

UNIVERZITA KARLOVA

Fakulta tělesné výchovy a sportu



**Arteterapie u osob s poruchami autistického spektra a její vliv na  
abnormality chování**

*DIPLOMOVÁ PRÁCE*

Září 2007

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Jana Jebavá

Zpracovala:

Svatava Sišková

## **ABSTRAKT:**

**Název:** Arteterapie u osob s poruchami autistického spektra a její vliv na abnormality chování

**Artetherapy for people with autism and influence of artetherapy on their abnormal behavior**

### **Cíle práce:**

Cílem této práce je zmapovat arteterapeutické techniky a jejich využití u osob s poruchami autistického spektra.

### **Metoda:**

Průzkum byl proveden s rodiči, opatrovníky, učiteli a s klienty s nejrůznějšími poruchami autistického spektra. Průzkumu se zúčastnilo celkem 21 osob. Metoda průzkumu byla provedena formou strukturovaného rozhovoru s klienty. Výsledky jsem následně zhodnotila na konci práce.

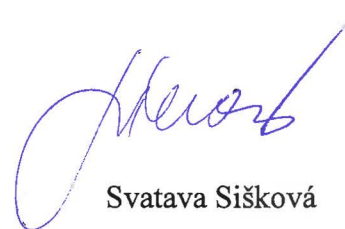
### **Výsledky:**

Z vyhodnocení dat, které byly vypracovány na základě průzkumu je patrné, že většina dotázaných klientů vnímá pozitivně vliv arteterapie na osoby s poruchami autistického spektra a na abnormality jejich chování. Arteterapie je oblíbenou terapeutickou metodou u těchto osob.

**Klíčová slova:** Autismus, poruchy autistického spektra, Aspergerův syndrom, arteterapie, abnormality chování, problémové chování, stereotypní chování

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně. Při zpracování daného tématu jsem vycházela z uvedené literatury a z poznatků ze své praxe. Všechny fotografie, informace o klientech a ukázky prací byly použity se souhlasem rodičů či opatrovníků klientů.

V Praze dne: 3.9. 2007



Svatava Sišková

Děkuji PhDr. Janě Jebavé za poznatky, náměty a trpělivost při odborném vedení diplomové práce a všem dotazovaným osobám za pomoc při realizaci průzkumu.



**Motto:**

*„Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepřonikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emocí. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá.“*

*Jim Sinclair*

## OBSAH

ÚVOD.....	9
<b>1 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE.....</b>	<b>10</b>
1.1 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE.....	10
1.2 ÚKOLY TEORETICKÉ.....	10
1.3 ÚKOLY EXPERIMENTÁLNÍ ČÁSTI.....	10
<b>2 HYPOTÉZY.....</b>	<b>11</b>
<b>3 ZÁKLADNÍ OTÁZKY STUDIE.....</b>	<b>12</b>
<b>4 TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>13</b>
4.1 AUTISMUS.....	13
4.2 KLASIFIKACE PREVAZIVNÍCH VÝVOJOVÝCH PORUCH.....	13
4.2.1 Dětský autismus.....	14
4.2.2 Autismus v adolescenci a dospělosti.....	14
4.2.3 Atypický autismus.....	14
4.2.4 Rettův syndrom.....	15
4.2.5 Dětská dezintegrační porucha.....	15
4.2.6 Hyperaktivní porucha sdružená s ment. retardací a stereotypními pohyby.....	16
4.2.7 Aspergerův syndrom.....	16
4.2.8 Pervazivní poruchy jiné.....	17
4.2.9 Nespecifikované.....	17
4.3 CHARAKTERISTICKÉ PROJEVY, DEFICITY A CHOVÁNÍ.....	18
4.3.1 Sociální interakce a sociální chování.....	18
4.3.2 Komunikace.....	20
4.3.3 Představitost, zájmy, hra.....	22
4.4 DIAGNOSTIKA PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	23
4.4.1 Diagnostické nástroje.....	23
4.5 PŘIDRUŽENÉ VADY A OBTÍŽE.....	25
4.5.1 Mentální retardace.....	25
4.5.2 Downův syndrom.....	25
4.5.3 Zrakové postižení.....	26
4.5.4 Sluchové postižení.....	26
4.5.5 Postižení řeči.....	27
4.5.6 Abnormality chování.....	29
4.5.7 Epilepsie.....	30
4.5.8 Porucha aktivity a pozornosti (ADHD).....	31
4.6 MOŽNÉ PŘÍČINY PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ, STEREOTYP. CHOVÁNÍ.....	31
4.6.1 Biologické příčiny.....	31
4.6.2 Sociální příčiny.....	32
4.7 TEORIE PŘÍČIN PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	33
4.7.1 Neurologické teorie.....	33
4.7.2 Psychogenetické teorie.....	33
4.8 PÉČE O DĚTI A DOSPĚLÉ S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA V ČR.....	35
4.8.1 Historie.....	35
4.8.2 Priority v péči o děti a dospělé s autismem v současnosti.....	35

