činnostech ve škole i mimo školu. Reakce dětí na školu bývají různé; buď se těší, anebo vstup do školy očekávají s obavami až strachem. Záleží na tom, zda a jak rodiče připravují dítě na školu. Mohou o škole mluvit jako o místu pohody a příjemné-

ho získávání poznatků, anebo o místu samých nepříjemných povinností omezování a trestů. (Kuric, 2001)

„Proces adjustace na školu však nebývá jednoduchý ani u dětí, které byly v rodině a z předškolních zařízení na školu připravovány dobře. Množství povinností, požadavků a nároků na začátku školní docházky dočasně vykořejí v různé míře mnoho prvňáčků. Je samozřejmé, že problémy při adjustaci vznikají hlavně tam, kde byla příprava dítěte pro školu v rodině slabší anebo nedostatečná: nedostatek podnětů, psychické traumatizace, citová a morální karence. U většiny dětí probíhá dozrávání pro vstup do školy harmonicky v oblasti somatické a psychické. Některé výzkumy však ukazují – a potvrzuje to i poradenská a školní praxe -, že v řadě případů se jedná o vývoj disharmonický, jehož varianty mohou být různé: retardace psychosomatického vývoje; somatický vývoj normální, ale psychický opožděný; somatický opožděný, ale psychický normální. Disharmonie se projevuje i tím, že se u dítěte projevuje akcelerovaná funkční zralost, ale celková osobnostní zralost u ní zůstává. Dále se vyskytují i případy značné akcelerace vývoje současně v oblasti somatické i psychické. Vyskytují se i případy, že se dítě jeví v mezích normy a zralé pro školu po stránce tělesné i duševní, ale v praxi se ukáže, že není schopné učení a nedovede přiměřeně plnit školní povinnosti, podřídit se školnímu řádu a osvojit si žádoucí normy chování“ (Kuric, 2001, s. 68).

### **Kritéria školní zralosti**

Při vstupu do školy se od dítěte zpravidla očekává, že při psychologickém vyšetření splní v psychické oblasti tyto předpoklady:

1. Obstojně nakreslí lidskou postavu (musí mít hlavu, trup a končetiny)
2. Obstojně podle předlohy obkreslí různé tvary (trojúhelník, čtverec, srdce, kruh aj.)
3. Uspokojivě podle předlohy obkreslí různé znaky (body na hracích kostkách, čtyřlístek, některá písmena)
4. Prokáže schopnost soustředění při zjednodušené ukázce Bourdonova testu pozornosti (za určitý čas hledá v řádcích jablíčka obrácená stopkou určitým směrem)
5. Prokáže orientační a rozlišovací schopnost (orientace v sociálním prostředí – dítě zná své jméno a příjmení, adresu bydliště a určí nějaký obchod; orientace v přírodě – dítě umí vyjmenovat několik zvířat, která žijí v lese, co má rostlina v zemi, co

nám dává kráva apod.; orientace v prostoru – dítě dovede určit, kde je „nahore“, „dole“, „vpředu“, „vzadu“, „vpravo“, „vlevo“; orientace v čase – dítě ví, co následuje po dni, co trvá déle, zda „týden“ nebo „měsíc“, kdy padá sníh apod.; orientace v první desítce čísel – dítě ví, kolik má prstů na jedné ruce, kolik členů má jeho rodina, spočítá 5 – 6 tužek; dítě rozliší a pojmenuje základní barvy – na předloze správně určí a pojmenuje červenou, zelenou, žlutou a modrou barvu)

6. Prokáže reprodukční schopnost (dítě zopakuje větu o šesti až osmi slovech, správně zopakuje čtyřmístná nebo pětimístná čísla)
7. Prokáže i náležité řečové předpoklady, přiměřenou výslovnost slabik a hlásek. (Kuric, 2001)

Celkově můžeme mluvit o čtyřech stránkách školní zralosti:

1. Tělesná stránka školní zralosti – pediatři a lékaři sledují pozornost dítěte, přitom se také zaměřují na celkový zdravotní stav, vyvinuté svalstvo dítěte, motoriku dítěte aj. I výměna tzv. mléčného chrupu za chrup trvalý je ukazatelem biologického zrání, a tím i jedním z ukazatelů tělesné zralosti pro vstup do školy.
2. Intelektuální stránka školní zralosti – od dítěte se vyžaduje, aby bylo způsobilé získávat nové poznatky, chápat přiměřené pojmy, soustředit se na vyučovací proces a být v něm aktivní, aby získávalo nové poznatky z vlastní iniciativy a mělo celkově o školu zájem. Důležité také je, aby dítě ovládalo přiměřené množství slov, mělo správnou výslovnost, souvisle se vyjadřovalo a rozumělo řeči učitele.
3. Sociální s morální stránka školní zralosti dítěte – jedná se o zralost citovou a sociální, tzn., že dítě je schopno se bez nepříjemných zážitků odtrhnout na určitý čas od matky nebo jiné blízké osoby, od domácího prostředí, od svých her a hraček a bez obtíží převzít školní povinnosti.
4. Pracovně-motivační stránka školní zralosti – dítě musí nejen převzít pracovní úkoly, ale také při nich umět určitou dobu setrvat a hlavně musí pochopit smysl učební činnosti a musí být přesvědčeno, že učení je potřebné pro život člověka. (Kuric, 2001)

„Zralost dítěte pro školu se musí zjišťovat komplexně. Tělesné předpoklady posuzuje dětský lékař a duševní předpoklady psycholog, avšak musí být zajištěna jejich úzká spolupráce

a celkové posouzení dítěte, protože mezi jednotlivými aspekty školní zralosti se často mohou vyskytovat i velké rozpory a protiklady“ (Kuric, 2001, s. 72).

### **Rozvoj poznávacích procesů – počítky, vjemy, pozornost**

„Před vstupem do školy má vnímání dítěte synkretický ráz; dítě dostatečně nerozlišuje mezi živým a neživým, nediferencuje adekvátně vnímání prostoru a času, věci často rozlišuje náhodně. Tento synkretismus přetrvává ještě i po vstupu do školy, ale postupně slábne a vlivem působení školy se kolem osmého roku ztrácí“ (Kuric, 2001, s. 74).

Ve školním období se citlivost pro rozlišování barevných odstínů zvýší až o 50%. Žáci nerozlišují přesně ani rozdíly v hmotnosti, délce, dálce, rychlosti, pohybu apod. Složité diferenciaci při vnímání prostoru a času se vytvářejí v celém období mladšího školního věku a zdokonalují se zvláště v následujícím vývojovém období. Vlivem zadávaných školních úloh přestává být vnímání žáků nahodilé a mění se na organizovaný, řízený proces. (Kuric, 2001)

Koncem mladšího školního věku žák už sám vnímá určitý předmět nebo jev z více hledisek, přestává dělat jednostranné závěry, přechází od vnímání konkrétních předmětů k obecnému a plnějšimu vnímání, které se stává základem zobecňování. Důležitý vliv má při tom úmyslné jednání, záměrné pozorování, při němž se podstatné vlastnosti věcí a jevů fixují a nepodstatné vynechávají. (Kuric, 2001)

„Při výchově pozornosti žáka vycházíme ze zájmu žáka, navozujeme v něm kladné citové vztahy k podnětům, které vyžadují dobrou pozornost, a současně v něm vychováváme nové, žádoucí zájmy. Všechny jednotvárné podněty, působí-li delší dobu, vyvolávají útlum; proto je nutné, abychom hledali nový, neobvyklý podnět, měnili formy působení na dítě, používali různorodé pomůcky, měnili způsob hovoru, řeč, mimiku apod. Musíme nejen upevňovat bezděčnou pozornost žáka, ale současně ho vést k tomu, aby se postupně naučil záměrně se soustředit a vytrvat v pozornosti i při výkladu a jiných situacích, i když ho to nebaví nebo mu to dělá těžkosti“ (Kuric, 2001, s. 75-76).

### **Rozvoj poznávacích procesů – představy, paměť, fantazie**

„**Představy** žáka jsou svým charakterem velmi názorné, podobají se vjemům a jsou silně citově zabarvené. Skládají se z mezerovitých, neucelených obrazů, k jejichž celosti dochází teprve kolem 10. až 11. roku. Nejvíce nejasností a nepřesností v představách žáka se vyskytuje v těch oblastech, kde žák nemá dostatek vědomostí a zkušeností a je ponechán sám



sobě. Nejjasnější představy má mladší žák o takových věcech, s nimiž přichází každý den do styku; zkršené nebo zcela nejasné představy má o takových věcech nebo jevech, s nimiž se ještě nikdy nesešel“ (Kuric, 2001, s. 76).

V některých oblastech bývají představy tak silné, že se téměř vyrovnají vjemům. Takové živé představy mívají u dětí zvláštní charakter a jsou na rozhraní mezi vjemy a představami. Tyto živé představy jsou přechodného rázu a koncem středního školního věku se většinou ztrácejí. Nazývají se eidetické představy nebo obrazy. Žáci s těmito živými představami mají velký úspěch při názorném vyučování v prvních ročnících základní školy, ale když se postupně v dalších ročnících učivo stává abstraktnějším a vyžaduje více rozumových schopností, dosahují horších výsledků. U tvořivých dětí může zvýšená představivost vést k zájmu o aktivní tvorbu a o samostatné, nestandardní řešení úkolů na základě rozumového plánování a představy konečného výsledku. (Kuric, 2001)

**Paměť** žáka se mění z nezáměrné na záměrnou a vlivem školního vyučování se rychle zkvalitňuje. Je pozorovatelné zvětšování rozsahu kvality paměti i rychlosti zapamatování zvláště zásluhou činností druhé signální soustavy. Vedle mechanické paměti se začínají postupně uplatňovat i složitější formy paměti logické. Růst a síla paměti závisí na intenzitě a šířce zájmů žáka. Žák si nejčastěji zapamatuje věci, které ho zaujaly a k nimž má bližší citový vztah. Proto je výchova paměti současně i otázkou výchovy zájmů žáka. Výchovou hlubších a širších zájmů dítěte současně podmiňujeme i vývoj paměti a jiných psychologických procesů i celé jeho osobnosti. (Kuric, 2001)

„Paměť žáka se cvičí a vyvíjí osvojováním si poznatků. I když nepopíráme význam mechanické paměti (někdy je nezbytná a užitečná, např. při osvojování násobilky, vyjmenovaných slov, statistických údajů apod.), musíme logické paměti připisovat mnohem větší význam, protože poznatky získané jejím prostřednictvím mají pro život nesrovnatelně větší hodnotu a jsou trvalejší. Proto je třeba dát dětem návod, jak si mají učivo jednotlivých vyučovacích předmětů správně osvojovat. Nejdůležitější podmínkou je, aby žáci učivo logicky pochopili, navázali na učivo předcházející a uvedli je s ním do logického vztahu. Novější a starší učivo se musí v paměti žáka systemizovat, a to je možné je ve smyslově ucelených částech spojených do jednoho celku“ (Kuric, 2001, s. 77).

Rozvoj **fantazie** velmi úzce souvisí s rozvojem tvořivosti dětí, a tím nepřímo s tvořivou prací člověka. Fantazii nechápeme jako prázdnou zábavu rozumu a činnost související ve

vzduchu, ale chápeme ji v souvislosti s její nezastupitelnou funkcí. Žádná činnost člověka není možná bez fantazie, protože fantazie jí dodává cílevědomost, plánovitost a zaměřuje ji k výslednému produktu úsilí člověka. (Kuric, 2001)

Fantazie se u žáka vyvíjí specificky a dost rychle v těsném sepětí s ostatními psychickými procesy, vyznačuje se velkou živostí. I po vstupu do školy žijí výtvoři žákovy fantazie téměř jako živé bytosti a děti se zcela oddávají zážitkům svých hrdinů. Kreslení a modelování, slohové úlohy a konstruktivní hry a jiné činnosti napomáhají vývoji tvořivé fantazie, která se uplatňuje zvláště v druhé polovině tohoto období. Žáci ve svých výtvorech a obrazech hodně reprodukují, napodobují, ale současně vnášejí do napodobování i tvořivé prvky. Čím více se pod vlivem vyučování rozvíjí duševní obzor dítěte, čím větší jsou jeho zkušenosti, hlubší a bohatší vědomosti, tím bohatší je i jeho fantazie, a tím originálnější jsou jeho výtvoři. (Kuric, 2001)

### **Myšlení a řeč**

**Myšlení** v tomto období prochází dvěma základními fázemi. První fáze se kryje s prvníma dvěma roky a myšlenková činnost dítěte v této době připomíná myšlení předškolního dítěte. Učební látka je příliš konkrétní, děti se při rozboru a osvojování učiva opírají o reálné předměty nebo o jejich přímé náhrady, převládá tedy konkrétně-pojmové myšlení. Postupně se však vytváří schopnost žáků abstrahovat od konkrétního a v třetím ročníku nastupuje druhá fáze rozvoje myšlení. (Kuric, 2001)

Šesti až desetileté děti dnes svými rozumovými schopnostmi převyšují děti stejného věku v minulosti. Četné psychologické výzkumy ukazují značné rezervy psychického rozvoje žáků v jejich rozumových schopnostech a v osvojování náročnější učební látky. Vlivem soustavného vyučování se začíná myšlení dítěte rozvíjet zvláště po stránce kvalitativní. Zvětšuje se okruh žákových představ zvláště v těch oblastech, s nimiž se před vstupem do školy nesetkal. Žák poznává nové druhy zvířat a rostlin, nové země, hory, moře a širší okruh lidí, jejich život a práci, historii svého národa, seznamuje se s vývojem života na Zemi. Děti si postupně osvojují vědomosti a každá nová zkušenost, každý nový poznatek se opírá o poznatek předešlý a navazuje na něj. (Kuric, 2001)

Spolu s vývoje myšlení činí rychlé pokroky i vývoj **řeči**. Vyšší logické formy myšlení mohou vzniknout jen na základě řeči. Proto je řeč nezbytnou podmínkou pro vývoj abstraktního myšlení a pro zdokonalování pojmů. Díky slovu, lidské řeči bylo možné nahromadit

velké množství poznatků, zkušeností, pravidel a zákonů a předat je dalším generacím jako souhrn poznání. I když myšlení nemůže existovat bez řeči, nelze je ztotožňovat; myšlení a řeč nejsou totožné psychické poznávací procesy, je mezi nimi vztah dialektické hodnoty. Řeč se řídí zákonitostmi psychologickými a gramatickými, myšlení zákonitostmi psychologickými a logickými. (Kuric, 2001)

Dítě přichází do školy s poměrně chudou slovní zásobou a s některými chybami při vyslovování jednotlivých slov, ale také přichází s praktickou znalostí gramatické stavby mateřského jazyka. Dítě umí slovní tvary používat v podstatě správně: skloňuje, časuje, spojuje slova do vět. Ve školním období se struktura řeči sice už nemění, ale řeč se po mnoha stránkách dále zdokonaluje, obohacuje a artikulace se zlepšuje. Důležité je také zvládnutí písemné formy vyjadřování, která již svou povahou vyžaduje zřetelné formulace a logickou stavbu a stává se v pravém slova smyslu prostředkem myšlení, a tím i žákova celkového duševního rozvoje. (Kuric, 2001)

„Ale ani při všech uvedených pokrocích ve vývoji myšlení a řeči mladšího žáka nedosáhne jeho myšlení ještě ani zdaleka takové úrovně, jakou má myšlení dospělého člověka; je zde stále značný kvalitativní rozdíl. Myšlení mladšího žáka má ještě určité znaky subjektivnosti a spjatosti s city, neúplnost a nepřesnost závěrů vyplývajících z náhodnosti a unáhlenosti“ (Kuric, 2001, s. 81).

### **Vývoj a rozvoj osobnosti žáka**

„Učební a pracovní činnost a současně postupující socializace žáka vytvářejí významné podmínky pro formování jeho osobnosti. Intenzivní rozvoj poznávacích schopností, diferenciací a rozvoj citů, osvojování morálních norem a pravidel chování a upevňování volných vlastností se odrážejí v žákově osobnosti, jež se postupně utváří. Prohlubují a diferencují se i některé potřeby a zájmy, které vedou žáka k poznávání, sebeuplatňování a sdružování; začínají se též zvnitřňovat motivy a jednání“ (Kuric, 2001, s. 81).

U žáků se postupně vytrácí nekritičnost a naivita, zvyšují se realistické prvky v hodnocení lidí i sebe samého, začínají se objevovat vnitřní rozpory mezi dosavadními postoji, povrchními náhledy a nově vznikající úrovní poznání. Postoje se postupně ustalují, žák se z vlastní vůle snaží dodržovat určité zásady a pravidla společenského chování. Před pubertou je už žák do značné míry mravně citlivý, rozpory mezi skutky dospělých ho skličují, dosud pevná autorita dospělých se začíná otrásat. (Kuric, 2001)

Postupně se rozvíjí **citová a volní stránka** žákovy osobnosti a vlivem působení školy a jejich požadavků se vytváří disciplinovanost. Obohacení citů o nové mravní a sociální city, jakož i o city intelektuální a estetické, se projeví zřetelně v celé psychické struktuře mladšího žáka, zvláště v jeho chování v kolektivu. City žáka postupně ztrácejí afektivní charakter, diferencují se a dostávají se pod vědomou kontrolu. Žák už dokáže do značné míry usměrňovat mnohé projevy nálad, spokojenosti a nespokojenosti, takže v období mezi osmým a desátým rokem můžeme mluvit o ustalování citů. Ke konci školního období žák dost úspěšně skrývá nežádoucí projevy citů; uvnitř však dítě citové vztahy prožívá, zadržené citové projevy pak kompenzuje v jiných činnostech. Typickými projevy citů v tomto období jsou strach, hněv a žárlivost. (Kuric, 2001)

V průběhu vyučování a výchovy ve školním dětství se obohacuje a diferencuje především kvalita a obsah citů. Dítě si postupně osvojuje poznatky z jednotlivých předmětů, získává stále více poznatků i zkušeností, žije plnějším psychickým životem. V chování žáka se postupně začínají více uplatňovat city etické, intelektuální, estetické, morálně politické apod. Roste také pocit osobní důležitosti, který motivuje dítě ke stále intenzivnější práci, zvláště při školním vyučování a v jeho zájmech a zálibách. Velké pokroky učiní žáci během školního dětství i ve vývoji intelektuálních citů. Na žácích snadno poznáme výraznou radost z poznatků získaných ve škole i z vlastních úspěchů v poznání světa. Intelektuální city vštěpujeme dítěti správně tak, že rozumně usměrňujeme touhu žáků po vědění, po poznatcích, že je vychováváme ke kladnému postoji k učení. (Kuric, 2001)

### **Volní vlastnosti**

Vůle žáka se rozvíjí v procesu činností, především činnosti učební, herní a při plnění pracovních úkolů mimo školu. Žák postupně proniká do určitých pravidel chování už v prvním ročníku ve škole, ale i doma začíná projevovat cílevědomost při plnění uložených povinností. Typické pro prvňáčka je, že bere nové povinnosti velmi vážně. To napomáhá formovat disciplinovanost, proto učitelé prvních ročníků si málokdy stěžují na špatné chování žáků. Rychlé přijímání povinností a spěch při jejich plnění se negativně projevuje v tom, že žák o plnění povinností nepřemýšlí, a proto často začatou práci nedokončí. Žáci prvních a druhých ročníků neumí svou práci kriticky zhodnotit, jsou se svými výtvy spokojeni, a proto jsou neradi, když je mají opravovat, předělávat či zdokonalovat. Sebekritičnost, která je důležitá pro vznik volních kvalit, se objevuje až ve třetím ročníku. Aby se volní aktivity upevňovaly a žák mohl získat určité návyky chování a jednání, musí být po-

žadavky učitele a jiných dospělých jasné, bez sporů, musí mít systém i určité logické zdůvodnění. (Kuric, 2001)

Impulzivnost mladšího žáka musíme chápat jako jednu ze zvláštností tohoto věku, která se projevuje i v podmínkách ideální výchovy. Dítě se dá od původního rozhodnutí snadno odvrátit a pod vlivem různých zajímavých podnětů jedná jinak. Je nutné, aby učitelé s touto impulsivností, submisivitou, sugestibilitou dětí při výchově počítali. Častou příčinou lenosti a nedostatečné vůle dítěte může být i nesprávná výchova. Může to být jednak přetěžování dítěte a příliš přísná kontrola, jednak žádné zatěžování a vůbec žádná kontrola. (Kuric, 2001)

### **Morální vlastnosti**

S hodnotovými mravními vlastnostmi se dítě nerodí, ale musí si je postupně osvojovat tak jako jiné psychické vlastnosti, charakterové rysy, dovednosti a návyky. Během čtyř let výchovy ve škole udělá žák v mravním vývoji velké pokroky. Učitel i rodič může být svědkem toho, jak se konkrétními činy projeví statečnost, odvaha, obětavost a pomoc slabším mladšího žáka v různých složitých i nebezpečných situacích. Částečně zvýšená kritičnost žáka na konci školního věku je dobrým podkladem pro vytváření kladných mravních a charakterových vlastností; při dobrém výchovném působení a na základě kladných vzorů se žák sám snaží odstraňovat své nežádoucí vlastnosti a získávat vlastnosti žádoucí. (Kuric, 2001)

### **Zájmová činnost**

Zájmy jsou důležitou složkou motivační kultury, podmiňují školní úspěšnost, usnadňují správný profesionální vývoj a značnou měrou se podílejí na formování osobnosti. Zájmy můžeme rozdělit na školní a mimoškolní. V rámci školních zájmů se velmi často zkoumá oblíbenost jednotlivých vyučovacích předmětů. Z mimoškolních zájmů se věnuje pozornost profesionálním zájmům, zájmu o kulturu, vědu, techniku, sport, přírodu aj. Zájmy žáků velmi těsně souvisejí s jejich potřebami a při vývoji zájmů sehrávají důležitou roli emoce. Nejtypičtějšími zájmy mladších žáků jsou zájmy o hru a sport, podmíněné potřebou pohybu, jehož uspokojení pobyt ve škole plně nedovoluje. Poznávací zájmy se zčásti realizují ve školním vyučování, zčásti přerůstají do jiných oblastí, např. četba podle vlastního výběru. Do pestré palety kulturních zájmů patří např. návštěva filmových a divadelních

představení, sledování televizních pořadů, poslouchání různých rozhlasových relací. (Kuric, 2001)

Zájem o techniku vzniká spontánně, zvláště u chlapců. V posledních letech vstoupily do života žáků, též zejména chlapců, počítačové hry. Počítačové hry mohou dětem přinášet radost, procvičování intelektových schopností, zvyšování sebedůvěry a obohacení vědomostmi obecně. Vznikají ale také obavy týkající se asociálních účinků těchto her na děti. Počítačové hry odsouvají do pozadí společenské kontakty žáka, což může mít negativní vliv na vytváření komunikačních schopností, společenského přizpůsobování a vnímavost k potřebám druhých. Správný postoj k počítačovým hrám je: realizovat je s mírou, nikoli na úkor jiných her a činností, dohlížet na etický nezávadný obsah, bez prvků násilí a destrukce. (Kuric, 2001)

### **Charakteristika sociálně psychologických interakcí žáka**

„V školním dětství se sociální chování dítěte rozvíjí různými směry. Kromě vztahů v rámci rodiny, které přetrvávají nadále, ale kvalitativně se mění, se vyvíjejí nové vztahy mezi učitelem a žákem a vztahy mezi žáky-vrstevníky navzájem, včetně rozdílů mezi pohlavími. Mění se i charakter sociálního chování dítěte: zatímco v předškolním věku byla motivem sociálního kontaktu především hra, ve školním věku kromě toho přistupuje i sociální soužití a soutěžení“ (Kuric, 2001, s. 89).