4.8.3	<i>Raná péče o děti s autismem.....</i>	36
4.8.4	<i>Předškolní péče.....</i>	37
4.8.5	<i>Péče o děti školního věku.....</i>	37
4.8.6	<i>Děti a dospělí v týdenních a celoročních zařízeních.....</i>	40
4.8.7	<i>Poradenství.....</i>	41
4.8.8	<i>Legislativa.....</i>	42
4.8.9	<i>Občanská sdružení.....</i>	44
<b>5</b>	<b>ARTETERAPIE.....</b>	<b>48</b>
5.1	<b>DEFINICE POJMU.....</b>	<b>48</b>
5.1.1	<i>Cíle arteterapie.....</i>	49
5.1.2	<i>Historie arteterapie.....</i>	50
5.1.3	<i>Arteterapie ve světě.....</i>	50
5.1.4	<i>Arteterapie v ČR a na Slovensku.....</i>	52
5.1.5	<i>Formy arteterapie.....</i>	53
5.1.6	<i>Arteterapeutické techniky.....</i>	55
5.1.7	<i>Arteterapeutické metody.....</i>	56
5.1.8	<i>Arteterapeutické hry s důrazem na haptické zážitky.....</i>	58
5.2	<b>BARVY V ARTETERAPII.....</b>	<b>62</b>
5.3	<b>VYUŽITÍ ARTETERAPIE U OSOB POSTIŽENÝCH PORUCHAMI AUT. SPEKTRA.....</b>	<b>65</b>
5.3.1	<i>Práce s hlinou.....</i>	67
5.3.2	<i>Vliv barev na osoby s poruchami autistického spektra.....</i>	67
<b>6</b>	<b>EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST.....</b>	<b>68</b>
6.1	<b>ÚVOD DO PRŮZKUMU.....</b>	<b>68</b>
6.2	<b>CÍLE PRŮZKUMU.....</b>	<b>68</b>
6.3	<b>POPIS PRŮZKUMNÉ METODY A ZDŮVODNĚNÍ JEJÍHO VÝBĚRU.....</b>	<b>68</b>
6.4	<b>POLOŽKY STRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU.....</b>	<b>69</b>
6.5	<b>POPIS A KASUISTIKY PROBANDŮ.....</b>	<b>70</b>
<b>7</b>	<b>VYHODNOCENÍ DAT.....</b>	<b>77</b>
7.1	<b>VYHODNOCENÍ 1. SKUPINY - OSOB S PORUCHAMI AUT. SPEKTRA.....</b>	<b>77</b>
7.2	<b>VYHODNOCENÍ 2. SKUPINY - OSOBY BLÍZKÉ.....</b>	<b>79</b>
7.3	<b>CELKOVÉ ZHODNOCENÍ STRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU.....</b>	<b>82</b>
<b>8</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>83</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>85</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>87</b>
	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>89</b>

## Úvod

Autismus, porucha která si v současnosti ve světě získává stále větší pozornost a jejíž výskyt díky novějším diagnostickým metodám roste, vyžaduje pozornost odborníků nejen v lékařských oborech, ale i odborníků ve speciálním vzdělávání, kteří jsou stěžejní pro výchovu dětí s poruchou autistického spektra. I přes velký úspěch speciálních programů zůstávají obrovským problémem abnormality chování, které jsou zátěží nejen pro rodinu, ale i pro školu (Conroy 2005).

Život autistických jedinců a jejich rodin je pro abnormality chování vystaven obrovskému napětí a stresu, kterému musejí čelit každý den. Přítomnost poruchy autistického spektra velmi ovlivní fungování dítěte, později dospělého člověka, ale hlavně fungování celé rodiny. Komunikační a sociální dovednosti jsou vždy závažně narušené, i když v různé míře.

Co je příčinou abnormalit chování a jak je léčit, je stále předmětem celé řady výzkumů. Pro lidi s poruchami autistického spektra byla navržena spousta léčebných postupů. Vzhledem ke komplikovanosti metodologické situace je však obtížné ověřit účinnost těchto jednotlivých terapií.