Sociální vztahy žáka k rodičům zůstávají i po vstupu do školy kladné. Dítě pokládá rodiče za velmi moudré bytosti, které všechno vědí, a od nich se může dozvědět všechno, co ho zajímá. Ve školním období se dítě postupně vymaňuje ze sociálních vazeb a vztahů vázaných na rodinu, sociální chování přenáší do kolektivu třídy a do malých neformálních společenských skupin vznikajících na základě přátelství, zájmů a vědomí příslušnosti k stejné společenské úrovni. Rodina se však stává mostem mezi dítětem a společností; rodina již v tomto věku klade základy určitých životních hodnot a ideálů a vštěpuje prvky etického sociálního chování. Nejcitlivějším ukazatelem sociálního prostředí rodiny je školní prospěch. Činitelé rodinného prostředí zvyšují a snižují školní výkonnost žáka. Podle výzkumů zvyšování výkonů žáka podmiňují zejména vyšší vzdělání a společenské postavení rodičů, větší byt, menší počet sourozenců, soudržnost rodiny aj., naopak slabší žáci pocházejí z rodin postavených ekonomicky níže, bývají z více sourozenců, pocházejí

z neuspořádaných rodin, nemají dostatečný dozor, mají malý životní prostor a nedostatečné hygienické podmínky. (Kuric, 2001)

Neméně důležitý je i vztah mezi sourozenci navzájem. Společné hry a společné plnění různých povinností doma vede k pocitu sounáležitosti a ke společným zájmům. Mezi sourozenci je však častým problémem žárlivost, a to emotivně velmi silná a často dlouhodobá. Žárlivé dítě mívá pocity křivdy, a velmi často žárlí starší sourozenci na mladší s tím, že rodiče věnují všechnu pozornost a péči jen mladším dětem. (Kuric, 2001)

Zvláštní kapitolu sociálního chování žáka tvoří jeho vztahy k učiteli a učitele k němu. Učitel je pro žáky autoritou, u které bojují o přízeň. V prvních třech ročnících základní školy mají žáci téměř bez výjimky k učiteli kladný vztah. Pokud učitel se žáky ve čtvrtém ročníku nejedná správně, začne jeho autorita oslabovat a ztrácet se. Určité výhrady vůči učiteli se projevují neukázněností, soustavným vyrušováním, předstíráním hlouposti nebo přílišné horlivosti, schováváním učebních pomůcek, vědomým klamáním apod. Důležité je, aby učitel dal žákům najevo, že jejich záměry prohlédl. (Kuric, 2001)

Také své zvláštnosti má sociální chování mezi vrstevníky. V prvním a druhém ročníku se podstatnější kolektivní cítění nevyskytuje. Ve třetím ročníku začíná žák pociťovat příslušnost k třídnímu kolektivu znatelně. Ve čtvrtém ročníku žák projevuje výraznou snahu se sdružovat a zapojovat do kolektivních činností. Tato snaha překonává i hněv, hádky a rvačky. Mezi děvčaty jsou častější hádky, u chlapců jsou častější hádky s přechodem do rvačky. (Kuric, 2001)

Přátelství mezi chlapci a dívkami v tomto věku je ojedinělé. Celkově se může zdát, že v tomto věkovém stádiu stojí obě pohlaví proti sobě. Rozdíly se projevují i ve schopnosti přizpůsobovat se požadavkům dospělých: děvčata se těmto požadavkům vzpírají daleko méně než chlapci, jsou přizpůsobivější, víc tíhnou k rodinnému prostředí. Zdá se, že děvčata jsou jemnější nejen vůči lidem, ale i vůči zvířatům. Chlapci bývají v tomto věku často vůči zvířatům krutí a týrají je. Později se tento jev vytrácí. Cílevědomé a systematické usměrňování žáka v průběhu socializace má velký význam pro formování různých stránek žakovy osobnosti. (Kuric, 2001)

## 1.2 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna patří mezi tělesná postižení do skupiny obrn centrálních a periferních.

„Mezi závažná centrální postižení patří dětská mozková obrna (DMO). Příčiny DMO jsou **prenatální** – v prvních měsících jsou to všechny infekce matky, v pokročilých fázích těhotenství oběhové poruchy matky, které mají za následek nedostatečné okysličování plodu, zejména jeho mozku (fetální hypoxie), **perinatální** – porodní asfyxie, nedonošenost, přenošenost, těžké komplikované protahované porody, **postnatální** – všechny infekce zejména do šesti měsíců, vždy se jedná o postižení nezralého mozku“ (Vítková, 2006, s. 171).

V průběhu prvního roku dítěte se klinický obraz DMO teprve utváří a neurologie se diagnostikuje jako centrální koordinační porucha (CKP) a centrální tonusová porucha (CTP). (Vítková, 2006)

Pro DMO je typické hybné postižení, tělesná neobratnost, zejména v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, těkavost, nedokonalost vnímání a nedostatečná představivost, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad a výkyvy duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči a vady řeči. Tyto znaky se vyskytují i u dalšího postižení, které není na první pohled u dětí tak nápadné, jako je dětská mozková obrna. Jedná se o lehké mozkové dysfunkce. (Vítková, 2006)

„Následkem poškození vyvíjejícího se mozku je univerzální odpověď v rozvoji centrálního hypotonického nebo méně často hypertonického syndromu. V průběhu prvních dvou až čtyř let přechází zpravidla ve vyhraněnou tonusovou a hybnou poruchu, která charakterizuje jednotlivé formy DMO“ (Šlapal, 1996 in Vítková a kol., 1998, s. 91).

Podle charakteru tonusové a hybné poruchy rozlišujeme formy: **spastické** (diparetické – s postižením dolních končetin od formy lehké po těžkou, klasickou; **hemiparetické** – s postižením jedné z poloviny těla s převahou na horní končetině; **kvadruparetické** – s postižením všech čtyř končetin) a **nespastické** (hypotonické; a dyskinetické např. atetóza). (Vítková, 1998)

Dodatečně bývá poškozena komunikace a reciproční inervace. U zdravých jedinců se jedná o narušenou komunikaci s dítětem vzhledem k problémům s očním kontaktem, grimasám v



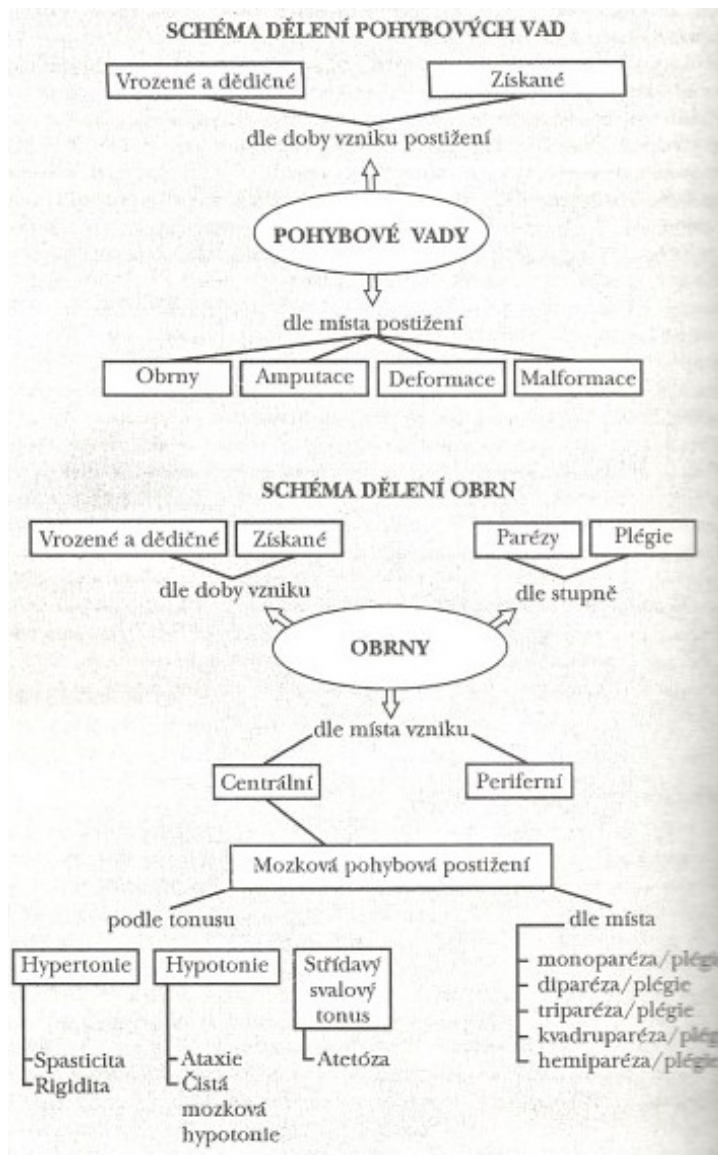
důsledku změn tonusu apod. Reciproční inervace je způsobena střídavým vedením podráždění nervy. (Vítková, 1998)

Doprovodnými postiženími dětské mozkové obrny bývá: omezení intelektových schopností (1/3 s mentální retardací, 1/3 s poruchami učení, 1/3 normální intelekt); omezené zkušenosti; časté epileptické záchvaty; častá dodatečná smyslová postižení; vizuální – strabismus (šilhavost), vady refrakce; auditivní vady – vady vnitřního a středního ucha; obtížná emocionální citlivost; poruchy řeči. (Vítková, 1998)

### **Zvláštnosti v chování, pohybu a jiné zvláštnosti dětí s DMO**

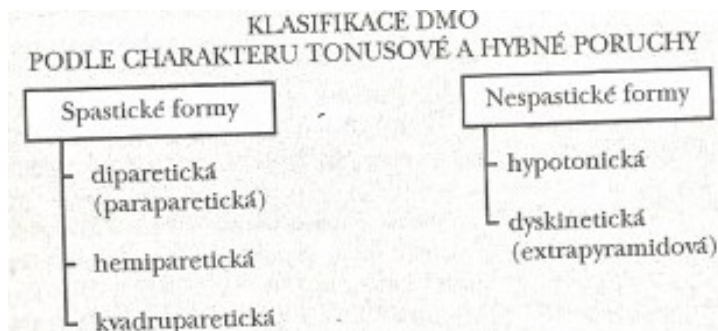
Spastici tvoří cca 80 % z tělesně postižených. Pohyb spastiků se vyznačuje omezením motorické schopnosti pohybu. Vzor tonického chování zabraňuje koordinaci, dochází ke stereotypním pohybům (mj. přetrvávají reflexy charakteristické pro raný věk), popř. k ochuzení pohybu, což často vede k dodatečnému ztuhnutí končetin. Lze rozlišovat mezi dětmi, které jsou schoulené, a mezi dětmi, které jsou napnuté (jejich ústa jsou otevřená, sliní, mají problémy s jídlem a s řečí, krátký dech, nápadnou mimiku). Spastici bývají psychicky vyladěni dosti špatně – úzkost, nejistota, většinou nedostatek sebedůvěry. (Vítková, 1998)

**Schéma dělení pohybových vad**



(Vítková, 2006, s. 170)

**Klasifikace DMO podle charakteru tonusové a hybné poruchy**



(podle Lesného, 1985 in Vítková, 2006, s. 171)

„Ve speciálně pedagogické odborné literatuře se považuje za tělesné postižení přetrvávající nebo trvalé nápadnosti pohybových schopností s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Příčinou je poškození podpůrného (nosného) nebo pohybového aparátu nebo jiné organické poškození“ (Gruber, 1992 in Vítková, 1998, s. 90).

„Pohybové neboli ortopedické vady můžeme dělit podle různých kritérií. Lili Monatová (1994) rozlišuje dvě základní skupiny, k nimž patří poruchy vrozené včetně dědičných a poruchy získané. Všechny pohybové vady mohou být různého stupně. Podle postižené části těla rozeznáváme skupinu **obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace**“ (Vítková, 2006, s. 169).

Postižena může být:

- centrální nervová soustava (CNS)
- tonus (svalové napětí)
- koordinace (souhra svalů) (Vítková, 1998)

Do skupiny mozkových (cerebrálních) pohybových poškození patří například dětská mozková obrna, ortopedické problémy a lehké mozkové dysfunkce. (Vítková, 1998)

#### - **Obrny centrální a periferní**

„Obrny se týkají centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje mozek a míchu, část periferní obvodové nervstvo. Jednotlivé druhy se od sebe liší rozsahem a stupněm závažnosti a dělí se na **parézy** (částečné ochrnutí) a **plégie** (úplné ochrnutí)“ (Vítková, 2006, s. 171).

Mezi obrny centrální a periferní patří zejména již výše uvedená **dětská mozková obrna**. Dětskou mozkovou obrnu bychom neměli zaměňovat s dalším onemocněním podobného názvu **dětská obrna**. Jedná se o infekční onemocnění, které postihovalo nejčastěji děti v předškolním věku a zanechávalo trvalé a často velmi těžké následky. Dětská obrna probíhala ve dvou fázích: první připomínala chřipkovou infekci, po jejím odeznění nastoupila druhá fáze, která se vyznačovala horečnatým onemocněním s příznaky podráždění mozkových blan. Následkem onemocnění, které vyvolalo poškození motorických buněk na předních kořenech míšních, bylo ochrnutí svalů na končetinách. Intelekt zůstával nepoškozen.

Od roku 1958 jsou všechny děti očkovány Sabinovou vakcínou a od té doby nové případy nebyly u nás zaznamenány. (Vítková, 2006)

Další závažnou skupinou jsou různé druhy **mozkových zánětů** (encephalitis), které jsou nejčastěji vyvolány mikrobiálními činiteli. Toto onemocnění probíhá taktéž ve dvou fázích. V první fázi vnikne mikrob do krve a objevují se příznaky podobné chřipce s horečkou, bolestmi hlavy a nechutenstvím. Po přechodné fázi zdánlivého zlepšení se objevují vysoké teploty, třes, ochrnutí končetin. Častý je i výskyt epileptických záchvatů. Po odeznění nemoci většinou odezní i jednotlivé příznaky. (Vítková, 2006)

Komplikovaným postižením jsou stavy po **mozkových nádorech**, které po operaci mohou zanechat následky v pohybové oblasti nebo v oblasti řeči, kdy dochází k poruše řeči zvané afázie. Díky organickému poškození mozku se může přidružit i epilepsie. (Vítková, 2006)

Podobné následky můžeme sledovat i u **mozkových příhod**, které vznikají v důsledku krvácení do mozku a u **mozkových embolií**, které jsou způsobeny nedokrevností částí mozku a odumřením mozkové tkáně zaklíněním embolu pohybujícího se krevním proudem. Obě onemocnění postihují spíše starší jedince. (Vítková, 2006)

**Traumatické obrny** vznikají při úrazu, který způsobuje poranění hlavy, při němž může být zasažena lebka i mozek. Nejlehčí je otřes mozku, dále stlačení mozku a nejtěžší zhmoždění mozku. Při všech úrazech hlavy je třeba si zapamatovat, že potíže u dětí se nemusí objevit hned, ale až po několika hodinách, kdy je dětem nevolno, točí se jim hlava, zvrací. Nutné je lékařské ošetření. (Vítková, 2006)

Dalším závažným postižením je **obrna míchy**. Nastává vlivem různých onemocnění, ale častou příčinou jsou úrazy páteře s následným poraněním míchy. Celkový stav postiženého a zachování pohybové schopnosti závisí na tom, v kterém místě byla zasažena. Je-li např. zasažena mícha bederní a křížová, vzniká paraparéza až paraplegie dolních končetin a porucha citlivosti na dolních končetinách, při poškození horní části krční míchy, vznikne spastická kvadruparéza až kvadruplégie s poruchou citlivosti, která sahá až ke krku. (Vítková, 2006)

Vrozeným postižením je **rozštěp páteře** bez postižení míchy nebo jejich plen, rozštěp páteře a míšních plen, rozštěp páteře, plen a míchy. Vada vzniká nesprávným uzavřením páteřního kanálu, nejčastěji v bederní části. Brzy po narození dítěte se provádí neurochirurgická operace. Vada vyvolává částečnou až úplnou obrnu dolních končetin a obrnu svěračů. Inte-

lekt nebývá postižen. Děti s rozštěpem páteře většinou navštěvují speciální školu pro tělesně postiženou mládež a vyžadují zvýšenou zdravotnickou péči. V současné době ubývá postižení tohoto druhu v důsledku provádění včasného screeningu VVV ultrazvukem. (Vítková, 2006)

**Degenerativní onemocnění mozku** se projevuje až v průběhu života jedince. Nervová vlákna a později i nervové dráhy postihuje proces rozpadu a zániku nervových buněk. Patří sem větší množství onemocnění, mj. mozečková heredoataxie, která vzniká postižením jedné nebo obou hemisfér a je dědičná. Prognóza je nepříznivá, důležitá je systematická rehabilitace. Jedná se o postupnou degeneraci mozečku, příp. i míchy. Projevuje se vrávoravou chůzí, třesem očí, atrofií a poruchami řeči. (Vítková, 2006)

**Roztroušená skleróza mozkomíšní** je těžké postižení, které se vyznačuje ložiskovými změnami mozku a míchy. Postihuje zhruba 1 % populace a vyskytuje se zejména u mladších dospělých. Příznaky jsou pestré, nejčastěji jsou to poruchy pohybového aparátu, poruchy zraku a řeči. V pokročilejším stádiu se objevuje demence. (Vítková, 2006)

**Degenerativní onemocnění míchy** je podmíněná degenerací míšních provazců. Začíná se projevovat mezi šestým až desátým rokem života a prognóza je nepříznivá. Typická je zvláštní deformita nohy, nejistá a vrávoravá chůze. V pozdějším stádiu se objevuje spastická obrna dolních končetin. (Vítková, 2006)

**K obrně periferních nervů** většinou dochází při úrazu horní nebo dolní končetiny, kdy dojde k přerušení či zhmoždění nervu na končetině s částečnou nebo úplnou obrnou. Při úplné obrně končetina bezvládně visí, při částečné obrně je zasažena pohyblivost a svalová síla. (Vítková, 2006)

#### - **Deformace**

„Deformace zahrnují velkou skupinu vrozených nebo získaných vad, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla“ (Kubát, 1992 in Vítková, 2006, s. 175).

Získané deformace mohou nastat jako důsledek nesprávného držení těla. Takto návykově začínají některé druhy **skolióz** a **kyfóz**. Vadné držení těla se vyznačuje buď změnami v zakřivení páteře, nebo labilním nestálým držením těla. Deformity páteře se vyznačují trvalostí a stálostí. (Vítková, 2006)

„Páteř se může deformovat v **rovině sagitální** (předozadní rovina těla): zvětšená krční lordóza (hyperlordóza), hrudní kyfóza (tzv. kulatá záda), plochá záda, bederní lordóza. Častější jsou však deformace v **rovině frontální** (čelní) a projevují se bočním vychýlením od středové roviny. Jedná se o různé druhy **skolióz**, které postihují asi 2,5 % dětí z populace (Kapounek 1988, Eis 1986, Kubát 1992 ad.) a dělí se podle místa vzniku na krční, hrudní a bederní. Dále se používá dělení podle typu **C** (vybočení vlevo), **D** (vybočení vpravo), **S** (složená skolióza)“ (Vítková, 2006, s. 175).

Znaky vadného držení těla (podle Dvořákové, 1989 in Vítková, 2006, s. 176):

- Zvýšená hrudní kyfóza – ohnutí hrudní části páteře, odstálé lopatky a sevřený hrudník mezi rameny, s ní bývá spojena zvětšená krční lordóza.
- Zvětšená krční lordóza – předsunutí a prohnutí krční páteře spolu s předsunutím a zakloněním hlavy.
- Zvětšená bederní lordóza – zvětšené prohnutí v bederní páteři spolu s uvolněným břichem a hýžděmi a nesprávným sklonem pánve.
- Nedostatečné zakřivení páteře – projevuje se plochými zády i hrudníkem a nesprávným sklonem pánve.
- Skoliotické držení těla – je způsobeno rotací páteře a projevuje se nesymetrickým obrysem těla s různou výškou ramene a lopatek.
- Bočítost kolen vnitřní nebo zevní – je často spojena se špatným postavením hlezenních kloubů, kdy především vyvrácení kotníků dovnitř má negativní vliv na postavení dolních končetin a pánve.
- Plochá noha – se projevuje poklesem až vymizením klenby nožní (podélné nebo příčné).

Důležitá je prevence a rehabilitační cvičení řízené ortopedem nebo rehabilitačním lékařem a realizované na rehabilitačních odděleních fyzioterapeuty. Rehabilitační cvičení se provádí na některých mateřských a základních školách. (Vítková, 2006)

Také četnou skupinou pohybových vad tvoří nesprávný **vývoj kyčelního kloubu**. Postižení může být jednostranné nebo oboustranné a bývá vyvoláno vrozeným nedostatečným vývojem kyčelních kloubů, popř. úplným vykloubením hlavice (**luxace**) nebo částečným vykloubením (**subluxace**). (Vítková, 2006)

K deformacím patří také **Perthesova choroba**, při které je postižena hlavice stehenní kosti, dále **progresivní svalová dystrofie** (myopatie), kdy se jedná o primární dědičné onemocnění svalů vzniklé na podkladě dědičné metabolické poruchy. (Vítková, 2006)

- **Malformace a amputace**

„Malformací rozumíme patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji jsou to končetiny. Částečné chybění končetiny označujeme jako **amélie**, stav, kdy končetina navazuje přímo na trup, nazýváme **fokomelie**. Malformace patří do skupiny vrozených vývojových vad (VVV). V současné době se s úspěchem provádí screening VVV ultrazvukem“ (Vítková, 2006, s. 177).

„Amputací rozumíme umělé odnětí části končetiny od trupu. Příčinou jsou **úrazy**, kdy k amputaci končetiny může dojít v okamžiku úrazu nebo těsně po něm, např. při autonehodách, poranění elektrickým proudem, výbušninou apod. (Eis 1986, Kapounek 1988 in Vítková, 2006, s. 177). V těchto případech je nezbytná spolupráce s plastickou chirurgií nebo s protetickým oddělením, kde se volí nejvhodnější řešení pro postiženého jedince. Další příčinou amputace mohou být cévní onemocnění – **choroba Bürger-Winiwarterova**. Při této nemoci vzniká akutní zánět žil a tepen, při kterém dochází k postupující trombóze. Vyznačuje se bolestmi při pohybu, nakonec bývají bolesti i v klidu a vedou až k amputaci končetiny. Dalším důvodem amputace jsou **zhoubné nádory na končetinách**. Amputace může být **infekčního původu** se sepsí, kterou nelze zvládnout konzervativními prostředky“ (Chirurgická propedeutika 1993 in Vítková, 2006, s. 177).

### 1.3 Projevy DMO u dětí mladšího školního věku

DMO je chronické onemocnění charakterizované poruchou centrální kontroly hybnosti. DMO se objevuje v prvních letech života jedince a zpravidla se nezhoršuje. Pod pojem DMO nepatří poruchy hybnosti způsobené onemocněním svalů ani periferních nervů. Příčinou špatné kontroly hybnosti a vadného držení trupu a končetin je u DMO porucha vývoje nebo poškození motorických (hybných) oblastí mozku. Dojde-li k takovému poškození mozku, trpí mnoho dětí tzv. spasticitou (křečovitostí), kdy mají křečovitě strnulé paže a nohy a obtížně jimi pohybují. Určité pohyby možné jsou, ale obvykle ve velmi omezeném rozsahu. Tato omezení brání dětem v samostatné účasti na mnoha činnostech, kterým se děti běžně věnují. (Dostupný z: [http://neurocentrum.cz/DMO\\_info.htm#DMO](http://neurocentrum.cz/DMO_info.htm#DMO) [cit. 2009])

Nemocné děti s DMO mohou mít problémy s jemnými pohybovými vzorci, jako je psaní, kreslení nebo úchopy různých předmětů, stříhání nůžkami. Dítě může mít také obtíže s udržení rovnováhy a s chůzí, může trpět mimovolnými pohyby, jako jsou například krouživé pohyby rukou nebo vůlí neovladatelné pohyby úst a slinění. Příznaky DMO jsou velice individuální a u téhož jedince se mohou v průběhu času různě měnit. Některé děti s DMO jsou navíc postiženy dalšími zdravotními problémy včetně epileptických záchvatů, poruch mentálních funkcí, trápí je růstové problémy nebo poruchy zraku či problémy se sluchem. (Dostupný z: [http://neurocentrum.cz/DMO\\_info.htm#DMO](http://neurocentrum.cz/DMO_info.htm#DMO) [cit. 2009])

Dítě s těžkou formou DMO je téměř vždy zcela neschopné chůze a potřebuje velmi náročnou, komplexní a celoživotní péči, dítě s lehkou formou postižení může být jen lehce nemotorné a obejde se bez speciální pomoci. Současná medicína nabízí nemocným lidem s DMO pomoc alespoň částečným mírněním některých projevů nemoci vedoucím ke zlepšení jejich kvality života. (Dostupný z: [http://neurocentrum.cz/DMO\\_info.htm#DMO](http://neurocentrum.cz/DMO_info.htm#DMO) [cit. 2009])

Příliš často se rodiče, ale i lékaři, zaměřují na jediný příznak DMO - neschopnost chůze. Cíle léčby by však měly být mnohem širší - měly by zahrnovat rozvoj co nejvíce dovedností, které umožní nemocnému dospět a získat maximální možnou míru nezávislosti ve společnosti. K tomu nám dopomáhají různé formy rehabilitací a terapií. V dnešní době jsou velmi oblíbené terapie za pomoci zvířete. Snahou fyzioterapeutické péče by měla být optimalizovanost vadného pohybového vzorce, ovlivnění patologického svalového tonusu, zlepšení koordinace pohybů a rovnováhy, možnost vnímání prostoru a orientaci v něm, zlepšení jemné motoriky aj. Ideálním terapeutickým postupem se mi jeví časná rehabilitace dítěte za pomoci zvířete. Děti chodí za zvířátky rády a vůbec jim nepřijde, že se vlastně rehabilitují a že se zvířetem cvičí. Výsledkem kvalitní terapie by mělo být ovlivnění psychomotorického vývoje dítěte v kladném slova smyslu.



## 2 TERAPEUTICKÉ METODY

V dnešní moderní době existuje mnoho terapeutických metod. Ve své bakalářské práci se věnuji zejména animoterapii, tj. terapie za pomoci zvířat, a terapiemi pomocí smyslového vnímání, kde představím muzikoterapii, arteterapii a ergoterapii. Terapie za pomoci zvířete jsou běžně praktikovány u dětí, dospělých i seniorů, kde jim pomáhají zmírnit bolesti, popř. různá traumata. Velmi dobrých výsledků je docíleno u klientů, kteří trpí nějakou vadou, handicapem.

### 2.1 Animoterapie

„V českém jazyce neexistuje zvláštní pojmenování metody využití zvířete jako léčebného prostředku pro člověka. Anglosaská literatura používá označení „léčení prostřednictvím domácích miláčků“ (popřípadě léčení domácími miláčky)“ (Nerandžič, 2006, s. 15).

Důležitá je skutečnost, že miláčkem může být nejen velké zvíře jako kůň, miláčkem může být i běžně se vyskytující domestikovaná zvířata jako jsou pes a kočka, ryba, hmyz, drobný hlodavec, myš, žába, plaz, ale miláčkem také může být rostlina pěstovaná v kořenáči doma za oknem. (Nerandžič, 2006)

Protože zvířata vyžadují dodržování pravidelného denního rytmu, nutí tím klienty, pacienty nebo osoby s handicapem k cílenému a soustředěnému chování. Zvířata nejsou tak náladová jako lidé, proto pozitivně ovlivňují psychický a fyzický stav člověka. Lidé, kteří chovají domácí zvíře, méně trpí depresemi, protože chovaná zvířata mají antidepresivní účinek. Tento antidepresivní účinek se skrývá například v nepředstírané lásce k člověku, nebo vyžívají ke hře, vynucují si pozornost a zmírňují tak psychické napětí a úzkost. (Nerandžič, 2006)

Pozitivní je i skutečnost, že zvířata jsou využívána jako téma v arteterapii a při rozšiřování další zájmové činnosti, např. při sportu, fotografování, modelování apod. (Nerandžič, 2006)

#### 2.1.1 Canisterapie

Nejlepší definice canisterapie se mi jevila v podání paní Pipekové v knize Marie Vítkové Integrativní speciální pedagogika: „Canisterapie je nová forma psychoterapie, která získává ve světě stále větší uznání pro své vynikající výsledky i v takových situacích, které byly

dříve terapeuticky obtížně řešitelné. Zabývá se uplatněním psů v psychoterapii dospělých, dětí, seniorů, lidí tělesně i mentálně postižených, epileptiků a vězňů“ (Pipeková, 1998, s. 107).

### **Historie**

Už odedávna byl pes průvodcem člověka. Pes (dříve vlk) se s člověkem spojil dobrovolně a postupně trvale zdomácněl (asi 15 000 př. n. l.). V průběhu tisíciletí se vlk postupně vyvíjel a měnil křížením a šlechtěním v psa. Pes i člověk měli ze společného soužití oboustranné výhody – pes člověku pomáhal při lovu a dělení kořisti, tahal náklady, stal se hlídačem, ochráncem i partnerem. Člověk mu zase poskytoval potravu a ochranu před silnějšími nepřáteli. Pes tak postupně začal být na člověku závislým a integroval se do běžného života lidské společnosti. V dnešní době je vztah člověka a psa všeobecně uznávaným symbolem lásky a věrnosti. (Nerandžič, 2006)

Během 19. a 20. století se lidé stále více soustřeďovali na vzhled a využitelné vlastnosti psa. Tak se stále doplňovala a upravovala pravidla, selekcí se postupně vytvářela různá plemena a vznikaly plemenné knihy psů. (Nerandžič, 2006)

Canisterapie se vyvinula na základě zkušeností prověřených staletími. Systematické využití psů v léčebných zařízeních ve Franské říši je zmiňováno již v 8. století n. l. Je také velmi známé využití záchranářských psů v klášteře sv. Bernarda ve Švýcarsku nebo využití psů při léčbě duševně nemocných v anglickém Yorku v 18. století. (Nerandžič, 2006)

V České republice se canisterapie začala využívat jen ojediněle na začátku 80. a 90. let 20. století, např. v Ústavu sociální péče Kociánka v Brně, nebo v Psychiatrické léčebně v Bohnicích v Praze při léčbě psychiatrických pacientů. Postupně vznikala občanská zájmová sdružení, kdy jejím vrcholem bylo vytvoření zastřešující České canisterapeutické asociace, která byla založena v roce 2003. Avšak pojem asistenčního psa se dostal do všeobecného podvědomí v souvislosti s vybudováním zázemí pro odborný výcvik slepeckých psů. (Nerandžič, 2006)

### **Léčebné využití psů**

Každý, kdo chce psa, si musí uvědomit, k jakému účelu má být pes použit. Člověk musí zvážit, zda má dostatek sil a odpovědnosti, aby se svému novému příteli věnoval, poskytoval mu svůj volný čas a peníze. Pes není hračka, má své citové a fyzické potřeby, proto o jeho přijetí do rodiny rozhoduje celá rodina. Není nutné mít psa s rodokmenem, bývá totiž

pravidlem, že čistokrevní psi vyžadují důkladný výcvik a obecně jsou náročnější na výchovu. Pes je obrazem svého pána, proto by měl mít v každé rodině jasně vymezené postavení. Neměl by rodinu ovládat, ale naopak rodina by měla ovládat psa. Rodina je tak pro psa smečkou. (Nerandžič, 2006)

Pes vidí pohyb na vzdálenost pět set až sedm set metrů, v šeru rozlišuje třikrát lépe než člověk, slyší šestkrát lépe než člověk, a dokáže rozlišovat zvuky, které člověk ani nevnímá. Ale nejdůležitějším smyslem psa je čich – plocha čichové sliznice je dvousetpadesátkrát větší než čichová sliznice člověka. Pes ví, co jí, a dokáže rozlišit prakticky všechny základní chutě stejně jako člověk. Hmatem pes vnímá podněty z celého povrchu těla. (Nerandžič, 2006)

„Canisterapii lze indikovat pro řadu rozdílných nemocí a pro různá postižení. Například pacienti s poruchami srdečního rytmu a s vysokým krevním tlakem se díky canisterapii dostávají daleko rychleji do normy než při pouhém užívání léků, stejně jako lidé trpící depresivními a úzkostnými poruchami. Psi pomáhají zlepšovat komunikaci, jemnou a hrubou motoriku a všeobecně aktivují zdravotně postiženého člověka. Využívá se jich u neurologických pacientů po mozkové mrtvici a úrazech mozku v kombinaci s řečovými vadami, u pacientů po infarktu myokardu, při Parkinsonově nemoci, u gerontopsychiatrických pacientů (hlavně s Alzheimerovou nemocí anebo u stařecké demence). Onkologičtí pacienti jsou při využití psích spoluterapeutů začleňováni do běžného života a umírají s menšími bolestmi než ti, kteří jsou izolováni v neosobních nemocničních zařízeních. U dětí s dětskou mozkovou obrnou a poruchami chování, u osob po těžkých úrazech a u drogově závislých jsou pravidelně pozorována dlouhodobá období mezi recidivami“ (Nerandžič, 2006, s. 54).

### **Využití Canisterapie**

Nejčastějšími druhy postižení, ve kterých se využívá psa-canisterapeuta a jeho působení, jsou:

- Mentální postižení - V této oblasti napomáhá „canisterapie“ u dětí, s různým stupněm mentálního postižení, k udržení jejich delší pozornosti. Pejsek napomáhá sblížení se s okolím a podporuje komunikativnost, zajišťuje pocit ochrany a jistoty a je to důvěrník, kamarád a věrný společník. Canisterapie je také využívána k rehabilitaci, ale také podporuje sblížení se s okolím a komunikativnost.

- Tělesné postižení - U tělesného postižení je „canisterapie“ využíváno především k rehabilitaci, pes motivuje postiženého ke cvičení, je zdrojem ke zlepšení komunikace s okolím. Canisterapeutický pes je nápomocen při rehabilitačním cvičení, a to speciálně při nácviu a rozvoji hrubé a jemné motoriky a uvolňování spasmů atd. Hrou s pejskem se rozvíjí u dětí motorická činnost a podporuje se a rozvíjí fantazie. Při starosti o pejska se odvede pozornost od vlastních potíží. Důležité je, že pes prolomuje bariéry osamělosti.
- Smyslové postižení – U smyslového postižení např. u nevidomých, je využíváno jak psů asistenčních (viz. Pomocné tlapy) tak i psů canisterapeutických. Pes varuje před překážkami či nebezpečím a tím dodává pocit bezpečí v davu. Je to kamarád a společník, který snižuje strach a stres z neznámého prostředí.
- Sluchové postižení - U sluchově postižených je také využíván jak pes asistenční, tak pes canisterapeutický. Pes zvyšuje nezávislost postiženého, dokáže ho varovat před překážkami či jiným nebezpečím, zvyšuje soběstačnost a sebedůvěru postiženého.
- Autismus - U autistických dětí je canisterapie velmi důležitá především pro jejich styk s okolním světem. Pejskové plní roli určitého prostředníka mezi lidmi a okolním světem a přispívají k jejich duševní rovnováze, snižují pocit osamění. Prostřednictvím pejska lze dosáhnout zlepšení projevů autismu.
- Epileptici - Pro osoby trpící epilepsií je canisterapeutický pes uklidňujícím faktorem a může být nápomocen při snížení záchvatů, dodává pocit bezpečí, svobody a volnosti. Někteří pejsci dokážou vycítit blížící se záchvat a varovat postiženého.
- Psychologická a psychiatrická onemocnění – U těchto onemocnění napomáhá pes ke zlepšení komunikace mezi pacienty a ošetřujícím personálem. Pes je objektem péče a tím odvrací pozornost od pacientových psychických potíží a dochází ke snížení pasivity, apatie a otupění. Pes je také velkým pomocníkem při léčbě drogových závislostí a je také využíván jako pomocná léčba u týraných a zneužívaných dětí.

Nejčastějšími obory, ve kterých se využívá psa-canisterapeuta a jeho působení, jsou:

- Logopedie - V logopedické péči pomáhá canisterapeutický pes při nácviu správné výslovnosti a pomáhá také při rozšiřování slovní zásoby.

- Geriatrie – Velice důležitým oborem, kde je canisterapie užitečná a kde se jí hojně využívá je geriatrie. Zvířata totiž mohou starým a opuštěným lidem nabídnout nejen přátelství, lásku, pocit vzájemné potřeby, ale i respektování. Pozitivní úloha zvířete spočívá nejen ve schopnosti zastoupit chybějící úzké mezilidské vztahy, ale i v popudu k pravidelnému pohybu a nabídce prožívání slasti v zanedbávané hmatové stimulaci – to je možnost se se zvířetem pomuchlat, pomazlit a vzájemně se přitulit. Pejsek dává také svému pánovi určitou jistotu a věrnost ve vztahu k němu, zvyšuje pocit bezpečí a napomáhá ke zmírnění pocitu osamění, žalu a bolesti při ztrátě životního partnera. Je dobrým prostředníkem k lepší komunikaci a navazování kontaktu s okolím, dokáže vyburcovat z nostalgie a deprese. Pes nerozlišuje podle vzhledu či onemocnění, ale podle vnitřních hodnot. (Dostupný z: <http://canisterapie-zlin.cz/canisterapie.php> [cit. 2008 - 2010])

Samozřejmě, že u jednotlivých oblastí následují specifika podle závažnosti onemocnění, věku klienta, prostředí, přístupnosti atd. (Dostupný z: <http://canisterapie-zlin.cz/canisterapie.php> [cit. 2008 - 2010])

### **Výběr a výcvik terapeutického psa**

Největším problémem bývá najít psa vhodného pro daný účel. Pes se musí podrobit náročným a složitým canisterapeutickým zkouškám, kde na konci zkoušky obdrží jeho majitel osvědčení o vzdělání v canisterapii (osvědčení je max. na 2 roky). Dále je důležité doložit platná osvědčení od veterináře, že je pes zcela zdravý a pravidelně očkovaný. Teprve po splnění uvedených podmínek může být canisterapeutický pes zařazen do terapeutického programu. (Nerandžič, 2006)

Psí terapeuti musí mít především svého pána, „odborníka“, nejlépe nějakého kynologa, který se o ně bude starat a zároveň bude ručit za bezpečnost dětí. Klíčovým hlediskem je výběr terapeutického psa, ne všichni psi se hodí k terapii. Důležité také je, aby majitel svého psa miloval, znal do detailu jeho chování, uměl předvídat jeho reakce a měl vztah k dětem. Zkušenosti canisterapeutů ukázaly, že odborné vedení canisterapie vyžaduje mnohem více, než mít rád psy, že nerozhoduje plemeno, ale především charakter psa a jeho výchova. (Nerandžič, 2006)

Canisterapeutický pes se může na léčebném procesu podílet denně maximálně dvě až tři hodiny, terapeutická jednotka by neměla přesáhnout třiceti minut. Důležitým faktorem je nálada psa a chuť věnovat se terapeutické „práci“. (Nerandžič, 2006)

### **Subsystémy v canisterapii**

První v léčebném procesu je terapeut. To je člověk, který by měl mít vysokou sociální inteligenci a velkou schopnost empatie i týmové práce. Dále tým tvoří jeho zvíře a pacient. V procesu léčení má vždy řídicí funkci lékař. Dále do terapeutického týmu patří zdravotní sestra, fyziio- a ergoterapeuti, kliničtí psychologové, pedagogové, sociální pracovníci, technický personál, právníci, a jiní specialisté. (Nerandžič, 2006)

### **Průběh canisterapie**

Děti se při terapiích realizují především citově. U handicapovaných dětí je rovněž velmi obtížná výuka cizích jazyků, která je povinná od 4. třídy základní školy. Psi tyto děti motivují nejen při výuce mateřského jazyka a matematiky, ale následně i dalšího jazyka. V oblasti výtvarné výchovy je zvíře jejich velmi oblíbeným tématem, kdy při terapii dochází k rozvoji jejich řečových schopností a jemné motoriky. U všech dětí se vždy musí stanovit individuální cíl. Má-li dítě problémy s dorozuměním, používají se piktogramy. Děti s dětskou mozkovou obrnou mají ve škole a v interakci se psy lepší výsledky než při běžně užívaných výchovně vzdělávacích metodách. Ty děti, které se samy téměř nepohybovaly, lezou se psy po čtyřech a snaží se posazovat, tím se evidentně zlepšuje jejich lokomoční pohybové schopnosti. Postupně se zlepšuje hrubá i jemná motorika dětí. Děti jsou schopné stabilnějšího pohybu po nohách, jsou nápomocné při oblékání, jídle a pití, více jim chutná a přestávají trpět zácpou. (Nerandžič, 2006)

U těžce tělesně postižených dětí začíná jemnou masáží dítěte, kterou provádějí canisterapeutičtí psi. Terapeuti pokládají piškoty na tělo dítěte nebo dají dítěti piškot do dlaně a pejsek si jej postupně sní a dítě „oblíže“. Tím dochází k jemnému dráždění (masáži) a zlepšení svalového napětí ochablých svalů. Polohováním dítěte za asistence psů se protahují zkrácené svaly a dochází k povolení svalového spasmu. Tímto tělesným kontaktem se psem jsou svaly dobře prohřáté a prokrvené. (Nerandžič, 2006)

U dětí s méně vadami se psy přivítají pozdravem a pejsek jim podá „pac“. Při správném provedení úkolu si dítě smí psa pohladit, dát mu piškot nebo si s ním chvíli pohrát. Po krmení a ošetřování pejsků si děti vždy musí umýt ruce, pečlivěji dodržují zásady osobní

hygieny. To pak má pozitivní dopad do budoucna na běžné hygienické návyky. Výukový program musí být přizpůsoben postižení dětí a psi jsou motivací pro jejich práci. Jejich prostřednictvím si děti mohou procvičovat např. početní úkony, řečové dovednosti, cvičit si ruce tak, aby byly schopné provést ty nejjemnější práce potřebné pro běžný život, a v neposlední řadě pomocí psů mohou rozvíjet své výtvarné schopnosti. Děti se učí formulovat svou vůli a představu tím, že musí dávat psům jednoznačné a jasné povely. Zároveň se učí poznávat, co pes sděluje a požaduje, a podle svých možností musí vyhovět jeho nezbytným nárokům, např. proběhnout se, vyvenčit jej, nakrmit jej a udržovat ho v čistotě. Poznávají, co pes chce, a pomáhají mu splnit jeho potřeby a přání. To vše vede k slušnějšímu a ohleduplnějšímu chování dětí. Pomocí psů děti vědí, že musejí respektovat individualitu, potřeby a práva druhého. Pes je vychovává a první pozitivní výsledky bývají patrné již po půl roce docházky na terapii. (Nerandžič, 2006)

„Canisterapie vyžaduje mnoho zkušeností a znalostí psychologie psů i lidí. Chovatelé psů s terapeutickým výcvikem se bez spojení s dalšími odborníky uplatní jen málo – jen jejich úzká spolupráce vede k úspěchu canisterapie jako metody“ (Nerandžič, 2006, s. 48 - 49).