Cílem diplomové práce je poukázat na význam arteterapie pro děti s poruchami autistického spektra z hlediska možnosti ovlivnění abnormalit jejich chování.

# 1 Cíle a úkoly práce

## 1.1 Cíle práce

Cílem této práce bylo proniknout do běžného života osob s poruchami autistického spektra a zjistit, jakou roli v jejich životě hraje arteterapie, zda a jakým způsobem se s ní setkávají a jaký má vliv na jejich abnormality chování.

Teoretická část by měla být souhrnem informací o poruchách autistického spektra a o arteterapii.

Cílem experimentální části bylo zjištění o využívání arteterapie u osob s poruchami autistického spektra, o pocitech vybraných jedinců a o zhodnocení vlivu arteterapie na abnormality chování, pohledem rodičů, asistentů, učitelů a vychovatelů.

## 1.2 Úkoly teoretické části

- Zpracovat doporučenou a dostupnou literaturu z oblasti problematiky poruch autistického spektra
- Zpracovat doporučenou a dostupnou literaturu z oblasti arteterapie
- Podat ucelený přehled dané problematiky

## 1.3 Úkoly experimentální části

- Shromáždit informace k danému tématu
- Zvolit testovaný soubor klientů
- Popsat průběh a realizaci průzkumu
- Zvolit a porovnat výsledky
- Závěr

## 2 Hypotézy

H1: Předpokládáme, že arteterapie je oblíbenou terapeutickou metodou u osob s poruchami autistického spektra.

H2: Předpokládáme, že arteterapie pozitivně ovlivňuje abnormality chování u osob s poruchami autistického spektra

### **3 Základní otázky studie**

1. Je arteterapie rozšířenou a oblíbenou terapeutickou metodou u osob s poruchami autistického spektra?
2. Ovlivňuje arteterapie pozitivním způsobem abnormality chování osob s poruchami autistického spektra?

## 4 Teoretická část

### 4.1 Autismus

Autismus je pervazivní vývojová porucha, která je obecně charakterizována jako celoživotní neuropsychiatrické onemocnění, projevující se opožděným a abnormálním vývojem v sociálních, komunikačních a kognitivních funkcích (Hrdlička 2001).

O autismu se hovoří někdy jako o syndromu nadměrného realismu. "Osoba s autismem je hyperrealista ve světě surrealistů" (Gillberg, Peeters 1998). Takto postižení jedinci totiž postrádají schopnost abstrakce. Chápou jen věci konkrétní, myslí v představách, ne ve slovech, ne v pojmech. Zaměřují se spíše na detail než na celek, postrádají pružnost při řešení problémů a nechápou dostatečně pojem času.

### 4.2 Klasifikace pervazivních vývojových poruch

V současné době patří v Evropě mezi všeobecně uznávané a rozšířené diagnostické systémy diagnostická kritéria vydávaná Světovou zdravotnickou organizací (MKN-10), v USA pak kritéria vydávaná Americkou psychiatrickou asociací – DSM-IV.

Dělení podle MKN-10:

- dětský autismus /F84.0/
- atypický autismus /F84.1/
- Rettův syndrom /F84.2/
- jiná desintegrační porucha v dětství /F84.3/
- hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby /F84.4/
- Aspergerův syndrom /F84.5/
- jiné pervazivní vývojové poruchy /F84.8/
- pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná /F84.9/

#### 4.2.1 *Dětský autismus*

Dětský autismus tvoří jádro poruch autistického spektra. Stupeň závažnosti poruchy bývá různý, od mírné formy až po těžkou. Narušený vývoj je nápadný již před třetím rokem života. Dítě bývá extrémně uzavřené, neprojevuje zájem o děti ani dospělé. Významně je narušená komunikace, nápadné je lpění na neměnnosti, vykonávání zvláštních rutin, přichylnost k neobvyklým předmětům. Chybí přátelské emoční reakce, pohled do očí, objevuje se strach z neškodných věcí, dítě mívá záchvaty vzteku a agrese, samo se zraňuje (např. bouchání do hlavy či hlavou o zeď, kousání se, fackování se). Je narušená fantazijní a sociálně napodobivá hra, projevuje se relativní nedostatek tvořivosti a představivosti v myšlení. Objevují se abnormální smyslové reakce. Přibližně u 80 % postižených je přidružena mentální retardace, polovina nezíská nikdy funkční řeč. Asi u třetiny se vyskytuje současně epilepsie (Thorová 2006).