## 2.1.2 Felinoterapie

### Historie

Zhruba před dvaceti miliony let se objevili první předkové kočky, přímý předek dnešní kočky se objevil zhruba před dvanácti miliony let, a nejvíce se podobal kočce divoké. Odborná literatura se shoduje v tom, že na rozdíl od všech ostatních zvířat, která si člověk ochočil, osvojil, kočka si přisvojila člověka. Lidská sídla nabízela pro kočky větší pohodlí a možností potravy a přežití než divoká příroda. Lidé si koček od nepaměti vážili, protože je zbavovaly parazitujících myší, hadů a jiných drobných živočichů. Kočky jako nebojácní tvorové s kvalitními loveckými dovednostmi dokázali uhájit lidská obydlí a sýpky s obilím před škůdci, čímž chránili i lidské životy. (Nerandžič, 2006)

Ve vývoji trvajícím několik staletí divoká kočka zdomácněla a postupně došlo ke změně její povahy, anatomické stavby i fyziologie. Její významnou vlastností, která umožnila kočkám přežít v blízkosti lidských obydlí, se stala krotkost a nebojácnost. Kočky mají velmi dobře rozvinuté smysly, jako je např. čich, sluch, cit pro rovnováhu, dotykové smysly a bystrost. S modernizací našeho života se postupně úloha kočky začala měnit z ochránce obydlí na dobrého společníka. (Nerandžič, 2006)

Ve zdravotnictví se s kočkami začalo pracovat přibližně ve stejné době jako se psy, jen se o tom příliš nehovořilo. První zmínka o léčebném využití koček se objevují od poloviny 90. let 20. století. V oblasti felinoterapie s kočkami dlouhodobě pracují Mgr. Erwin Reisaus z Rakouska, který využívá perských a domácích koček, a Avshalom Beni z Izraele, který se zaměřil na plemeno ragdol a na domácí bengálské kočky. V České republice pracuje organizovaně s kočkami pouze Nezávislý chovatelský klub se sídlem v Mladé Boleslavi (NCHK). Tento klub vydal v roce 2001 plemennou knihu koček a zkušební řád pro týmy v návštěvní terapeutické službě. Součástí zkušebního řádu je čtyřstupňový systém způsobilosti koček v různých zátěžových situacích. (Nerandžič, 2006)

### **Léčebné využití koček**

V posledních zhruba desetiletích se zkoumá, jaký vliv má kočka chovaná doma na zdravotní stav svého majitele. Statistická vyhodnocení potvrzují, že chovatelé koček umírají mnohem méně na infarkty a mozkové mrtvice. (Nerandžič, 2006)

Kočka není na chov tak náročná jako pes, ale musíme se před pořízením nového člena domácnosti dobře seznámit se vším, co je pro zvíře nezbytné. Je třeba si uvědomit určitá úskalí, která chov kočky může přinést – např. nemoci, jimiž kočky trpí. Nejčastěji to bývají parazitární a bakteriální onemocnění (tasemnice, toxoplasmóza), které se přenášejí nakaženým masem drobných živočichů. Je třeba proto kočky pravidelně odčervovat a očkovat proti parvoviróze. Kočky také velmi často trpí syndromem imunitní nedostatečnosti (FIV), jehož příčinou je virus podobný onemocnění AIDS se všemi důsledky a komplikacemi. Příčinou kočičí leukémie (FeLV) je rovněž virus. Zatím nebylo prokázáno přenosu těchto onemocnění na člověka. Naopak na člověka se přenášejí giardióza, salmonelóza, leptospiróza, a to z infikovaných vodních zdrojů, z nichž se kočky napijí. Protože toulavé domácí kočky mohou být nakaženy vzteklinou, je vždy na místě veterinární vyšetření zvířete a včasné očkování poškozeného člověka. Možnosti přenosu nákazy z kočky na člověka proto nesmíme podceňovat. Především dbáme na odčervení, které se provádí pravidelně jednou za tři měsíce různými preparáty tak, aby nevznikla odolnost parazitů na podaný lék. Proti vzteklině, parvoviróze, rhinotracheitidě, calciviru a chlamydiím lze kočku očkovat. (Nerandžič, 2006)

Co na kočce člověk pozoruje a obdivuje? Kočka si hodně pamatuje, ale vycvičit se dá jen obtížně. Na rozdíl od psa je kočka více vázána na domov a teritorium než na člověka. Je



nezávislá, její intelekt se odlišuje od ostatních zvířat samostatnou rozvahou individuálně pracujícího lovce. Vnímá tóny o oktávu a půl výše než člověk a oči má ve tmě šestkrát citlivější, navíc má zorné pole a vynikající periferní vidění. Kočka rozeznává hlavně pohyb, jinak její zrak není příliš ostrý, reaguje hlavně na změnu světelných podmínek. V čenichu má dvakrát více čichových buněk, než mají lidé. Její chuťové pohárky jsou citlivé na kyselou, hořkou a slanou chuť, překvapivě sladkou chuť nevnímají. Kočky se dobře orientují v prostoru, cestu domů dokážou najít ze vzdálenosti deseti až dvanácti kilometrů. Při pohybu jsou schopny vyvinout rychlost až 45 kilometrů za hodinu během několika sekund. Kočka je také nepřekonatelný skokan, protože skáče na vzdálenost, která je několikrát větší, než je délka jejího těla. Rané zkušenosti ovlivňují chování dospělé kočky. Je-li kotě vychováváno bez přítomnosti člověka nebo jiných zvířat, stává se bojácným, až nepřátelským. (Nerandžič, 2006)

### **Výběr a testování kočky**

V naší republice se pro felinoterapii nejvíce využívají kočky domácí, kočky plemene ragdol a sibiřské kočky. Výběr kočky je věci temperamentu chovatele a tolerance a schopnosti klienta přijmout kočku, a naopak. Je důležité, aby si člověk a kočka byli co nejbližší povahově – lidé klidní budou nejspíše preferovat kočku perskou, temperamentnější zase kočku javanskou nebo siamskou. (Nerandžič, 2006)

Kočky jsou pro felinoterapii vybírány na podkladě testování podle Zkušebního řádu pro návštěvní (terapeutickou) službu. Přednost mají kočky s mírnou, vyrovnanou a přátelskou povahou k lidem a ty, které vyhledávají samy kontakt s lidmi. Kočka musí být plně socializovaná a chovaná v obydlí bez omezení možnosti kontaktu s člověkem. Kočka musí být zvyklá na člověka od útlého věku, protože sociální chování se vytváří v prvních deseti dnech života. Styk s dětmi by měl začít co nejdříve. Dítě kolem jednoho roku už je schopné navázat kontakt s očima a hmatem, hned si s kotětem hraje a oba jsou mnohem klidnější a vyrovnanější. Doba jejich hry bývá od několika vteřin až po několik minut. Celý léčebný účinek je postaven na chuti a náladě obou zúčastněných felinoterapie. Kočky využívané ve felinoterapii by měly být označeny mikročipem. (Nerandžič, 2006)

Kočka využívaná při felinoterapii musí mít základní hygienické návyky, musí jí být vymezeno, co je dovoleno a co je zakázáno. Pozitivní stimulace (například pamlsky) je lepší než bití. Chovatel musí svému svěřenci poskytnout pocit ochrany a bezpečí. Kočka by měla

přijít do kontaktu s cizí osobou až po třech měsících života. Kočka vhodná pro felinoterapii by si měla postupně zvykat také na pohyb v různých prostředích. (Nerandžič, 2006)

### **Průběh felinoterapie**

Při felinoterapii může být terapeutem sociální pracovník, ergoterapeut, fyzioterapeut, pedagog, psycholog nebo lékař. Většinou však jde o pracovníky ústavu sociální péče, domovů důchodců apod. Význam felinoterapie je sice nenápadný, ale mnohem větší, než by se mohlo zdát. Přítomnost zvířat na pracovišti má vliv hlavně na dlouhodobě těžce nemocné, na onkologické pacienty a na seniory žijící v domovech důchodců, napomáhá i zmírnění příznaků syndromu vyhoření u personálu a prokazatelně zlepšuje mezilidské vztahy. (Nerandžič, 2006)

Kočka například pomáhá zmírnit adaptační stres nově příchozích klientů do domovů důchodců, díky jejímu vlivu se upravují hodnoty krevního tlaku a srdeční frekvence, dochází ke zmírnění napětí při stresu, u starších lidí se stimulují paměťové funkce, povzbuzuje se jemná motorika, zejména u lidí s poškozením mozku po mozkové mrtvici a úrazech mozku a míchy. Kontakt s kočkou pomáhá rozvíjet estetické a hudební cítění dětí v rámci herních terapií, např. při produkci divadelních her, pomáhá jim v soustředění a hlavně je rozveseluje. U mentálně retardovaných dětí jsou vzhledem k jejich citové otevřenosti výsledky nejlepší – děti přijímají kočky bez jakýchkoli podmínek, kontakt se zvířetem jim dává pocit bezpečí a ony se mohou radovat. To také významně podporuje jejich úsilí v komunikaci s ostatními a pomáhá jim rozvíjet slovní zásobu. U fyzicky postižených dětí dochází při hře s kočkou k uvolnění spasmu, u autistických dětí se uvolňuje psychika a začínají pod vlivem koček komunikovat a spolupracovat se svým okolím. Děti postižené dětskou mozkovou obrnou jsou vtahovány do hry prostřednictvím mňoukání kočky, a tím dochází k motivovanému pohybu. U agresivních dětí nebo dospělých dokážou kočky rychle a energicky uklidnit mňoukáním a vrněním („předení“). (Nerandžič, 2006)

Vlastní léčba probíhá především v oblasti facilitace (usnadnění, zesílení reflexu) ruky při hlazení, při němž dochází k dráždění chlupy a k prohřívání rukou. Úchop procvičuje klient při ošetřování koček (držením kartáče při jejich česání a kartáčování), při krmení koček musí zase klient uchopit misku a vložit do ní krmivo, jemnou motoriku zase cvičí při zapínání a rozepínání postrojů. (Nerandžič, 2006)

Mezi doprovodnými negativními účinky felinoterapie může patřit to, že děti léčené pomocí koček, napodobují její způsob pití a krmení z misky. Kočky také učí děti šplhat na židle a stoly, a dokonce vylézat na stromy – v tomto případě jsou sice nové pohybové návyky pro děti přínosem, ale na druhé straně si vynucují zvýšenou péči a pozornost dospělých. Musím také zmínit určitou existenci rizika přenesení infekce či poranění klienta. Kontakt s kočkami má především psychoterapeutický a teprve následně psychomotorický účinek. (Nerandžič, 2006)

S velkým úspěchem jsou v terapii kombinováni psi a kočky. V porovnání se psy mají kočky většinou vyrovnanější povahu a jsou komunikativnější. Důležitou podmínkou provádění felinoterapie je samozřejmě vyloučení alergie klienta na kočky a zajištění pravidelné veterinární prohlídky kočky. (Nerandžič, 2006)

### 2.1.3 Hipoterapie

#### Historie

Od pradávna je známé soužití koně a člověka. Někteří autoři udávají, že první kůň byl pro potřeby člověka zkrocen asi před pěti nebo šesti tisíci lety. Do té doby sloužil hlavně jako zdroj obživy. Kočovníci jej využívali k jízdě, která jim umožňovala střežení stád koz, ovcí a sobů. Koně byli také vytrvalými pomocníky při přepravě nákladů na velké vzdálenosti. V antickém Řecku a Římě se s koňmi pořádaly sportovní hry. Poslední kultura, která byla postavena na vlastnictví koně, byla kultura amerických indiánů. Na hřbetech koní se ve středověku i novověku rozšiřovaly celé říše. (Nerandžič, 2006)

V současné době má kůň poněkud jiný význam – kromě nepříliš rozsáhlého využití v lesním hospodářství a zemědělství jde o cílený chov, jehož cílem je hlavně sport, a v posledních desetiletích se kůň používá navíc i k léčebným účelům. První zmínky o léčebném využití koně pocházejí od jihoamerických indiánů, kteří nechávali své bojovníky ležet napříč přes hřbet koně, jenž musel chodit nebo klusat. Rytmičtý pohyb koně masíroval hrudník bojovníka a poloha napříč zase udržovala volné dýchací cesty. Léčebné působení spočívalo tedy v nepřímé srdeční masáži a povzbuzování dechových funkcí člověka. (Nerandžič, 2006)

První cílený popis léčebného využití koně v novověku je znám od 17. století, kdy Němec Thomas Sydehman předepisoval jízdu na koni z léčebných důvodů. Jiní autoři zdůrazňují

největší léčebný účinek koně jen při kroku a vyzdvihují především psychologické působení jízdy jako zdroj radosti. Již v té době si všimli, že jízda na koni je aktivním pohybem, kterým se procvičuje celé tělo. Pacienti lépe spí a zbavují se melancholie, jde tedy opět o kladný vliv na psychiku. Vědecká hledání a výzkumy, proč je jízda na koni léčebná, probíhají již od šedesátých let 20. století, hlavně v Německu. První vědecký kongres k léčebnému využití jízdy na koni se konala v roce 1974 v Paříži, v roce 1976 na dalším kongresu v Basileji byla hipoterapie definována jako „... zvláštní forma pohybové léčby pod vedením fyzioterapeuta“. Během času se vytvořily dvě rozdílné koncepce. První vznikla v Anglii, Francii, Kanadě a USA, kde se prosazuje hlavně jezdecký sport pro handicapované. Druhá má původ ve střední Evropě, Švýcarsku, Německu, Rakousku a České republice, a staví do popředí léčebný přínos hipoterapie. Hipoterapii a sportovní jízdu handicapovaných není možné zaměnit, společné mají pouze jediné – koně. (Nerandžič, 2006)

V České republice má léčebné využití koně dlouholetou tradici. Jako první k léčebnému využití koně využil RNDr. Otakar Leiský huculské koně, a od roku 1986 se zabývají rehabilitací prostřednictvím koní v Rehabilitačním ústavu Hamzovy léčebny v Luži Košumberk. MUDr. Frantalová, která jezdí na koni od svých dvanácti let, od patnácti let se věnovala jezdeckví a účastnila se mnoha závodů, celá léta trávila letní měsíce svážením slámy, stavěním stohů, sušením sena, zavážením na půdu a do stodoly, držela koním nohy při kování. Tím hledala cesty, jak svého poznání zprostředkovat pacientům, a to ji přivedlo k hiporehabilitaci. V rehabilitačním ústavu začali provádět léčebné ježdění na koni v roce 1988 s děvčaty se skoliózou, později s dětmi s neurologickými diagnózami, hlavně s dětskou mozkovou obrnou. V roce 1996 jako první a dosud jediné pracoviště v republice začali běžně pracovat se spinálními pacienty (pacienti s postižením míchy) – do hipoterapie je zařazují v relativně krátké době od vzniku úrazového postižení míchy. Vlastní léčebné ježdění probíhá celoročně podle počasí buď venku, nebo v jízdárně. Pacienti bývají rozděleni do několika skupin tak, aby práce s nimi byla systematická a efektivní. Pacienti s neurologickými diagnózami mívají léčebnou jízdu čtyřikrát týdně, pacienti s ortopedickými diagnózami dvakrát týdně, pacienti s postižením míchy také dvakrát týdně. Výsledky práce MUDr. Frantalové s děvčaty se skoliózou byly poprvé zveřejněny na prvním kongresu České hiporehabilitační společnosti. Výsledky byly nejen zajímavé, ale do té doby také naprosto neobvyklé – u žádné z dívek se zakřivení páteře nezhoršilo, u jedné

zůstalo stejné a u ostatních se zlepšilo. Zlepšilo se také správné držení těla a pohybové stereotypy, tedy správné zapojování svalů při pohybu. (Nerandžič, 2006)

### **Léčebné využití koně**

Kůň je velice nákladné zvíře, cena za krmení se pohybuje kolem 180 až 200 korun českých na den. Přitom ceny za ustájení se významně liší – od 3 000 do 10 000 korun českých za měsíc. To vše je bez nákladů na podkováře, veterináře, a celého terapeutického týmu. Opomenout nesmím ani drahý technický materiál (uzdečky, madla, sedla, bičinky, přílby, boty, výběhy, pastviny, hrazení, aj.). Zváží-li, že kůň pracuje maximálně dvě až tři hodiny denně, jsou náklady opravdu vysoké - délka cvičební jednotky bývá mezi pěti až dvaceti minutami. (Nerandžič, 2006)

Ustájení koní mimo areál léčeben je velmi důležitý, hlavně pro ochranu koně. Koně mají právo na soukromí a odpočinek po těžké práci s nemocnými. Většina jejich dopolední činnosti trvá do půl jedné (maximálně šest „cvičebních jednotek“), kdy jedna cvičební jednotka je od pěti do dvaceti minut. Na odpolední rehabilitaci bývá zařazeno maximálně šest až sedm „cvičebních jednotek“. (Nerandžič, 2006)

### **Výběr a výcvik koně**

Výběr koně pro hiporehabilitaci se řídí podle charakteru koně, který je nadřazen plemenu koně. Charakter koně je z části vrozený a z části ovlivnitelný člověkem, trenérem. Výběr koně je velmi náročná záležitost – kůň nesmí mít pokřivený charakter, musí být zdravý, bez těžkých vrozených vad. Zažité charakterové vady koně (agresivita, pomstychtivost aj.) se totiž nedají přecvičit. Zkušený chovatel koní – hipolog si poradí s koněm jakéhokoliv plemene a dokáže jej zařadit do hiporehabilitačního výcviku. (Nerandžič, 2006)

Nejprve je potřebné zohlednit stav nervového systému koně. Krásní a ušlechtilí koně bývají zpravidla labilnější. I z klidného a vyrovnaného koně může však chovatel necitlivým přístupem udělat agresivní zvíře. Spolupráce chovatele – hipologa, rehabilitačního pracovníka a fyzioterapeuta musí probíhat v klidu a pracovní pohodě, stejně jako veškerá ošetřovatelská činnost kolem koní. Výběr typu koně, je třeba podřídit také konkrétní diagnóze a aktuálním změnám zdravotního stavu klienta (chodící, sedící nebo pouze ležící pacient) a v neposlední řadě sociálnímu prostředí, v němž se pohybuje. Například poník je velmi kvalitním pomocníkem v řešení poruch chování. Ve většině případů je třeba řešit celý komplex problémů, včetně práce s postiženou rodinou. (Nerandžič, 2006)

Výcvik koně může trvat až jeden rok. Během této doby se kůň musí charakterově srovnat a připravit se na léčebný proces s klienty. Výcvik koně je veden k upevnování vlastností potřebných k hipoterapii. Kůň využívaný při léčení musí mít pravidelný odpočinek a práci rozdělenou do několika částí dne, aby se nevyčerpal. (Nerandžič, 2006)

Nejdůležitější vlastností terapeutického koně je schopnost být veden, kráčet vedle člověka a plně ho respektovat. Psychická vyrovnanost koně znamená záruku a spolehlivost při terapii. Pro fyzickou kondici koně je rozhodující, aby měl kvalitní osvalení a dobrou rovnováhu jako předpoklad správného nesení při terapii a ochranu hřbetu před bolestí. Úkolem chovatele a trenéra koní spolu s rehabilitačním pracovníkem je vyhledat pro každého pacienta toho nejvhodnějšího koně a stanovit odpovídající léčebný program. To vyžaduje vysokou odbornost a celý proces je samozřejmě velmi náročný. (Nerandžič, 2006)

### **Působení hipoterapie**

Personál stáje tvoří tým odborníků a kvalifikovaných spolupracovníků – hipologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, speciálního pedagoga a dalších. Ale ani formálně správné složení týmu nemusí být zárukou kvality. Velmi důležitá je sebranost, tedy mezilidské vztahy terapeutického personálu, a dobrý vztah pracovníků k lidem a ke zvířatům obecně. Lidé, kteří se zabývají léčebným využitím zvířat, by měli být bezkonfliktní a emocionálně vyrovnaní. Kdo totiž nedokáže kontrolovat sám sebe, nemůže kontrolovat koně ani léčebný proces. (Nerandžič, 2006)

Dobrý terapeut plně respektuje i určité projevy koně srovnatelné s lidskými tiky (skřípání zubů apod.) a poučí o nich své klienty tak, aby člověk ani zvíře nepocíťovali neopodstatněný strach. Vše, co kůň pro člověka dělá, jsou upevněné žádoucí reflexy na úkor reflexů vrozených, pro člověka nežádoucích. (Nerandžič, 2006)

„Význam hipoterapie spočívá hlavně v komplexním vlivu na lidský organismus, v rozsahu využití (medicínské, pedagogické a sociální) a v časové využitelnosti (celoživotní působení na prevenci a léčbu psychických a fyzických funkcí člověka)“ (Nerandžič, 2006, s. 92).

Nemocné neléčí kůň jako živočišný druh, ale kvalita léčby je výsledkem vůle klienta k aktivní spolupráci a schopnosti terapeutů cíleně využívat fyzických i mentálních vlastností koní k léčbě pacientů. Hipoterapie se využívá jak k prevenci vzniku, tak k léčbě postižení či onemocnění. Základním léčebným prostředkem při hipoterapii je pohyb hřbetu koně při rytmickém kroku, přičemž záleží na jeho délce, frekvenci a čistém provedení.

Součtem pohybů hřbetu se vytvářejí další pohybové vzorce. Jde o pohyby vpřed, rotační pohyby, pohyby nahoru a dolů a výkyvy do stran. Prostřednictvím nervových drah dochází k ovlivnění mozku a míchy. Jednodušeji řečeno, kráčeující kůň svým pohybem dráždí řídicí centra a nutí člověka k balancování, tím dochází k aktivování svalů a kloubů, probouzí se vedení v nervových drahách a mozek se tak učí zhodnotit a zpracovat informace o vztahu těla k prostoru a zpětně jej řídit. (Nerandžič, 2006)

Největší vliv má hipoterapie na rozvoj posturální motoriky a svalstva, především jsou to svaly trupu, břišní svaly, bránice, svaly pletence pánevního a dalších. Cílem hipoterapie je trénink centrální nervové soustavy a posunutí této schopnosti až k individuální hranici, v souladu s kapacitní schopností postiženého jedince zpracovat informace. Přičemž cvičení nesmí vést k přetížení klienta. (Nerandžič, 2006)

„Terapeutické ježdění na koni (hipoterapie) je komplexní léčba. Prostřednictvím koně se provádí fyzioterapie, ergoterapie a pedagogická a sociální terapie. Jednotlivé složky hipoterapie od sebe nelze oddělit, přičemž v různé fázi léčení postiženého člověka je významnější vždy jedna z nich. Tomu je přizpůsobena metodika léčebného ježdění“ (Nerandžič, 2006, s. 92).

„Terapie pomocí zvířat v žádném případě nemůže nahradit léčení odbornými lékaři, rehabilitačními pracovníky, psychology a ostatními odborníky. Jde však o obrovský psychoterapeutický impulz, který vede k motivaci a spolupráci při léčení i umírajících pacientů bez ohledu na věk. Po celou dobu léčení také tímto způsobem naplňujeme kvalitu života nemocných“ (Nerandžič, 2006, s. 50).

## **2.2 Terapie pomocí smyslového vnímání**

Mezi terapie pomocí smyslového vnímání, které můžeme využít i u dětí mladšího školního věku s DMO, můžeme zařadit zejména tyto:

### **2.2.1 Muzikoterapie**

Nejvýstižnější definice muzikoterapie se mi jevila tato od pianisty, skladatele, muzikologa, pedagoga a muzikoterapeuta Arneho Linky: „Muzikoterapií rozumíme léčení, léčbu pomocí hudby. Hudba je druh umění. V širším slova smyslu je umění jakákoli dovednost, ve

které člověk vyniká nad ostatními. V užším slova smyslu se uměním míní řečená „krásná umění“, která má za prvořadou estetickou funkci“ (Linka, 1997)

Podle větší potřeby prostoru nebo času se tato umění tradičně dělí na umění:

- A) prostorová = výtvarná, a to: jednak dvourozměrná = plošná: malba, kresba, grafika, výtvarná fotografie apod.; jednak třírozměrná = trojrozměrná: sochařství, plastika, (umělecká) keramika, architektura atd.;
- B) Časová = múzická: poezie, beletrie, hudba, rétorika aj.;
- C) Časově – prostorová čili prostorově – časová: drama, opera, opereta, muzikál, balet, pantomima, scénický melodram, ale i film, televizní inscenace (popř. TV pořad jiného druhu) apod. (Linka, 1997)

Hudba má na člověka mocný citový vliv, ovlivňuje lidskou psychiku a působí náladotvorně. Mezi psychikou a somatikou existuje oboustranná vzájemná závislost. Tělesný stav má vliv na duševno: dobrá tělesná kondice se příznivě odráží v náladě člověka, zatímco třeba hlad, žízeň, ospalost, únava, malátnost, přepracovanost nebo nemoc navozuje náladu špatnou. Obráceně zase i duševno je schopno vyvolávat tělesné úkazy, např. zčervenání nebo zblednutí, třes nebo pocení rukou, bušení srdce, změny krevního tlaku, rozmanité zažívací potíže, zrychlení dechu a mnohé jiné jevy, z nichž některé jsou vyjádřeny i ve známých úslovích typu „srdce radostí poskočilo“, v méně příznivém případě „puklo žalem“, nebo „vstávaly mu hrůzou vlasy na hlavě apod. (Linka, 1997)

Hudba provází člověka už od početí – matčin zpěv vnuká dítěti pocit bezpečí, jistoty a ochrany. Pediatři vyzorovali, že kojenci, jejichž matky nezpívají ukolébavky nebo vlídné písně, bývají nervóznější než jejich vrstevníci vychovávaní s mateřským zpěvem. Dokázali také, že matčin zpěv uklidní dítě víc než třeba její vyprávění něžným, jemným způsobem. (Linka, 1997)

Účinky hudby mohou být nejen rozmanité, ale někdy i protichůdné u různých jedinců, anebo u téhož jedince v různých obdobích. Nejen na kojence, děti předškolního věku, pubescenty, ale nejednou i na dospělého člověka působí jemná, tichá a mírná hudba jako uspávací prostředek, a to zejména tenkrát, jestliže probíhá v extrémně pomalém tempu. (Linka, 1997)



Podle prof. Dr. M. Sováka, 1972 se zařazuje muzikoterapie (dále MT) u dětí takto:

**oblast vad a poruch duševních:**

- psychopedie (MT u dětí s poruchami rozumového vývoje)
- etopedie (MT k prohlubování citové a morální sféry)

**oblast vad smyslových:**

- logopedie (MT k odstraňování koktavosti)
- tyflopédie (hudební aktivity při výchově a výuce slabozrakých a nevidomých)

**oblast vad a poruch tělesných:**

- somatopedie (hudba při rehabilitačních cvičeních, zařazování hudebních aktivit při zabraňování vzniku defektivy). (Linka, 1997)

Podle toho, zda MT provádí hudbou ovlivňovaný jedinec sám na sobě nebo ji na něm uskutečňuje někdo jiný, rozlišujeme **hudební autoterapii** – sebeléčbu a **hudební heteroterapii**, při níž klient a terapeut jsou dvě různé osoby. (Linka, 1997)

Z hlediska pacientovy účasti na terapeuticky motivovaném hudebním dění rozeznáváme **MT aktivní** (při níž léčený jedinec osobně vyvíjí zřejmou hudební aktivitu, ať už sám nebo za spoluúčinkování terapeuta, spolupacientů, terapeutického týmu, tím, že hraje, zpívá nebo alespoň vytukává rytmus apod.); a **MT pasivní** = receptivní = poslechovou (při níž jedinec hudbu pouze vnímá). Ve druhém případě se při tom někdy může věnovat určité mimohudební činnosti (např. malovat, číst, pracovat), avšak to jsou jiné aktivity než hudební. (Linka, 1997)

Stejně jako snad všechny terapie, se i MT rozlišuje podle pacientů ošetřovaných v průběhu určité terapeutické procedury: individuální (terapeut se věnuje pouze jednomu pacientovi), skupinová (ve skupině je 8 až 15 pacientů), hromadná (nad 20 posluchačů, například plný sál posluchačů koncertu apod.). (Linka, 1997)

**Zvuk jako lék**

Zdraví není jen nepřítomnost nějaké nemoci, je to především pozitivní životní hodnota. Zdraví je v úzkém vztahu s naší schopností tvořit, mít z něčeho radost, vyvíjet se a plně využít všechny možnosti v životě, v lásce, při práci, hře a relaxaci. Jedna z nejlepších metod, jak mít kolem sebe žádoucí zvuk je, vytvořit si ho vlastním hlasem, či hudebním ná-

strojem. Pokud neumíme na žádný hudební nástroj, můžeme jej nahradit pískáním, bzučením, zpíváním, nebo prsty „vybubnovávat“ určitý takt. (Halpern, Lingerman, 2005)

Důležité také je umění naslouchat tichu. Postup je velmi jednoduchý – zavřeme si oči a sluchem vsakujeme všechny tóny a šum okolí. Při tom šum není nutné popisovat nebo identifikovat. Jednoduše vezmeme na vědomí, že se nás šum z okolí dotýká. Zatímco světu kolem sebe nasloucháme, pokusíme se vnímat širokou paletu šumu z okolí, aniž bychom si vytvořili úsudek o jednotlivostech. Po chvíli tak vysledujeme, kolik šramotů má tendenci navázat vzájemný vztah, a jak zapadají dohromady. (Halpern, Lingerman, 2005)

„Ve společnosti 20. století se hluk stal tak silným, že naše tělo je tím soustavně vyváděno z rovnováhy a rušeno v přirozeném rytmu. Stále intenzivněji se k našemu sluchu blíží akustický útok. Přihází k duchu a tělu, přichází ještě dodatečně k hluku ulic civilizovaného člověka, který se snaží žít v komplikovaném okolí. Hluk je nutno zredukovat, stejně jako přijímání podřadných, nepřirozených potravin. Naším cílem budiž hodnotná zdravá potrava v dostatečném množství. To platí nejen o jídle, ale i o akustickém okolí“ (Halpern, Lingerman, 2005, s. 51)

### **Působení muzikoterapie**

Hudba působí na psychiku člověka, o tom není pochyb. Hudba také může sloužit k psychologickému ovlivnění, k podpoře bdělosti a produktivity zaměstnanců, především v nudných a monotónních provozech, tím může být ovlivněna produktivita práce. Hudbou může být ovlivněn i náš výběr a nákup v obchodních domech, chuť a stravovací návyky v restauracích a provozovnách rychlého občerstvení. (Halpern, Lingerman, 2005)

Hudbou je také možné působit i na podvědomí jedince a zvířat. Za tímto účelem se používá tzv. „hudby z pozadí“. Je-li k tomu přidána ještě vhodná sugesce, pak je hudba působivější. Již mnoho let existují různé kazety a CD nosiče tohoto typu pro lidi, kteří se snaží odvyknout například kouření, vyvinout lepší způsob chování, nebo odbourat stres (autogenním tréninkem). (Halpern, Lingerman, 2005)

Co se týče vlivu různých hudebních nástrojů na člověka, platí tato poučka:

- Fyzické tělo ovlivňují bicí nástroje, basy, z větší části elektronická hudba.
- Citové, astrální složení člověka ovlivňují nástroje dřevěné, foukací a strunné.
- Mentální tělo a mysl ovlivňují smyčcové nástroje.

- Duši a city ovlivňují harfy, varhany, zvonkohry.

Požaduje-li naše fyzické tělo energii, je vhodné pustit si hudbu silnějších rytmů, rychlých melodií a silných kontrastů. Dobré je při tom zvolit klavírní skladby nebo silné zvuky dechových či bicích nástrojů. Skladby pro trubku, lesní roh, tubu, saxofony, pozouny, tympány, gongy jsou obzvláště silné a rychle pozvedají. Je dobré poznamenat, že není vhodné takovouto hudbu poslouchat příliš dlouho a příliš hlasitě, jinak to může mít opačné účinky. (Halpern, Lingerman, 2005)

Je známé, že při vyčerpání a únavě osvěží spánek. Před tím si však můžeme zahrát nebo poslechnout uklidňující hudbu. Cítíme-li se špatně, pak vhodná hudba naše chmury zažene. Pokud do nitra muzikoterapie pronikneme, budeme se cítit prozářeni světlem, souladem, dechem vesmíru. Následně se do všedního života vrátíme plni čerstvé naděje, vitality a přátelského míru, oddanosti. Hudba nás přivádí blíž k vyšším světům, a naší největší starostí nebude zlepšení hmotných podmínek života, nýbrž bude nám jako bychom vstupovali do světla, do přítomnosti věčnosti. Naše nitro se naplní mírem a klidem. (Halpern, Lingerman, 2005)

Při hudbě nikdy neztratíme totožnost, spojíme se s nadčasovou, pohybující se věčností života. Hudba je světem pro sebe sama, a ten se tvoří pohybem a souhrou energií. Melodické hudební zvuky pozvedají z tíže a omezenosti. Pomáhají dostat se ze strnulosti. Proto naslouchejme třeba tónům flétny a budeme mít dojem, že nás unáší vánek. Zvuky harfy nám dají pocit beztlíže, zvuk violoncella vzbudí naši oduševnělost a pocit oddanosti. Zanedbatelné také nejsou řeči přírody – naslouchání šumícím potůčkům, větru, vánku, zpěvu ptáků, šumění moře aj. Tato „živá hudba“ nás bude inspirovat a pomůže nám. Krásná hudba je jako kouzelný létající koberec, který povznášá do vyšších sfér. (Halpern, Lingerman, 2005)

### 2.2.2 Ergoterapie

„Ergoterapii je možno definovat jako léčebnou metodu, která se zaměřuje zejména na návrat nebo náhradu ztracené funkce, její nedílnou součástí je i zlepšení kvality života handicapovaných“ (Adámková, Šlechtová, 2007, s. 61).

Ergoterapie je terapie motoricko - intelektuálních funkcí a sociálních schopností s cílem dosažení samostatnosti v osobním, sociálním a pracovním životě. S možností použití bohatého spektra různých materiálů, je jedním z hlavních polí ergterapeutické práce také cílený

trénink vnímání a senzibility. Ergoterapie obsahuje také poradenskou činnost a to s hlavní orientací nejen na pacienta ale také na jeho rodinné příslušníky, jak i sestavení a adaptaci vhodných pomůcek na individuální potřeby pacienta. Cílem ergoterapeutické intervence je docílit prací v interdisciplinárním týmu zlepšení funkčního poškození pacienta, zabránění progresu a vzniku sekundárního poškození. (Dr. M. Lippert-Grüner, Köln); (Dokument dostupný z: [http://www.neurorehabilitace.cz/html/ergoterapie\\_.html](http://www.neurorehabilitace.cz/html/ergoterapie_.html))

Hlavní ergoterapeutické úkoly:

- senzomotorická funkční terapie
- trénink kognitivních funkcí
- trénink oběstačnosti – Activities of daily living (ADL)
- trénink v domácím okolí (Dr. M. Lippert-Grüner, Köln); (Dokument dostupný z:

[http://www.neurorehabilitace.cz/html/ergoterapie\\_.html](http://www.neurorehabilitace.cz/html/ergoterapie_.html))

Ergoterapii je možné také chápat jako výcvik soběstačnosti v rámci běžných denních činností. Cílem terapie je zlepšení postižených funkcí a dosažení klientovy absolutní samostatnosti. V případě ochrnutí končetin ergoterapie zahrnuje i motorická cvičení. (Dokument dostupný z: <http://www.mineralfit.cz/domaci-lekar-clanek/ergoterapie-lecba-praci-589/> [cit. 19. 9. 2006])

### **Náplň ergoterapie**

Ergoterapie zahrnuje tělesnou i duševní aktivitu, která napomáhá zlepšení stavu klienta. Patří zde nácvik každodenních činností (oblékání, vaření, nakupování, domácí práce apod.), nácvik úchopů různých předmětů, tvořivá činnost. Pracuje se hlavně v kuchyňce a rukodělných dílnách, jednotlivě nebo ve skupinkách. (Dokument dostupný z: <http://www.mineralfit.cz/domaci-lekar-clanek/ergoterapie-lecba-praci-589/> [cit. 19. 9. 2006])

### **Ergoterapeutické poradenství**

Součástí ergoterapie je také poradenská činnost s klientem i jeho rodinnými příslušníky, sestavení vhodných pomůcek pro individuální potřeby postiženého. Na průběh ergoterapie musí vždy dohlížet specialista v tomto oboru – ergoterapeut. Ergoterapie také zahrnuje tvůrčí práce pro klienty, tím rozumíme - výtvarné kurzy, práce s keramikou, s textilem a podobné tvůrčí práce rozvíjející motorické funkce, smyslové vnímání, fantazii, schopnost

sebevyjádření, zmírňují stres a působí pozitivně na psychiku. (Dokument dostupný z: <http://www.mineralfit.cz/domaci-lekar-clanek/ergoterapie-lecba-praci-589/> [cit. 19. 9. 2006])

### **Jak ergoterapie léčí**

Ergoterapie napomáhá návratu ztracených tělesných i duševních funkcí, zabraňuje zhoršení stavu pacienta a navrácí jej k samostatnosti. Zároveň je vhodnou formou psychoterapie. (Dokument dostupný z: <http://www.mineralfit.cz/domaci-lekar-clanek/ergoterapie-lecba-praci-589/> [cit. 19. 9. 2006])

### **Komu je ergoterapie určena?**

Ergoterapie je vhodná pro tělesně (ochrnutí nebo chybění končetin), duševně nebo smyslově postižené osoby (slabozrací a nevidomí), kterým může nácvik denních činností pomoci v návratu do normálního života. (Dokument dostupný z: <http://www.mineralfit.cz/domaci-lekar-clanek/ergoterapie-lecba-praci-589/> [cit. 19. 9. 2006])

## **2.2.3 Arteterapie**

### **Historie**

Malíř, arteterapeut, básník a pedagog Evžen Perout ve své publikaci uvádí, že: „Myšlenky spojující výtvarnou činnost a výchovu se objevují poměrně záhy a jsou rovněž součástí kulturního dědictví. Jako předchůdce výtvarně teoretických koncepcí je třeba zmínit Platóna a Aristotela. Vliv jejich myšlenek dosvědčuje např. Readova inspirace Platónovou tezí o umění, které má být základem výchovy“ (Perout, 2005, s. 16).

Později, kdy dějiny umění a estetika, potažmo podoba výtvarné edukace začaly souviset s psychologíí a estetikou vnímání, došlo tím k výraznému posunu. S ohlasem se setkala kniha sochaře a teoretika umění Adolfa von Hildebranda „Problém formy“, který v ní zpracovával svou vlastní zkušenost. Problém výtvarné formy se mu jeví nejen jako výraz vizuální zkušenosti, ale chápe ho jako výsledek průniku různých smyslových vjemů, vidění, hmatu a pohybu. (Perout, 2005)

Jak uvádí arteterapeut Perout, 2005 jedním z prvních badatelů v oblasti stádií dětské kresby a malby byl Corrado Ricci. Ten přispěl k základní periodizaci vývojových fází dětské kresby. Pro klasifikaci dětských kreseb používal dělení do čtyř etap či stádií. Opomineme-li

období čáranic, je prvním stadiem vytvoření kresebného schématu. Následuje období s narůstajícím smyslem pro formu a linii, kdy dítě již v artefaktu chápe význam vzájemných vztahů. Třetím stadiem je stadium pravděpodobného zobrazování; z kreseb se vytrácí schematismus předchozích období. Z výchovně pedagogického hlediska nás tento stupeň upozorňuje na důležitost profesionálně vedeného vyučování výtvarné výchovy. Bez výtvarné edukace dítě zpravidla v této vývojové etapě stagnuje a nepokročí k fázi plastického zachycení předmětu s efekty světla a stínu, s perspektivou. (Perout, 2005)

Jako samostatný obor arteterapie vzniká až v první polovině 20. století a její rozvoj byl umožněn nástupem avantgardy a moderny s její stylovou růzností, která nemusela vycházet ze speciálního výtvarného poučení. Svobodné gesto umožňovalo zachycení bezprostředního pocitu, malíř může v tvorbě vyjadřovat svůj vnitřní svět a spoléhat na inspirativní vliv dynamiky osobních dojmů, stavů a nálady. Je proto logické, že moderní umění nacházelo nové podněty v umění přírodních národů, v kresbách dětí a tvorbě psychiatrických pacientů. Tato proměna povzbudila i zájem lékařů-psychiatrů o patientský výtvarný projev. (Perout, 2005)

Nový, rozvíjející se obor – arteterapie – navazoval zpočátku na klasické postupy psychoanalýzy (artpsychoterapie). Představitelkou tohoto proudu byla Margareta Naumburgová s její knihou „Dynamically Oriented Art Therapy“. Spojení s psychoanalýzou bylo pochopitelné. Sigmund Freud, zakladatel psychoanalýzy, se zasloužil o znovuobjevení ceny symbolické produkce a v konceptu osobnosti kladl důraz na rozvoj emocionality a imaginace. Psychoanalýza bylo a je třeba chápat jako protipól tehdy převažující pozitivistické psychologie (německé a ruské psychofyzické proudy, ruská reflexologie, americký behaviorismus) a kvantitativně a psychometricky zaměřenou metodologii. Později arteterapie čerpala a zpětně obohacovala i jiné psychoterapeutické systémy. (Perout, 2005)

Umělecká činnost je tedy v psychoanalytickém pojetí chápána jako forma náhradního uspokojení. Východiskem pro tento typ činností jsou životní frustrace, které někdy mohou mít podobu neurózy a jindy podobu uměleckého díla. Geneze umělce je tak spojována s patologickou základnou. Symbolická tvorba čerpá z nevědomých zdrojů, tedy z toho, co bylo v osobním životě vytěsněno, z individuální zkušenosti transformované v nevědomé tendence. Oproti Freudovu pojetí viděla např. Jungova škola zdroj symbolických aktivit v rozšířeném pojetí nevědomých vrstev o tzv. „kolektivní nevědomí, které pracuje s archetypy“. (Perout, 2005)

### **Psychoterapie uměním - arteterapie**

V arteterapii se s uměleckými díly pracuje spíše v jejich receptivních formách. Většinou jsou však středem jejího zájmu výtvarné aktivity klientů. Nelze opomenout fakt, že případný „umělecký horizont“ tvorby zejména psychiatrických pacientů bývá doplněn až znaleckým posudkem a není zpravidla původním záměrem malujícího klienta. (Perout, 2005)

Arteterapie je kulturní terapií, která má své kořeny v magických úkonech, rituálech, obřadech a je spojena se symbolikou v uměleckém podobenství. Jak uvádí Perout „Studium archaických kultur potvrzuje používání sošek a kreseb, kterým byla připisována léčivá síla. S vírou v moc obrazů jsou spojeny i jeskynní kresby lovců doby kamenné. Zachované písemné památky přinášejí podobné svědectví. Všeobecně je známý případ krále Davida, který se léčil poslechem hry na citeru; lze se dočíst o terapeutickém účinku katarze v dramatu (Aristoteles)“ (Perout, 2005, s. 25).

V renesanci můžeme narazit na myšlenkový proud spojený s magickým myšlením, který vycházel z alchymie a svůj přesah měl i do tehdejší medicínské praxe (Paracelsus). Člověk, který uvažoval magicky, jednal podle principu analogie (podobnosti) a byl přesvědčen, že je možné přímo ovládat svět podle vlastních představ. Chtěl-li někomu uškodit, zhotovil si sošku v podobě dotyčné osoby, tu pak poškodil v očekávání, že tento negativní zásah postihne i fyzického nepřítel. Podobná úvaha se týkala i léčivých bylin: účinně léčí ten orgán, kterému se podobají (tzv. signatura zrum). (Perout, 2005)

### **Projektivní arteterapie**

„Terapeutický systém projektivní arteterapie a jeho metodika, které tvoří náplň bakalářského studijního programu na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, je tvořivou odpovědí na paradigmatické změny v oblasti školství, zvláště v oblasti výtvarné výchovy a vzdělávání. V ní lze konstatovat posun od pólu expresivního (sebevýrazového) k pólu sebreflexivnímu“ (Slavík, 1997 in Perout, 2005, s. 30).

Termínu „projektivní“ je v projektivní arteterapii použito ve významu, který zavedl do psychoterapie Sigmund Freud. Ten označil tímto pojmem mechanismus obrany proti úzkosti, umožňující připisovat vlastní snahy, přání a pocity jiným osobám. V dalším významu Freud tento pojem chápal jako druh ovlivňování aktuálních podnětů vzpomínkami na minulost. Ve spojení s psychologickými testy je projekce procesem, ve kterém jedinec promí-

tá obsahy svých duševních procesů navenek, mimo sebe a spatřuje je v jiných lidech, zvířatech nebo rostlinách. (Perout, 2005)

Projektivní arteterapie je založena na předpokladu, že projekce není pouze obranným mechanismem, ale její princip se uplatní v celé šíři chování, myšlení a prožívání. Tedy i při tvorbě artefaktu dochází k promítání vnitřních psychických obsahů do vnějších výrazových forem. Ty je pak možné chápat jako neverbální informaci o osobnosti autora, jako metaforické zobrazení intrapsychického konfliktu, míry deprivace či integrovanosti. Výrazové formy mohou zviditelňovat kompenzační formy jednání a prožívání, formy převažujících vzorců chování k sobě samému i okolí, dynamiku v interpersonálních vztazích, výkonovou situaci, variabilitu a preference v sexuální oblasti. Mohou také indikovat psychosomatické onemocnění. (Perout, 2005)

Pro projektivního arteterapeuta je hlavním cílem pomáhat klientovi při změně chování, myšlenek a postojů. Arteterapeut ovlivňuje výtvarnou produkci jak metodickými pokyny při malování, tak verbální interpretací artefaktu, využívající skupinové asociační dynamiky. Využívá možnost specifické komunikace mezi arteterapeutem a klientem, kdy slovo stojí nad výtvarným dílem a umožňuje klientovi porozumět obsahu jeho výtvarného sdělení. (Perout, 2005)

„K interpretačnímu využití jsou zadávána témata, která jsou zpracována formou koláže, akvarelu nebo kombinovanou technikou (akvarel, tuš, tempera, případně vymývaný, tzv. akční akvarel) a která lze rozdělit do tří okruhů:

1. Pohádková a archetypální témata;
2. Okruh témat, který se váže k individuální historii pacienta;
3. Asociačně volné náměty“ (Perout, 2005, s. 33)

### **Člověk se zrakovým postižením**

Těžká zraková vada jistě velmi ovlivní podobu a kvalitu života jedince. Jistě lze uvést případy ukazující nevidomého jako rovnoprávného člena společnosti, který se dokázal i přes svůj handicap uplatnit. Na druhé straně můžeme vidět postiženého, který i přes to, že absolvoval speciální střední školu a má tedy předpoklad pro své uplatnění, volí životní styl, který je zaostávající nejen za vidícími, ale i za stejně postiženými. Fakt zrakové vady sám o sobě tedy není fatální příčinou vzniku devastující skutečnosti, ale je prvkem, který utváří



celkovou podobu života. Fyzická přítomnost zrakového nedostatku nepůsobí přímo, ale zprostředkovaně, přes meziosobní vztahy. Nevidomý člověk je pro ostatní odlišný, je omezen ve volbě své profese a v realizaci svých zájmů. Ostatní lidé (počínaje rodiči) s ním jednají určitým způsobem a tyto mezilidské vztahy ovlivňují podobu vztahu nevidomého k sobě samému, tzv. akceptace vady, i k jeho okolí. (Perout, 2005)

Vidící člověk často nechává stranou své pozornosti podněty, které přicházejí z oblasti jiných smyslů. V případě závažného porušení zraku, které přináší narušení normálního vývoje, dojde k zapojení dosud nevyužitých stimulů a smyslových center, tzv. kompenzační dispozice organismu. Základem tohoto složitého mechanismu je přestavba jednotlivých funkcí systému. Proces kompenzace je tedy umožněn díky značné plasticitě nervové soustavy a zvláště mozku. V případě zrakového deficitu se nemění struktura smyslového vnímání (počitek, vjem, představa), ale mění se kvalita a kvantita těchto složek. U nevidomého dochází ke vzniku tzv. „hmatově-kinestetického-sluchového jádra senzorické organizace“, kdy se uplatňují nejen podněty zvenčí, ale i podněty vnitřního prostředí organismu. Poznávání předmětů a vytváření představ na základě hmatového vnímání nazýváme haptizací. (Perout, 2005)

Zrak je svou povahou distanční tzn., že umožňuje vnímat vzdálené i velké objekty naráz, jedním pohledem. Následně pak dospívá k analýze celku, spíše na úrovni představ a myšlení. Hmat oproti tomu je kontaktní tzn., že vzdálené objekty nelze touto cestou vnímat vůbec, velké celky jsou vnímány pouze po částech a syntéza celku vzniká až dodatečně. (Perout, 2005)

„Kompenzace neschopnosti zrakového vnímání probíhá rovněž cestou zprostředkovaných způsobů forem poznání, za pomoci řeči a myšlení v pojmech, které jsou výrazem zkoncentrované a zobecněné lidské zkušenosti“ (Čálek, 1991 in Perout, 2005, s. 52). Tyto formy se uplatňují především v případech, kdy není možné uplatnit zmíněnou haptizaci či vizualizaci. Zrakově postižený si na základě nedokonalých zrakových vjemů či pamětních zrakových představ vytváří relativně dokonalé zrakové představy, i takové skutečnosti, která je dostupná pouze zrakem (rychlost, extrémní rozměry). Důraz je hlavně kladen na slovní popis, pojmové vysvětlení a uchopení, které začíná od již vytvořené názorné představy, která je touto cestou dále rozvíjena. (Perout, 2005)

Představy nevidících jsou mnohdy zlomkovité a schematické. Problémem proto může být zobecnění a je zde riziko tzv. verbalismu, spočívající v tom, že zdánlivě správné a smyslu- plné používání slov nemusí mít vždy náležitý věcný obsah. Proti riziku verbalismu stojí konkrétní názorná zkušenost a kompenzace zrakového postižení by proto měla být zaměře- na na celkový rozvoj všech poznávacích funkcí a spojena s různorodou praktickou činností, kterou je možné uplatnit zejména v pozdějším životě. Takové zaměření posiluje motivační stránku činnosti a podporuje aktivní životní adaptaci nevidícího. (Perout, 2005)

### **Práce s nevidomými, s těžkou, střední a lehkou zrakovou vadou**

V minulosti se nikdo výtvarným aktivitám s žáky se zrakovou vadou nevěnoval, ani v učebních osnovách není zatím tato činnost uváděna. Práce se studenty má proto podobu mimoškolní aktivity a probíhá v jejich volném čase. Je zcela jasné, že stupeň zrakového postižení je kritériem, které určuje volbu výtvarného materiálu a způsob jeho použití. Stu- denty, kteří navštěvovali studentský ateliér, je možné rozdělit do tří skupin, u nichž je možné použít stejného metodického vedení – studenti nevidomí; studenti s těžkým a střed- ním stupněm slabozrakosti; a studenti s lehkou zrakovou vadou. (Perout, 2005)

**Slepotu (amaurosu)** můžeme charakterizovat jako úplný nedostatek zraku, který je buď vrozený, nebo získaný. Vedle úplné slepoty bývá uváděna vada, při níž zůstává schopnost odlišit světlo od tmy, tzv. světlocit. I toto postižení však vyžaduje výuku a metody, s nimiž se pracuje ve speciální škole pro nevidomé. U této skupiny klientů při výtvarné činnosti pracujeme s technikami, které jsou založeny na taktilním kontaktu. Je potřeba brát na zřetel skutečnost, zda je slepota diagnostikována od dětství, nebo zda se jedná o člověka, který zrak ztratil později. Věk vzniku oslepnutí je důležitý pro volbu způsobu vytváření vizuální představy (např. o barvě, perspektivě). Časně postižení zraku tvorbu vizuálních představ neumožňuje. Naproti tomu u později osleplých jedinců je možné počítat s využíváním zra- kových představ (vizualizace, haptizace) dříve získaných. (Perout, 2005)

Až donedávna převažovalo přesvědčení, že nevidící, který nemá vizuální zkušenost, nemá možnost výtvarného sebevyjádření. Vycházelo se z logického předpokladu, že zrakově postižený nemůže kreslit a používat barvu. Předpoklad, že takový člověk nemá ani potřebu se výtvarně vyjadřovat, je však hluboce mylný. Najdeme-li a vhodně přizpůsobíme techni- ky a výtvarné vyjádření zrakově handicapovaným, zjistíme, že jsou nejen tvořiví, ale že jejich tvorba může mít při soustavné práci i výtvarné kvality. Jednou z technik, která se v

práci s nevidomými osvědčila, je tzv. reliéfní kresba. Způsob práce je jednoduchý a vychází z principu Braillova bodového písma, kdy je text, který je napsán speciálním psacím strojem, možné číst prsty jedné i obou rukou. Podobně při kreslení je čtvrtka papíru položena na kartonu a přitlakem na propisovací tužku vzniká čára. Nevidomý kreslíř prstem „nekreslící“ ruky sleduje pohyb tužky po papíře a v jednotlivých fázích kreslení papír obrací na rubovou stranu a čte vytlačený reliéf, který vznikl díky měkkému podkladu. (Perout, 2005)

Další technikou práce je hmatové modelování. Tato práce se sochařskou hlinou může probíhat různým způsobem. Vzhledem k tomu, že nevidomí nemohou používat sochařské nástroje a modelují pouze rukama, po hmatu, je tato technika nazývána hmatové modelování, které je určeno především zcela nevidomým zájemcům o výtvarnou činnost. Zvolený název upozorňuje na odlišnost postupů keramických a blíží se spíše sochařské praxi. Při výuce hmatového modelování je vhodné využít dovedností pokročilejších žáků, kteří jsou schopni předávat své znalosti jiným zrakově postiženým. (Perout, 2005)

Technika galerijní animace bývá také součástí výtvarné práce s nevidícími. Nevidící mají minimální představu o stylových obdobích a výtvarných formách, které charakterizují. Rovněž nejsou informováni ani o možnostech, které jim dostupné galerie nabízejí. Jednou z možností, kterou nabízí galerijní pedagogika, jsou výtvarné animace, tedy systém koncipovaných programů pro veřejnost, které sledují budování vizuální gramotnosti návštěvníka muzea. Tou je myšlenka především schopnost účastníka výtvarného pořadu aktivně se dívat a reflektovat viděné, a to i formou vlastní výtvarné aktivity. (Perout, 2005)

Pro vlastní animaci se zrakově postiženými je dobré zvolit „čitelný“ trojrozměrný objekt, který není polychromován a kterému nehrozí poškození při taktilním kontaktu. Odborný lektor nejprve nevidomé seznámí s historií a kontextem díla. Při následné hmatové prohlídce artefaktu je třeba upozornit na výrazné detaily, ze kterých si lze vytvořit představu o celku. Pro účastníky „prohlídky“ je nejvhodnější, aby prohlídka byla absolvována s každým jedincem individuálně. Činnost v ateliéru by měla následovat ihned po prohlídce a pracovní postup je vhodné rozdělit na jednotlivé, na sebe navazující kroky, které pokud možno vykonávají všichni současně. Pro lektora náročnost spočívá v tom, že je třeba pracovat v časově omezené době, a to i s několika nevidomými najednou. Během práce je také důležité, aby účastníci dílny měli možnost vrátit se k originálu sochy, porovnávat, objasňovat si nejasnosti a tím dotvářet vlastní představu. (Perout, 2005)

Jedinci **těžce a středně slabozrací** jsou ti, kteří mají nějaké zbytky zraku, ta představuje hraniční míru schopnosti vnímat zrakem. Zraková ostrost je snížena natolik, že při hledění oběma očima rozeznává postižený prsty před obličejem i s pomocí brýlí jen ze vzdálenosti asi od tří metrů až těsně před očima. Ze sociálně právního hlediska je takový stav označován jako „praktická slepota“. Z hlediska výchovně vzdělávacího není možné pokládat takto postiženého za nevidomého, proto se kombinují prvky obvyklé při přípravě slabozrakých s prvky, které se používají při práci s nevidomými. Při nedodržení či zanedbání tohoto pravidla získávají postižení slepecké návyky a bývají považováni za slepé, přestože částečně vidí. Do skupiny těžce a středně slabozrakých jedinců lze zařadit i jedince tupozraké. Tupozrakost vzniká oslabením funkce zraku či útlumem zrakového vnímání, který nemusí mít zjevný (objektivní) nále. Tupozrakost většinou postihuje jedno oko, kdy postižený na oko vidí málo nebo vůbec. Tím je narušena koordinace vidění oběma očima, tzv. binokulární vidění. (Perout, 2005)

Slabozraký může podle možností využívat zrak, ale zpravidla vizuálně neobsáhne celek a většinou ho sumarizuje z dílčích vjemů. Při kreslení a malování tak může vzniknout artefakt, který vykazuje snahu vyjádřit prostor jako jednotný celek, i s náznakem perspektivní zkratky. Při práci se slabozrakými je také třeba počítat s výrazným psychickým „blokem“ vůči tomuto typu činnosti. V první fázi je třeba vznikající artefakty značně korigovat; často je nutné, aby pedagog namaloval dva tři obrázky sám. Teprve při další tvorbě si žáci začnou důvěřovat a jsou ochotni i k experimentům. (Perout, 2005)

Používání barvy je u slabozrakých specifické. Zpočátku se může cit objevit pouze pro rytmický či dekorativní charakter barev, bez ohledu na lokální či věcnou kvalitu. Také časté bývá lineární kreslení různými barvami, bez dovednosti využít plošný způsob práce se štětcem. V další etapě tvorby je barevná kvalita používána schematicky; tedy pro strom i trávu stejná zelená barva, stejná modrá barva pro oblohu i potok. Význam poučenosti o barvě v okolním světě ukazuje skutečnost, kdy se v prvním plánu objeví šedé stromy, ale vzdálenější jsou znázorněny barevně – to je typ obrázku, který je poznamenán nedokonalým viděním, které ovlivní způsob obrazování v prvním plánu. (Perout, 2005)

Se studenty s **lehkou zrakovou vadou** je možné učit a používat výtvarné techniky bez omezení, například můžeme aplikovat metodické i interpretační postupy projektivní arteterapie. (Perout, 2005)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 Vliv terapeutických technik canisterapie na zlepšování kvality života dětí mladšího školního věku s DMO

V předcházejících kapitolách jsem popsala děti mladšího školního věku, DMO a projevy DMO u dětí mladšího školního věku. Zabývala jsem se také různými speciálně terapeutickými metodami, ať už terapiemi za pomoci zvířat nebo terapiemi za pomoci smyslového vnímání. Ve své praktické části bakalářské práce se nyní budu věnovat výzkumu – jak canisterapie působí na děti mladšího školního věku s DMO. Zaměřím se především na oblast jemné a hrubé motoriky a také na oblast komunikačních dovedností.

#### 3.1 Cíl práce

- **Cílem této práce** je zjistit, jaký vliv má canisterapie na klienty s DMO a dalšími přidruženými vadami.
- Mým cílem je také poukázat na využití psa jako relaxačního a motivačního prvku k plnění úkolů, a tím podpořit a zjednodušit prosazování výchovných a vzdělávacích nároků.
- Ve své práci se zaměřím především na děti mladšího školního věku s DMO, které docházejí na pravidelnou canisterapii do Canisterapeutického centra ve Zlíně.
- Z cíle práce vychází **dílčí cíle**, tj. je pozorování těchto dětí při canisterapii (CT), kde se zaměřím převážně na oblast jemné a hrubé motoriky,
- a také na oblast komunikačních dovedností.
- Ve své práci chci zjistit, zda terapie pomocí psů může pozitivně ovlivnit svalové napětí dítěte a do jaké míry,
- a zda děti ihned po terapii cítí změnu k lepšímu nebo změnu pocitů až po několika hodinách, dnech.

Ve výzkumné části své bakalářské práce použiji kazuistické případy pěti dětí mladšího školního věku v rozmezí od sedmi do devíti let.

### 3.2 Metodologie výzkumu

Výzkum provádím kvalitativní, za použití těchto technik:

- **Přímé pozorování** – pozorování provádím v rámci vlastní účasti na canisterapii. Sleduji jednotlivé činnosti, kterých je využíváno pro zkvalitnění života klientů (dětí mladšího školního věku s DMO). Pozoruji přístup dětí k psovi, jejich pokroky a snahy o zapojení do činnosti. Při mém zjevném, tzv. zúčastněném pozorování se zaměřuji na rozvoj oblasti hrubé a jemné motoriky a na oblast komunikačních dovedností. Poznámky a různé specifika budu zaznamenávat na záznamové archy.
- **Rozhovory** – s několika psovody a rehabilitačními pracovníky (fyzioterapeuty) při vedení rozhovoru využiji standardizovaného rozhovoru s otevřenými otázkami (viz příloha č. 1), zaměřenými na vliv a vývoj terapie u dítěte, jaký vliv z jejich pohledu má canisterapie na dítě, jak často děti na CT docházejí, jaké vidí výsledky CT aj. Rozhovory vedu také s několika klienty zařízení (maminkami, které byly ochotny k rozhovorům). Maminek se ptám za pomocí nestandardizovaného rozhovoru za použití otevřených otázek (viz příloha č. 2) – zaměření rozhovoru je na osobní a zdravotní anamnézu dítěte, na jejich pocity před, při a po canisterapii – jaký vliv z jejich pohledu má canisterapie na jejich dítě, která forma canisterapie jim a jejich dětem vyhovuje. Jak dlouho využívají canisterapii a jak dlouho ji chtějí využívat. Výzkumné otázky jsem volila individuálně a také dle situace a „naladění“ maminek, protože se dokážu vcítit do jejich bolesti a utrpení z toho, že dítě nemají zcela v pořádku. Všechny otázky jsou předem připraveny na záznamovém archu, do kterého odpovědi pečlivě zaznamenávám.
- **Metoda zpracovaných dat - Kazuistiky** – pro mou praktickou část jsem zvolila pět konkrétních případových studií - kazuistik, kdy konkrétní kazuistiky byly sestaveny za pomoci rodičů dětí, fyzioterapeutů a mého výzkumného šetření, kdy jsem sledovala průběh a výsledky canisterapie u pěti dětí mladšího školního věku s DMO. Výsledkem mého šetření je tedy pět konkrétních kazuistik dětí mladšího školního věku, které mají DMO. Identita těchto klientů je záměrně zaměněná, pro ochranu jejich osobních dat.
- **Znalosti získané studiem dokumentů**

### Výzkumné otázky

- Jaký vliv má canisterapie na děti mladšího školního věku s DMO?
- Můžeme využít psa jako relaxačního a motivačního prvku?
- Dochází při canisterapii k rozvoji jemné a hrubé motoriky u dětí mladšího školního věku s DMO?
- Dochází při canisterapii k rozvoji komunikačních dovedností u dětí mladšího školního věku s DMO?
- Ovlivňuje canisterapie svalové napětí a do jaké míry?
- Cítí děti po canisterapii změnu ihned nebo až po několika hodinách, dnech?

### Popis výzkumného souboru

Při mé první návštěvě v Canisterapeutickém centru Zlín jsem byla úplně nováček, který naprosto nevěděl, co se děje kolem něj. Brzy jsem si však našla své místo na pozorování, kde jsem klienty ani terapeuty nerušila a mohla pozorovat dění kolem sebe. Na druhé terapii jsem již věděla, jak to bude probíhat a co se ode mě očekává. K prvnímu verbálnímu kontaktu s klienty a jejich maminkami jsem se osmělila, až si na mě „zvykli“, tak na 5. terapii.

Terapie u klientů se psem probíhalo spíše rutinně, každý věděl, co se od něj žádá a jak klientovi pomoci. Žádné známky nervozity a napětí jsem během svého šetření nezaznamenala, vše probíhalo v duchu přátelství, klidu a solidarity. Ve většině případů došlo během mého šetření k menšímu či většímu zlepšení, ale většina klientů s postižením docházeli na terapii dlouhodobě, takže se pokroky daly čekat.

Děti, které se účastnily canisterapie, a které jsem pozorovala, byly dětmi mladšího školního věku s DMO, ve věkovém rozmezí od sedmi do devíti let. Děti na canisterapii docházely vždy jednou týdně s nějakým členem rodiny (většinou s maminkami), kteří při canisterapii pomáhali, ať už při polohování nebo při různých aktivních hrách s pejsky. Děti většinou byly velmi dobře naladěny, na pejsky se těšily a měly z jejich přítomnosti velkou radost.

### Charakteristika sledovaného jevu

Mé výzkumné šetření probíhalo cca 4 měsíce, kdy jsem pravidelně docházela jednou týdně na canisterapii a prováděla v první fázi pozorování a v druhé fázi rozhovory s maminkami



děti a následně s terapeuty zařízení. Snažila jsem se na terapii trávit co nejvíce času, abych si získala důvěru maminek a dětí a navázala s nimi vzájemný kontakt, a tím se začlenila do kolektivu. Zvolila jsem techniku zjevného, tzv. zúčastněného pozorování, kdy jsem se zaměřila na pozorování rozvoje hrubé a jemné motoriky a komunikace dítěte před, během a po canisterapii. Jakmile jsem poznala, že maminkám při terapií nevadím, zapojovala jsem se do terapie aktivně a to tak, že jsem sama pomáhala při přípravě místnosti, polohování dětí a podávání různých pomůcek a hraček.

Po terapii jsem se nestandardizovaným (volným) rozhovorem s otevřenými otázkami ptala maminek na různé otázky ohledně jejich dětí a jejich vadami. Otázky byly velmi individuální, protože každá maminka byla ochotna k otázkám jinak a jinak se i „rozpovídala“. Dále jsem po terapiích využívala strukturálního standardizovaného rozhovoru s otevřenými otázkami pro terapeuty, při kterém jsem zjišťovala další informace o dětech a také jaký vliv z jejich pohledu má canisterapie na děti. Všechny rozhovory jsem si zaznamenávala do předem připravených záznamových archů a poté jsem sestavila jednotlivé kazuistiky, které jsem znovu prodiskutovala s terapeuty a maminkami, zda souhlasí s obsahem a uveřejněním. Jednotlivé výsledky šetření jsem shrnula v kapitole 5 Shrnutí výsledků šetření.

## 4 KAZUISTIKY

Pro svou práci jsem si vybrala pět klientů, kteří jsou účastníky individuální canisterapie v Canisterapeutickém centru Zlín a uvádím zde jejich kazuistiky. Z důvodu ochrany dat byla záměrně pozměněna identita klientů.

### 4.1 Josífek

#### Anamnéza

Věk: 7 let

#### Diagnóza

Typ postižení - spastická forma DMO, Josífek je převážně ležící, jakýkoliv pohyb je pro něj téměř nemožný.

#### Stanovené cíle

Canisterapie v Canisterapeutickém centru Zlín bude prováděna 1x týdně.

Za využití kamarádského přístupu k pejskovi Alexovi (který je mu k dispozici i doma), po prohřátí svalů a regeneraci celého těla, Josífkovy byl stanoven cíl – zpevnění svalů, které jsou ochablé, procvičování a zdokonalování hrubé a jemné motoriky a také optimalizace komunikačních dovedností (více slovní zásoby). U Josífka je velkým problémem jakýkoliv úkon, při kterém je potřeba využití prstů a koordinace obou rukou najednou. V celku nám jde o snahu snížit jeho závislosti na druhých osobách.

#### Použité metody

U Josífka byla snaha za pomoci canisterapie - psa Alexe, zlepšovat hrubou a jemnou motoriku. Canisterapie byla prováděna jednou týdně v Canisterapeutickém centru Zlín a také doma, kde má pejska k dispozici. V Centru se ke canisterapii využívalo různých aktivit. Pomocí česání jsme se snažili zlepšovat držení předmětu v ruce a také pohyby rukou. Dále pak jsme pejska hladili a snažili se docílit plynulého pohybu ruky od hlavy až po kořen ocasu. Polohování bylo další využívanou metodou.

### **Průběh canisterapie**

Na úvod canisterapie – pozdravení se s pejskem, na povel „dej pac“ mu rukou pomoci udržet „pac“, za „dej pac“, pokud je dobře provedený úkon, dostane Josífek piškot pro Alexe, který mu pak podá před čenich. Nechá si olízat ruku od piškotu.

Během terapie – polohování – se Josífkovi prohřejí unavené a ochablé svaly (cca 5-10 minut), poté Josífek může začít ložit po čtyřech za Alexem, popř. terapeut může i Alexovi, i Josífkovi házet míček, kdy oba zároveň „jdou po čtyřech“ pro míček, ale tento úkon ještě Josífkovi nejde tak docela samostatně – nutné další terapie a cvičení s posílením svalů.

Na závěr canisterapie Josífek může dát Alexovi na určené místo misku s vodou, popř. se žrádlem, jako odměnu za vykonanou práci, kterou pro něj Alex udělal.

### **Současné výsledky terapie**

Zhodnocení účinku polohování po téměř čtyřech měsících. Josífek má svého pejska k dispozici i doma, tak jeho výsledky byly ze všech nejlepší. Docílili jsme u něj nejlepšího zpevnění svalů na nožičkách, ručičkách, na zádech a částečně i na bříšku. Tyto svaly díky DMO byly ochablé a Josífek je téměř nezapojoval do činnosti. Různými cvičeními jsme zapojovali do činnosti hrubou a jemnou motoriku, kterou jsme těmito cviky posilovali pro další zapojování do terapie. Josífek sice má velmi „neohrabané“ ručičky a nožičky, ale po úvodním prohřátí svalů se čile zapojoval do her, dokázal i natáhnout spastické nožičky, také prstíky ukazoval, kde má pes čenich, kde uši. To před canisterapií nedovedl, ruce mu „nešly“ ovládat tak, jak by chtěl on. Opakováním anatomie psa i člověka jsme částečně rozvinuli i slovní zásobu. U Josífka byl velkým problémem jakýkoliv úkon, při kterém je potřeba využití prstů a koordinace obou rukou najednou, to se nám během CT celkem dobře povedlo, např. tím, že pejskovi dával jednou rukou piškot a druhou rukou jej hladil. V celku nám šlo o to, abychom snížili jeho závislosti na druhých osobách, aby byl schopen jemnou motoriku, a tím si i sám pohrát s hračkami, popř. se najíst, napít. Částečně se nám to povedlo, ale myslím si, že je ještě velký kus práce před námi, než to Josífek dokáže téměř sám.

## 4.2 Leonka

### Anamnéza

Věk: 8 let

### Diagnóza

Typ postižení - těžká psychomotorická retardace s kvadruparézou (chůze naznačená jen s oporou, samostatně leze po kolenou), špatný vývoj řeči v důsledku DMO.

### Stanovené cíle

Canisterapie v Canisterapeutickém centru Zlín bude prováděna 1x týdně.

Rozvoj hrubé motoriky - pomocí psa Leonku motivovat k různým aktivitám a činnostem, které jsou pro ni běžně nezajímavé. V kontaktu se psem by mohla být více ochotná vyvíjet mnohem více pohybu. Může házet psovi aporty (různé míčky, pískací činky, klacíky, míčky na šňůrce, uzlíky a podobně). Jednotlivé hody budeme různě obměňovat. Jednou to bude pokus hodit co nejdál, jindy co nejvýš. Házet se budeme pokoušet spodem nebo vrchem, budeme střídát i ruce. U Leonky můžeme různě psa podlézat, napodobovat jeho chůzi po čtyřech, současně se psem provádíme povely psovoda („sedni“, „lehni“, „dej pac“, aj.) – pro rozvoj komunikačních dovedností.

Rozvoj jemné motoriky – pro Leonku by mohlo být velmi vhodné a velmi oblíbené zdobení psa sponkami, jejich připínání a odepínání. Také při tom budeme moci rozvíjet rozumové schopnosti, když se sponky pokusíme připnout a odepnout na základě barev a velikostí sponky. Můžeme se také v průběhu terapie pokusit o čtvrcení a půlení pamlsků pro psa, o přinesení misky s vodou, nasypání granulí do misky, podávání pamlsků či granulí z natažené dlaně, či ze špetky. U Leonky se postupem času můžeme pokusit i o odepínání a zapínání karabiny vodítka, nasazování a sundávání náhubku, zapínání a odepínání obojku.

Komunikace – naší snahou bude nejdříve o zavolání jména psa. Poté se budeme učit pojmenovávat jednotlivé části těla, budeme se pokoušet říkat psovi básničky, písničky, říkat zážitky a příběhy, popisovat činnosti, které pes právě provádí. Leonka se může také naučit dávat psovi povely.

### **Použité metody a průběh terapie**

Po úvodní fázi (přivítání psa jménem, podání na povel „pac“ mu musela Leonka svou rukou pomoci udržet „pac“, za „dej pac“, pokud byl dobře proveden úkon, dostala Leonka piškot nebo jiný pamlsk pro pejska, který mu pak podala před čenich. Leonka se již pejska nebojí, nechá si olízat ruku od piškotu.

Během terapie se první Leonce prohřejí unavené a ochablé svaly (cca 5-10 minut), poté Leonka sama začne ložit po čtyřech za pejskem. V další fázi terapie házíme psovi aporty s mluveným projevem, kdy Leonka se pokouší povely pojmenovat a vykřiknout na pejska. Různé hody mezi sebou obměňujeme - jednou to je pokus hodit co nejdál, podruhé co nejvyš. Budeme také střídát i ruce. Leonka se během terapie také pokoušela psa podlézat, napodobovat jeho chůzi po čtyřech, proto při další terapii využijeme dalších metod canisterapie.

### **Současné výsledky terapie**

Po čtyřměsíční terapii se zlepšila u klientky pohyblivost rukou i nohou, zrychluje se lezení a samostatnost pohybu. Ukazují se velké pokroky ve verbální oblasti, ze stavu nemluvnosti a broukání nyní dochází k rozvoji tvorby hlásek a jednoduchých slov a povelů pro psa.

U Leonky byl největším problémem chůze, kterou dokázala jen s oporou nebo samostatně ležela po kolenou a také měla velmi špatný vývoj řeči. Pomocí psa jsme Leonku motivovali k různým aktivitám a činnostem. V kontaktu se psem byla více ochotná vyvíjet mnohem více pohybu a také mnohem více komunikovala. Mohla házet psovi aporty, to se jí hodně líbilo, a aniž by si uvědomovala, to jí posilovalo zádové svaly a také svaly na ruku a nohou. Abychom posílili i další svaly, uplatnili jsme u Leonky podlézání, napodobovali jsme pejskovu chůzi po čtyřech a jak si pejsek „sedne“ a „lehne“.

Pro lepší rozvoj komunikačních dovedností jsme prováděli nácvik povelů pro psa („sedni“, „lehni“, „volno“, „zůstaň“ aj.). První jsme naučili Leonku jméno psa a později jsme pojmenovávali jednotlivé části těla psa a zapojovali jsme do terapie i povely pro psa jako „dej pac“, „sedni“, „lehni“, „zůstaň“ aj. Po čtyřměsíční terapii Leonka sama dávala psovi povely, volala na něj jménem, ale vždy jen, když se jí chtělo. Leonka se dříve pejska bála, ale později se sta jejím kamarádem, kterého se již nebojí a se kterým ráda spolupracuje, ložila za pejskem po čtyřech a tím si procvičovala a zpevňovala svaly nohou a zádové svaly, U Leonky se celkově zlepšila pohyblivost, zrychlilo se lezení a samostatnost pohybu.

Rozvoj jemné motoriky – pro zatím nebylo výrazného zlepšení, ale ukázaly se velké pokroky.

Na konci každé terapie byla klientka podstatně veselejší a vyrovnanější, kladné emoce přenášela i na okolí. Je pravděpodobné, že postupem času dokáže činnosti, které se naučila dělat za přítomnosti psa, aplikovat i na běžné situace. Je to běh na dlouhou trať. Jednoznačně ale můžu říct, že psi velmi kladně působí na Leončin psychický stav a přispěli k velkému pokroku v jejím rozvoji.

### **4.3 Tomášek**

#### **Anamnéza**

Věk: 7 let

#### **Diagnóza**

Typ postižení - DMO se sníženým svalovým tonusem. Tomášek nedokáže klečít, sedět, do polohy sedu, kleku se dostává pouze za pomoci druhé osoby.

#### **Stanovené cíle**

Canisterapie v Canisterapeutickém centru Zlín bude prováděna 1x týdně.

Po úvodní fázi – kdy se s pejskem přivítají, pejsek podá „pac“ a Tomášek se ji snaží zachytit (občas se to povedlo, občas ne), poté pejsek Tomáškovi provede prohrátí a masáž čenichem, za pomoci piškotů a pamlsků, které se přikládají pro pejska na různé části těla, u Tomáška v oblasti krku, trupu a břicha a také všech končetin. Tím také došlo k regeneraci a masáži celého těla.

V další fázi nastane polohování, zpevnění svalů, které jsou ochablé, procvičování a zdokonalování hrubé a jemné motoriky a také optimalizace komunikačních dovedností (více slovní zásoby). U Tomáška je velkým problémem jakýkoliv úkon, při kterém je potřeba využití hrubé a jemné motoriky a koordinace obou rukou najednou vůbec. Jde nám o snahu snížit jeho závislosti na druhých osobách, jak jen to bude možné.

#### **Použité metody a průběh terapie**

Tomášek s maminkou cvičí doma Vojtovu terapii, a jednou týdně dochází do CC Zlín, kde za pomoci pejska, psovoda, fyzioterapeuta a maminky „polohuje“. Tyto polohy jsou buď

na zádech, bříšku nebo na boku. Důležité u výběru vhodné CT polohy, je ta poloha, která mu „provokuje“ svaly k činnosti nebo alespoň ke zpevnění či protažení svalů.

U Tomáška se využívá jen polohování, kdy se Tomášek polohuje buď k jednomu, nebo dvěma pejskům, někdy se připojí k poloze i jiné dítě = tzv. „skupinové polohování“.

Tím, že ho pejsek, pejsci motivují k určité činnosti, udělá určitou činnost zcela sám. To při cvičení jen Vojtovy metody nedokázal (ani nyní sám nedokáže). Maminka tento pokrok vidí hlavně v motivaci pejska k určité činnosti.

### **Současné výsledky terapie**

Doma s maminkou i nadále cvičí Vojtovu metodu několikrát denně, a jednou týdně více jak čtyři měsíce dochází do CC Zlín, kde „polohují“. Tím, že Tomáška pejsek očichá (masíruje mu čenichem různá místa na těle), pak jsou Tomáškovi na tělo přikládány různé pamlsky (např. piškoty) a pejsek si je čenichem bere, promasírován pes Tomáškovy další svaly na těle, poté Tomášek může pejska pohladit nebo mu podat piškot. Pokrokem v léčbě je pro Tomáška ten, že dokáže pejskovi podat piškot, tedy rozvoj jemné motoriky. Při polohování bylo dosaženo prohřátí svalů a tím zlepšení svalového tonusu, kdy Tomášek byl po terapii schopen být chvíli sám v poloze „na čtyřech“ a pokouší se o první pohyby „na čtyřech“, tedy zlepšení i v oblasti hrubé motoriky. To jen při cvičení Vojtovy metody dříve nedokázal. K rozvoji komunikačních dovedností prozatím nedošlo, u Tomáška jsme zatím docílili malého pokroku v hrubé a jemné motorice. Ale věřím, že postupem času se u Tomáška více rozvine i komunikace.

## **4.4 Tereзка**

### **Anamnéza**

Věk: 9 let

### **Diagnóza**

Typ postižení - Dětská mozková obrna a přidružená vada - úplná slepota

### **Stanovené cíle**

Canisterapie v Canisterapeutickém centru Zlín bude prováděna 1x týdně.

Bohužel Terezka je úplně slepá, proto nebude možné s ní běžně cvičit za pomoci pejska „lezení po čtyřech“, házení míčku a jiných aktivit. Pokud Terezka dobře zvládne základní polohování a bude sama chtít a moci další pokrok, můžeme se s ní pokusit o další aktivity.

Po prohřátí svalů a regeneraci celého těla, zpevníme její svaly, které jsou ochablé díky oční vadě a tomu, že je v cizím prostředí, které nezná. Dále bychom chtěli procvičit a zdokonalit hrubou a jemnou motoriku a máme stanovený cíl – rozšířit u Terezky slovní zásobu o povely pro pejska a též o stavbu těla pejska – kde má určitý orgán a správně jej vyslovit a ukázat na něj, popř. pejska za něj chytit).

### **Použité metody a průběh terapie**

Na úvod canisterapie – pozdravení se s pejskem, na povel „dej pac“ pejsek dá pac, ale občas se stane Terezce, že tlapku včas nezachytí, a pak je velmi zklamaná, proto občas tento pozdrav vynecháme. Terezka většinou místo toho dostane do ruky (nebo si je z cizí ruky musí vzít) piškot, který pejskovi na přivítanou podá, pak si nechá od pejska olízt ruku od piškotu.

Během terapie – polohování – se Terezce prohřejí unavené a ochablé svaly (cca 5-10 minut), po této úvodní relaxaci Terezka může začít ložit po čtyřech za pejskem.

Terezka se na canisterapii těší už několik dní dopředu, těší se na blízkost psa. Prožívá ne-falšovanou radost z pejska, má ráda doteky pejska. Těch je docíleno, kdy Terezka leží na zádech, po jejím bříše, poté kolem krku a na hrud' jsou postupně dávány piškoty, kdy pejsek je čenichem sesbírává. Tím tělo masíruje a částečně i zahřívá a regeneruje.

### **Současné výsledky terapie**

Terezka hned na začátku terapie velmi dobře zvládla základní polohování, proto jsme zapojili i další aktivity, které byla schopná se svojí přidruženou vadou – slepota zvládnout. Po úvodní fázi – pozdravení se s pejskem a „podání pac“ jsme Terezce prohřáli svaly technikou polohování, kdy se jí také zpevnili ztuhlé a ochablé svaly. Toho jsme docílili, kdy Terezka ležela na zádech a po jejím bříše, kolem krku a na hrud' jsme postupně dávali piškoty, kdy pejsek je čenichem sesbírával a tím tělo masíroval a zahříval unavené a ochablé tělo. Dále jsme procvičovali a zdokonalovali hrubou a jemnou motoriku, kdy Terezka po této relaxaci byla schopná lození po čtyřech za pejskem. V průběhu terapie jsme se také pokusili o nové úkony - házet míček, kdy pejsek i Terezka „lozili po čtyřech“ pro míček, ale tento úkon jí nešel tak docela dobře – jsou nutné další terapie a cvičení s postupným



přidáváním cviků. Při házení míčků jsme mohli zapojit i povely pro pejska, tím jsme docílili, že se Terezka naučila více slov a mohli jsme i nadále trénovat komunikační dovednosti. Povely jako „volno“, „sedni“, „lehni“, „zůstaň“ jsou pro Terezku na konci mého šetření zcela běžnými povely, které sama bez vyzvání používá.

Pro Terezku byl velmi důležitý klid a pohoda, která při canisterapii panovala. Velice si oblíbila odpočinek po canisterapii a celkové zklidnění těla, kdy nemusela vůbec nic dělat, jen ležet na pejskovi a „hrát“ si s jeho chlupy. Výsledky po canisterapii byly vidět hlavně v oblasti hrubé, ale též i jemné motoriky. Terezka začala více komunikovat, kdy začala používat sama povely pro pejska. Docílili jsme také vyrovnání a zklidnění v emoční oblasti.

## 4.5 Jirka

### Anamnéza

Věk: 9 let

### Diagnóza

Typ postižení - DMO, epilepsie, nedomykavá srdeční chlopeň

Při zátěži se ale rychle unaví, je zde patrný hyperkinetický neklid. Vývoj dítěte byl vždy opožděný. Také vývoj řeči byl opožděný - ve 3 letech ojedinele slova. Jirka je velmi hravý a sociálně nezralý. Jeho chování neodpovídá jeho věku. Jirkův verbální projev je relativně bohatý, ale poznamenaný odbíháním myšlenek, tčkáním od tématu k tématu. Místy se objevuje artikulační neobratnost ve slovech se shluky hlásek a agramatismy. Koncentrace výrazně kolísá, dokáže se soustředit jen malou chvíli. Projevuje se také vliv onemocnění CNS-epi, který se manifestuje hyperkinetickými projevy. Jirka je také motoricky velmi neobratný, nedokáže si dřepnout, aniž by se nepřevážil atd. Jemná motorika a grafomotorika je velmi špatná, nemá uvolněnou ruku a má velký přítlak.

### Stanovené cíle

Canisterapie v Canisterapeutickém centru Zlín bude prováděna 1x týdně.

Procvičení svalů, prohřátí svalů a zapojení svalů do činnosti; zapojení do činnosti hrubou i jemnou motoriku. Chceme využít canisterapii jako motivačního prvku, použijeme také vlivu na koncentraci a paměť, potřebujeme také rozvinout sociální vztahy a důležité také zažití pocitu úspěchu.

### **Použité metody a průběh terapie**

Pro rozvoj komunikace jsme u Jirky zkusili využít i skupinové canisterapie. Pomocí různých her jsme se snažili o nutnost verbální komunikace. Například při házení aportu psovi nebo psům jsme se střídali s ostatními dětmi a snažili jsme se je oslovit jménem. Hrubou motoriku jsme rozvíjeli standardními činnostmi jako je chůze se psem po místnosti, venku, do schodů, ze schodů, přes překážky. Házení aportů, různé styly hodů, střídání rukou. Využívali jsme překážkové dráhy, slalomu, kromě psa překonával některé překážky i Jirka. Krmením psa, odměňováním, česáním, zapínáním obojku, vodítka, nasazováním náhubku, vázáním uzlů na vodítku, otvíráním nádoby na pamlsky a hledáním sponek v srsti jsme zdokonalovali jemnou motoriku.

Celkově Jirka přijal canisterapii velice dobře. Od počátku se žádného pejska nebál a hned si s nimi hrál. Z počátku mu dělalo problém dodržovat pravidla, která jsme si při canisterapii vytýčili. Po upozornění a občasném vyloučení z činnosti teď již sám ostatní děti napomíná a upozorňuje na chování. Brzy si také zapamatoval, který den chodí na canisterapii a vždy se den předem ptal, zdali půjde na terapii. V činnostech, při kterých se uplatňoval i pes nebo, které byly se psem, projevuje daleko více snahy a byl schopen i delší dobu koncentrace. Proto je u Jirky canisterapie významným pomocníkem při nácviu nových vědomostí a dovedností. Jirka se naučil spolupracovat s ostatními dětmi a tolerovat jejich potřeby a přání. Při canisterapii se velmi často směje, což dříve nebývalo tak obvyklé.

### **Současné výsledky terapie**

Jirka byl i při terapii velmi hravý, ale jeho chování neodpovídalo jeho věku. Jirkův verbální projev byl relativně bohatý, ale poznamenaný odbíháním myšlenek. Koncentrace výrazně kolísala, Jirka se dokázal soustředit jen na malou chvíli. Jirka byl motoricky velmi neobratný, nedokázal si dřepnout, aniž by se nepřevážil. Jemná motorika a grafomotorika byla také velmi špatná, neměl uvolněnou ruku a měl velký přítlak.

Jirkovi se po canisterapii zlepšila po celkové stránce pohyblivost rukou i nohou, tedy hrubá motorika. Fyzická aktivita není pro něj již nepříjemná. Pes jej dokázal k pohybu motivovat, Jirka se snaží o zrychlení pracovního tempa, aby to „stihl rychleji než pejsek nebo alespoň zároveň jako pejsek. Činnosti spadající do jemné motoriky provádí s oblibou, dokáže se na ně plně soustředit a snaží se je provádět s co největší přesností a precizností. Nejraději manipuluje s obojkem a karabinou vodítka. Na základě těchto činností se zlepšil i v sebeob-

služe, sám si dokáže zapnout zip u kalhot či knoflík od košile. Velký pokrok byl zaznamenán i v oblasti komunikace. Jirka začal mít potřebu reagovat na okolí a být s ním v kontaktu. Snaží se opakovat slova, povely z canisterapie a také se snaží komunikovat s ostatními dětmi i terapeutickým týmem.

Na začátku Jirkovi dělalo problém dodržovat pravidla, která jsme si při canisterapii vytýčili. Po upozornění a občasném vyloučení z činnosti jsme docílili, že Jirka sám ostatní děti napomíná a upozorňuje na jejich špatné nebo nevhodné chování. V činnostech, při kterých se uplatňoval i pes nebo, které byly se psem, projevoval daleko více snahy a byl schopen i delší dobu koncentrace. U Jirky se canisterapie stala významným pomocníkem při nácviu nových vědomostí a dovedností. Jirka se naučil spolupracovat s ostatními dětmi a tolerovat jejich potřeby a přání.

Celkový vliv canisterapie pro Jirku hodnotím jako pozitivní a doporučuji v ní pokračovat i nadále. Je také nutné se Jirkovi věnovat individuálně a uplatňovat v canisterapii častou změnu činností a alternativní přístupy. Nadále doporučuji rozvíjet grafomotoriku a upevňovat znalosti převážně v komunikačních dovednostech a správného vyjadřování.

## 5 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

Po mém čtyřměsíčním šetření v Canisterapeutickém centru Zlín a znalostmi získanými studiem dokumentů, v této poslední kapitole shrnu v kostce výsledky mého šetření.

### 5.1 Realizace výzkumu

V Canisterapeutickém centru Zlín probíhá canisterapie již od prosince roku 2005. Canisterapeutické týmy provádí canisterapii i ve svém centru, i mimo centrum – dojíždí do různých stacionářů např. do Rehabilitačního stacionáře ve Zlíně, spolupracují také s Charitou sv. Anežky Otrokovice, s Domem pokojného stáří na Jižních Svazích, s Domovem Senior Otrokovice a v Naději Otrokovice. Výhodou je, že během těch let si canisterapeutické týmy vytvořili své prostředí, které je jim známé, stejně tak psi jsou známí pro klienty.

Vlastní metodologické šetření probíhalo 1x týdně v délce šedesáti až devadesáti minut od listopadu 2009 do února 2010 tzn., že mé aktivní pozorování a rozhovory probíhaly cca 4 měsíce. Ale canisterapeutické návštěvy dětí probíhají již dlouhodobě, též 1x týdně v délce též v délce šedesáti až devadesáti minut. Jednalo se o formu interaktivního, návštěvního typu tzn., že tyto návštěvy byly motivační, výchovné, odpočinkové, relaxační a terapeutické. Canisterapeutické hodiny (návštěvy) pro děti vždy probíhaly ve známém prostředí Canisterapeutického centra Zlín, kde mají dobře větranou a teplou místnost, která je vybavena žíněnkami, dekami, polštáři a jinými relaxačními a polohovacími pomůckami. Některé činnosti související s canisterapií, především ty pro rozvoj hrubé motoriky, probíhaly také v místnosti, kde na zemi bylo čistě a řádně uklizeno.

Klienti (děti mladšího školního s DMO) navázaly se psem a jeho psovodem kontakt, jeho návštěva je těšila, na tváři se objevily úsměvy nebo jiné známky toho, že jsou rádi, že vidí známého pejska. U každého z klientů byl stanoven canisterapeutem ve spolupráci s asistentem (v tomto případě terapeutem) plán, cíle a průběh terapie, které se budou za pomoci praktikování canisterapie snažit plnit. Vše bylo ústní a dalo se to v průběhu terapie kdykoliv upravovat a individualizovat.

Na přání maminek dětí nebyla založena dokumentace, do které se zapisuje průběh jednotlivých hodin canisterapie. Proto i mé první setkání v tomto Centru probíhaly spíše v ústraní. Nedivím se maminkám za toto chování, taky by mi nebylo příjemné, kdyby cizí člověk přišel na „delikátní“ terapii a hned se vyptával na mé dítě a na diagnózu, kterou stanovili

lékaři. Později toto napětí mezi klienty, jejich maminkami a mou osobou vymizelo, a já se mohla ptát na citlivé záležitosti a dokonce jsem si mohla psát i poznámky k výzkumu.

## 5.2 Pokroky

Pro všechny děti, na které jsem se v rámci této práce zaměřila, byl kontakt se psem velkým přínosem. Pes byl pro ně hlavně „zdroj tepla“, který jim pomohl uvolnit svalové napětí, a tyto děti později mohli ovládat své končetiny lépe, než by tomu dosáhly cvičením. Pes byl pro ně také motivací k učení se novým věcem, k vyvíjení aktivity v různých činnostech zaměřených ať už na rozvoj mobility, citových, rozumových či komunikačních schopností. Klienti si získali ke psům i jejich psovodům přátelský vztah a na každou další návštěvu se s nadšením těšili.

Všechny činnosti, které se během terapie mohly provádět, vycházely z možností a dovedností dětí mladšího školního věku s DMO. Terapeuti museli vždy zapojit do programu takovou činnost, kterou klient v den terapie zvládl, protože se někdy stav dětí velmi rychle měnil, bylo potřeba měnit činnosti velmi individuálně a rychle. Pokud by náplní canisterapie byly činnosti, které by klient nezvládl, stala by se pro něj canisterapie nepříjemnou záležitostí. A to našim cílem nebylo.

Polohování, na které se Canisterapeutické centrum Zlín hlavně zaměřuje, je součástí canisterapie, v rámci níže se klienti zklidnili a uvolnili. Vnímali teplo pejska a jeho pravidelný dech. Jednoznačně nejoblíbenější polohou se mezi vybranými klienty stala poloha na zádech nebo bříšku, kdy mohli pejska hladit a mít prsty v jeho kožíšku. Po technice polohování, kdy se dětem prohrály a uvolnily spasmy na končetinách, jsme mohli přistoupit k dalším aktivitám a technikám canisterapie. Kdy jsme tyto prohráté svaly zapojovaly do činnosti různými hrami a „prolézačkami“ a nebo soutěžemi mezi dětmi a psy.

U všech klientů jsme za pomoci canisterapie docílili zmenšení svalového napětí a rozvoje pohybu, jak dolních, tak i horních končetin, také jsme docílili protažení a posílení těchto svalů. U většiny dětí došlo také k posunu kupředu v oblasti verbální komunikace, kdy ze stavu téměř nemluvnosti, broukání či vydávání různých zvuků, dítě po téměř půlroční canisterapii zavolalo jménem na psa a psovi dávalo i povely.

Celkový vliv canisterapie hodnotím na všechny zkoumané děti jako pozitivní a doporučuji v ní i nadále pokračovat. V canisterapii je také nutná častá změna činností a využívat alter-

nativní přístupy a fantazii při výběru cviků a provedení. Je pravděpodobné, že postupem času dokážou všechny zkoumané děti činnosti, které se naučili (nebo naučí) dělat za přítomnosti psa, aplikovat i na běžné situace v životě. Ale je to běh na dlouhou trať. Jednoznačně ale můžu říct, že psi velmi kladně působí na psychický a fyzický stav a také na rozvoj komunikačních dovedností dětí mladšího školního věku s DMO.

O prokazatelných výsledcích působení polohování a celkově canisterapie, bych tady mohla psát ještě dlouho... Každý, kdo měl příležitost a mohl tuto metodu vidět na vlastní oči, nemá pochyb o tom, že funguje výborně. Jakýkoliv, byť i jen nepatrný náznak zlepšení, který můžeme pozorovat u klientů, přináší obrovskou a nepopsatelnou radost a chuť do další práce, jak canisterapeutickým týmům (pes a psovod), tak i terapeutům, klientům a rodinným příslušníkům klientů.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřovala na Vliv speciálně terapeutických metod u dětí mladšího školního věku s DMO, se zaměřením v praktické části na canisterapii. Je to metoda, která využívá pozitivních vlivů psa na jedince. Práce byla rozdělena na dvě části a to na část teoretickou a část praktickou.

V první kapitole teoretické části jsem se zabývala vymezením pojmů – mladší školní věk, mentální a tělesné postižení, projevy DMO u dětí mladšího školního věku. Druhá kapitola byla rozdělena na dvě části – terapeutické metody animoterapie, kde popisují canisterapii, felinoterapii a hipoterapii, všechny terapie jsou rozepsány dopodrobna a poukazují na historii a vznik terapie, léčebné využití terapie, výběr a testování zvířete, průběh a působení terapie. V druhé části druhé kapitoly jsem popsala terapie pomocí smyslového vnímání – šlo o muzikoterapii, ergoterapii a arteterapii. U každé s terapií jsem také popsala vznik, historii, práci s lidmi, působení terapie a poradenství.

Kapitola třetí, která již spadá do praktické části, vyjadřovala cíl této práce a metodologii výzkumu. Výzkum byl prováděn v Canisterapeutickém centru Zlín po dobu téměř čtyř měsíců, 1x týdně po dobu šedesáti až devadesáti minut. Čtvrtá kapitola zahrnovala samotný výzkum, který tvoří pět kazuistik se současnými výsledky terapie klientů tohoto zařízení. Tito klienti – děti mladšího školního věku s DMO se pravidelně účastní canisterapie. U každého z klientů byl na počátku terapie sestaven ústní plán, podle něhož se v terapii postupovalo, popř. se kdykoliv individuálně upravovalo a doplňovalo, a stanovily se cíle, jichž jsme chtěli u dětí dosáhnout. Pátá kapitola je shrnutím mého šetření. Zde jsou uvedeny obecné výsledky, kterých jsme dosáhli za pomoci canisterapie u jednotlivých klientů po čtyřměsíčním šetření.

Z výsledků vyplývá, že na vybrané klienty pes opravdu působí pozitivně. Pro klienty je pes velkou motivací a napomáhá k jejich celkovému rozvoji, aktivizaci a stimulaci.

Cílem mé práce bylo sledování vlivu canisterapie na děti mladšího školního věku, které mají DMO a přidružené různé vady a shrnutí obecných informací o dostupných terapiích pro tyto děti.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] HALPERN, S., LINGERMAN, H. A., *Muzikoterapie: Léčivá síla hudby*. [z originálu přeložil Unu Malgranda]. 1. vyd. Bratislava: Eko-konzult, 2005. 194 s. ISBN 880-8079-044-2.
- [2] KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. 1. vyd. Brno: Cerm, 2001. 179 s. ISBN 80-214-1844-3.
- [3] LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. 1. vyd. Brno: Moravská typografie, 1997. 157 s. ISBN 80-901834-4-1.
- [4] MATĚJČEK, Z. *Co kdy a jak ve výchově dětí*. 4. vyd. Praha: Portál, 2007. 143 s. ISBN 978-80-7367-325-3.
- [5] NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit: Praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006. ISBN 80-00-01809-8.
- [6] PEROUT, E. *Arteterapie se zrakově postiženými*. 1. vyd. Praha: Okamžik, 2005. 159 s. ISBN 80-903247-9-7.
- [7] PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- [8] REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- [9] VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. 181 s. ISBN 80-85931-51-6.



## INTERNETOVÉ ZDROJE

*Internetové stránky Canisterapeutického centra ve Zlíně* [online], Dostupný z World Wide Web: <<http://canisterapie-zlin.cz/canisterapie.php>>.

*Internetové stránky Neurocentrum DMO klinika ředitele prim. MUDr. Borise Živného* [online], Dostupný z World Wide Web: <[http://neurocentrum.cz/DMO\\_info.htm#DMO](http://neurocentrum.cz/DMO_info.htm#DMO)>.

*Internetové stránky Neurorehabilitace Dr. Marcela Lippert-Grüner, Köln* [online], Dostupný z World Wide Web: <[http://www.neurorehabilitace.cz/html/ergoterapie\\_.html](http://www.neurorehabilitace.cz/html/ergoterapie_.html)>.

*Internetové stránky Mineralfit – magazín nejen o zdraví* [online], Dostupný z World Wide Web: <<http://www.mineralfit.cz/domaci-lekar-clanek/ergoterapie-lecba-praci-589/>>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ADL	„Activities of daily living“ = trénink soběstačnosti.
Aj.	A jiné.
Apod.	A podobně.
Atd.	A tak dále.
CC	Canisterapeutické centrum.
CKP	Centrální koordinační porucha.
CT	Canisterapie, canisterapeutická.
CNS	Centrální nervová soustava.
CNS-epi	Centrální nervová soustava – epileptické záchvaty.
CTP	Centrální tonusová porucha.
DMO	Dětská mozková obrna.
FeLV	Kočičí leukémie.
FIV	Syndrom imunitní nedostatečnosti u koček.
Max.	Maximální, maximálně.
Mj.	Mimo jiné.
MT	Muzikoterapie.
Např.	Například.
NCHK	Nezávislý chovatelský klub se sídlem v Mladé Boleslavi.
Popř.	Popřípadě.
Příp.	Případně.
Tzn.	To znamená.
Tzv.	Tak zvaný.
VVV	Vrozená vývojová vada.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Struktura rozhovoru s terapeuty

Příloha č. 2: Struktura rozhovoru s rodiči dětí

Příloha č. 3: Canisterapeutické desatero, tak jak jej definovaly Pomocné tlapy

Příloha č. 4: Zkušební řád Canisterapeutického centra Zlín

Příloha č. 5: Podmínky zkoušek

Příloha č. 6: Fotodokumentace z canisterapie

## **PŘÍLOHA P I: STRUKTURA ROZHOVORU S TERAPEUTY**

Otázka č. 1

Jaké zdravotní problémy trápí .... (jméno dítěte)?

Otázka č. 2

Proč se právě pro canisterapii maminka dítěte rozhodla?

Otázka č. 3

Využívá (jméno dítěte) i jinou formu léčby? Pokud víte, tak jakou?

Otázka č. 4

Jak dlouho ve Vašem zařízení využívá canisterapii (jméno dítěte)?

Otázka č. 5

Jak často na canisterapii do Vašeho zařízení (jméno dítěte) dochází? A jak dlouho canisterapie u (jméno dítěte) trvá – jednotlivé terapie?

Otázka č. 6

Jaký si myslíte, že má canisterapie z Vašeho pohledu má účinek na (jméno dítěte)?

Otázka č. 7

Vidíte konkrétní výsledky canisterapie u (jméno dítěte)?

Otázka č. 8

Proč si myslíte, že právě canisterapie má takový vliv na (jméno dítěte)?

Otázka č. 9

Bylo by u (jméno dítěte) vhodné přestat s canisterapií nebo naopak pokračovat v terapii dlouhodobě?

Otázka č. 10

Narazili jste při provádění canisterapie na nějaké překážky, neshody nebo negativní zkušenosti? Ať už s pejsky nebo s rodiči dětí nebo s dětmi samotnými?

## **PŘÍLOHA P II: STRUKTURA ROZHOVORU S RODIČI DĚTÍ**

Otázka č. 1:

Můžete mi něco sdělit z osobní a zdravotní anamnézy Vašeho dítěte?

Otázka č. 2:

Jaké jste měla nebo máte pocity před, při a po canisterapii Vašeho dítěte?

Otázka č. 3:

Jaký vliv z Vašeho pohledu má canisterapie na Vaše dítě?

Otázka č. 4:

Která forma canisterapie (polohování, aktivní zapojení hrubé, jemné motoriky dítěte) vašemu dítěti nejvíce vyhovuje?

Otázka č. 5:

Jak dlouho využíváte canisterapii (jak dlouho na canisterapii docházíte)?

Otázka č. 6:

Jak dlouho CT chcete využívat?

## **PŘÍLOHA P III: CANISTERAPEUTICKÉ DESATERO**

tak, jak jej definovaly Pomocné tlapky (aneb co by měl správný canisterapeut dodržovat)

Pomocné tlapky definovaly 10 zásad, které by měl správný canisterapeut dodržovat:

1. Před vstupem do zařízení je pes čistý (srst, tlapky) a upravený (v případě nepříznivého počasí nosíme sebou vždy hadřík, ručník na utření) = hygiena psa.
2. Pes je každoročně komplexně přeočkován (parvoviroza, leptospiroza, psinka, vztekli-  
na...) a minimálně 2x ročně odčervován (doložit očkovacím průkazem) – jen zdravý pes  
může dobře pracovat.
3. Canisterapeut se v zařízení přezouvá, je vždy čistě oděn, upraven.
4. Pes má vždy v zařízení k dispozici misku s vodou.
5. Doporučení: Uzavření písemné smlouvy se zařízením (datum, čas návštěvy,...). Záleží  
na vzájemné dohodě.
6. V zařízení: před první návštěvou se prokáže platným Certifikátem canisterapeutického  
týmu, Očkovacím průkazem psa. CT tým by měl být označen – psovod tričkem a pes košil-  
kou.
7. Se psem pracuje canisterapeut pouze tehdy, je-li pes i psovod v optimální fyzické a psy-  
chické kondici.
8. Canisterapeut nikdy nezůstává s klientem při práci o samotě. Trváme na přítomnosti od-  
povědného personálu a dbáme jejich pokynů.
9. Canisterapeut od psa neodchází, nenechává ho v žádném případě s klientem, ani s perso-  
nálem samotného (za svého psa nese zodpovědnost psovod).
10. Jeví-li pes známky únavy, pes neochotně pracuje (je nervózní, těkavý) canisterapii  
ihned ukončíme a věnujeme mu prostor pro odpočinek, regeneraci sil, vyběhání na bezpeč-  
ném místě,...

## PŘÍLOHA P IV: ZKUŠEBNÍ ŘÁD

### Zkušební řád dle Canisterapeutického centra Zlín

- **Kontrola poslušnosti**

Povely: „sedni“, „lehni“, přivolání, dlouhodobé odložení – min. 20 sekund; povely lze opakovat maximálně 3x. Je povoleno používání jakékoli motivační pomůcky.
- **Setkání s rozhodčím**

Psovod vedoucí psa na volno nebo na volně prověřeném vodítku předstoupí před rozhodčího. Zkoušející přistoupí ke psu a osloví ho, poté ho pohladí po hlavě, podrbe za ušima, zkontroluje chrup. Poplácá ho na předhrudí. Postupně zvedne přední nohy. Pohmatem mu projede celé tělo, včetně ocasu. Na závěr psa obejmeme, malého psa vezme do náruče. Ve všech uvedených bodech postupuje důkladně, ale s ohledem na to, že se se psem ještě dobře nezná.
- **Kontrola dráždivosti a útlumu**

Rozhodčí psa roz dovádí přiměřeným způsobem, který si sám zvolí (hází mu balónek apod.; v případě, že pes hru odmítá, může použít pamlskek na odvedení pozornosti od psovoda). Pes nesmí být na vodítku. Na pokyn rozhodčího musí psovod hru ukončit a psa přivolat k sobě. Povel pro ukončení hry může psovod opakovat bez omezení. Používání různých druhů přivolání, lákání psa na předměty a pamlsky je dovoleno. Čas mezi pokynem rozhodčího pro ukončení hry a upoutáním psa psovodem na vodítko je omezen na 25 sekund.
- **Reakce na cizí psy**

Všichni psovodi se psy se soustředí do hloučku, ve kterém se volně pohybují. Psi mohou být na vodítku.
- **Hlouček lidí**

Psovod se psem prochází pohybující se skupinkou nejméně pěti lidí, kteří se spolu přátelsky baví. Jeden z lidí má v ruce deštník, který znenadání otevře. Druhý má berle, které upustí. Všichni lidé si postupně psa pohladí. Psovod se psem na vodítku dlouhém minimálně 1,5 m obejde skupinku a poté projde přímo mezi lidmi. Vodítko musí být prověřeno, psovod nesmí psa tahat či násilím držet za vodítko nebo

obojek ve skupince. Ke psu přichází jedna osoba po čtyřech a pohladí ho. Všechny požadované úkony se provádějí za pohybu. V další fázi osoby v hloučku začnou křičet a hlasitě se smát, přetahují se o berli, jedna osoba naznačuje útok deštníkem na psa. Psovod může psa pouze chválit či jinak podporovat.

- Reakce na běžícího člověka a pád člověka

Psovod se psem na vodítku dlouhém alespoň 1,5 m kráčejí po chodníku. Kolem nich probíhá člověk, za ním další, který v blízkosti psa upadne a upustí tašku s plastovými láhvemi nebo plechovkami. Pes se nesmí zachovat bázlivě nebo naopak agresivně, chňapnout po tašce. Psovod nesmí během testování tohoto bodu klást psovi žádné povely.

- Kontrola psychické stability psa

Pes je bez jakéhokoli povelu psovoda přivázan k úvazu vodítkem dlouhým 1,5 metru. Psovod je mimo dohled psa. Skupinka lidí se prochází pomalou chůzí kolem psa.

- Reakce na invalidní vozík

Osoba na invalidním vozíku přijíždí ke psovodovi se psem, naváže přátelský rozhovor, psa pohladí a obejmě kolem krku (pevnější sevření nesmí psovi vadit), malého pejska vezme na klín a dá mu pamlsk (pes jej může, ale nemusí přijmout). Pes nesmí projevit žádný náznak nevole nebo agresivity. Malí psi jsou posazeni osobě na vozíku na klín. Během celého bodu je přítomna osoba v bílém plášti. V tomto bodě se hodnotí také práce psovoda s „klientem“.

#### Zkoušení reakce psa na invalidní vozík

- Simulace návštěvy u postiženého

Zkoušející si lehne na deku a majitel k němu přivede psa (pokud to jde, psa převalí na bok, ale pes může i ležet). Zkoušející se snaží napodobit polohování: obejmě psa, a pokud jde o většího psa, jemně si na něj položí hlavu, položí mu přes bok nohu, neustále psa hladí, jemně ho může zatahat za ucho apod. Během celého bodu je přítomna osoba v bílém plášti. V tomto bodě se hodnotí také práce psovoda s „klientem“.



## Hodnocení

Zkoušku úspěšně složí ten pes, který uspěje ve všech bodech s dosažením hodnocení A, B.

Tento pes pak po roce ode dne úspěšného složení zkoušky tuto znovu opakuje!

Pes, který v některém bodě získá hodnocení C, ve zkoušce neprospěl, avšak může ji opakovat po 1 roce ode dne konání neúspěšné zkoušky. Pouze však již jednou. Výjimkou je bod Kontrola poslušnosti, kdy pes může zkoušky opakovat již po 6 měsících. Projevy neposlušnosti popřípadě bázlivosti se mohou po kvalitně a citlivě vedeném výcviku zvládnout a pes může k radosti psovoda, klientů i psa samotného pracovat jako canisterapeutický. Ve výjimečných případech může zkušební komise rozhodnout o vydání osvědčení o zkouškách s platností pouze jeden rok.

Pes, jenž získá v některém bodě hodnocení D, je okamžitě diskvalifikován a nemůže ve zkoušce pokračovat, ani ji opakovat. V případě kontrolovatelné agresivity vůči jiným psům může rozhodčí zvážit vhodnost psa pro individuální použití. Taktéž nedůstojný přístup ke psu samotnému nebo nerespektování podmínky hladkého obojku či postroje během zkoušek vede k diskvalifikaci.

## **PŘÍLOHA P V: PODMÍNKY ZKOUŠEK**

### Podmínky k účasti na zkouškách:

Aby se mohli pes i jeho majitel stát canisterapeutickým týmem, musí nejdříve složit zkoušky, které testují povahu psů, a musí splnit podmínky k účasti na zkouškách:

- Podle zákona 246/1992 Sb. na ochranu zvířat proti týrání ve znění pozdějších předpisů se nesmí zkoušek zúčastnit psi s kupírovanýma ušima.
- V den zkoušek musí pes dosáhnout věku nejméně: 12 měsíců - „malý“ (cca do 35 cm), 15 měsíců - „střední“ (cca do 60 cm) a 18 měsíců - „velký“ (cca nad 60 cm). Výška je uvedena v kohoutku.
- V den zkoušek se pes podrobí vstupní prohlídce u veterináře.
- Psovod se prokáže očkovacím průkazem psa potvrzujícím pravidelnou veterinární péči (očkování proti vzteklině, parvoviróze, inf. zánětu jater atd. a pravidelným odčervováním – alespoň 2x ročně).
- Pes musí být v dobrém zdravotním stavu, bolestivost jakékoli části těla vylučuje psa ze zkoušek.
- Zkoušek se nesmí zúčastnit feny v době hárání, kojící feny a feny v druhé polovině březosti.
- V průběhu zkoušek je zakázáno používání ostnatého, elektrického a stahovacího obojku. Povolen je pouze hladký kožený (látkový) obojek nebo postroj.

## PŘÍLOHA P VI: FOTODOKUMENTACE Z CANISTERAPIE

### Ukázky polohování

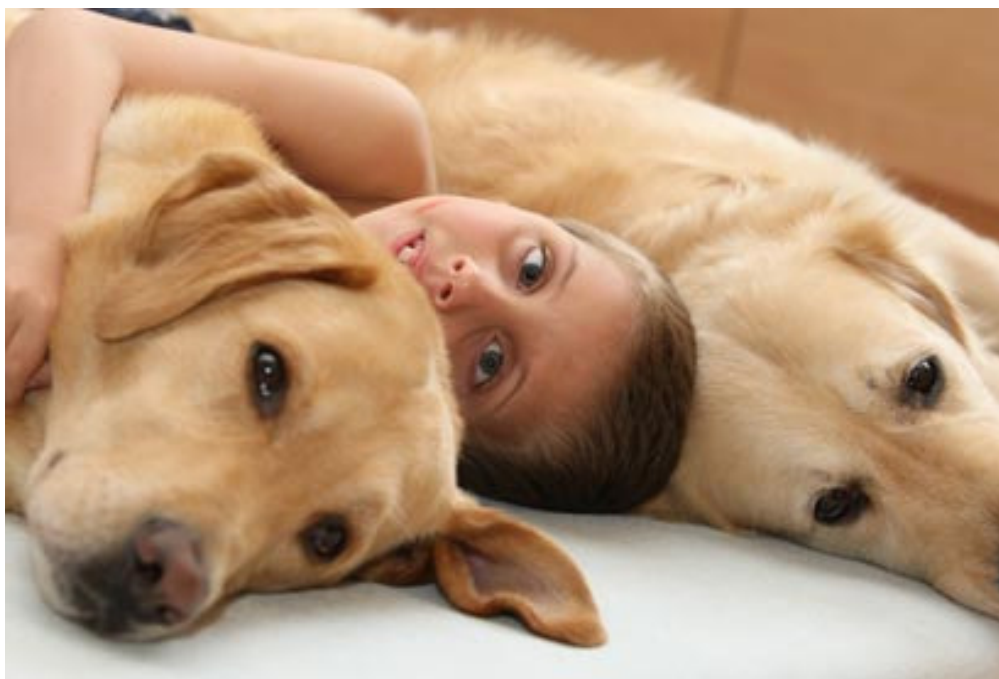


Foto: Canisterapeutické centrum Zlín  
Fotograf: MAFRA – Dalibor Glück



Foto: Naděje Otrokovice  
Fotograf: Gabriela Slušítková



Foto: Canisterapeutické centrum Zlín  
Fotograf: Hana Outratová



Foto: Canisterapeutické centrum Zlín  
Fotograf: Hana Outratová

## Ukázky skupinového polohování



Foto: Canisterapeutické centrum Zlín  
Fotograf: Hana Outratová



Foto: Canisterapeutické centrum Zlín  
Fotograf: Hana Outratová



Foto: Rehabilitační stacionář Zlín  
Fotograf: Hana Outratová



Foto: Rehabilitační stacionář Zlín  
Fotograf: neznámý