#### 4.2.2 *Autismus v adolescenci a dospělosti*

Lidé s autismem a mentální retardací potřebují doživotně asistenci. Celkovou míru samostatného života určuje míra adaptability. Podstatná část lidí s vysoce funkčním autismem potřebuje v dospělosti vyšší míru pomoci. Pouze menší procento lidí dokáže samostatně fungovat. Na prognózu mají velký vliv vrozené dispozice týkající se poruchy, raná péče a kvalita vzdělávacího programu. Děti s autismem dozrávají po všech stránkách později, vzdělávací programy prodloužené do období rané dospělosti mohou být pro mnohé z nich velmi cenné.

V adolescenci může dojít k akceleraci celkového pozitivního vývoje. U menší části dospívajících se mohou projevit epileptické záchvaty a přidružené potíže (Thorová 2006).

#### 4.2.3 *Atypický autismus*

Pro diagnózu je důležité, že celkový obraz u atypického autismu nesplňuje plně kritéria jiné pervazivní vývojové poruchy. Chybou je, že kategorie atypického autismu nemá stanoveny hranice a ani klinický obraz nebyl ještě přesně definován. Diagnóza je

tak založena na co nejlepším odhadu a poněkud subjektivním mínění diagnostika. Neexistují speciální škály, které by poskytovaly přesná diagnostická vodítka. Typické pro tuto kategorii jsou potíže s navazováním vztahů s vrstevníky a neobvyklá přecitlivělost na specifické vnější podněty. Sociální dovednosti jsou méně narušeny, než bývá u klasického autismu (Volkmar 1997).

#### 4.2.4 Rettův syndrom

*„... očima nám říkají, že rozumí daleko víc, než si vůbec dokážeme představit.“*

*Dr. Andrea Rett*

Jde o syndrom postihující pouze ženy. Pro tento syndrom je charakteristický normální vývoj do pátého měsíce dívky. Poté následuje ztráta řeči, manuálních dovedností (ztráta schopnosti používat účelně ruku) a zpomalením růstu hlavy. Později se vyvíjí skolióza nebo kyfoskolióza. U většiny se objevují epileptické záchvaty (Hrdlička 2004).

#### 4.2.5 Dětská dezintegrační porucha

Je charakteristická zdánlivě normálním vývojem dítěte do dvou let. V dalším období dochází k poměrně rychlé ztrátě (během několika měsíců) dříve získaných dovedností. Diagnóza vyžaduje klinicky významnou ztrátu dovedností alespoň ve dvou z následujících oblastí: expresivní nebo receptivní řeči, hře, sociálních dovednostech, adaptačním chování, motorických dovednostech, nekontrolovatelné mikci a defekaci, kvalitativních abnormalitách v reciproční sociální interakci, abnormalitách v komunikaci, omezených a opakujících se vzorcích stereotypního chování, zájmech a aktivitách (včetně motorických stereotypů a manýrování), celkové ztrátě zájmu o předměty a okolí. K pozorovaným projevům se přidává i nástup emoční lability, záchvaty vzteku, potíže se spánkem, agresivita, úzkostnost, dráždivost, hyperaktivita, dyskoordinace komplexních pohybů a neobratná zvláštní chůze, abnormní reakce na sluchové podněty (Thorová 2006).

#### 4.2.6 *Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby*

Jedná se o obtížně definovanou poruchu, která sdružuje hyperaktivní syndrom, mentální retardaci (IQ méně než 50) a stereotypní pohyby (nebo sebepoškozování). V adolescenci je hyperaktivita nahrazena hypoaktivitou, což u pravé hyperkinetické poruchy není obvyklé. Nevyskytuje se sociální narušení autistického typu (Thorová 2006).

#### 4.2.7 *Aspergerův syndrom*

*„Abyste se stali vynikajícím vědcem nebo skvělým umělcem, musíte mít alespoň nějaké znaky Aspergerova syndromu, který vám umožní odpoutat se od tohoto světa.“*

*Hans Asperger*

Projevy sociální dyslexie, jak je někdy Aspergerův syndrom nazýván, mají mnoho forem. Je velmi obtížné u určité hraniční skupiny odlišit, zda se jedná o Aspergerův syndrom nebo jen o sociální neobratnost spojenou například s více vyhraněnými zájmy a výraznějšími rysy osobnosti. Postižení tímto syndromem mají normální, někdy i nadprůměrnou inteligenci. Typické autistické postižení je charakteristické hlavně v oblasti sociálních vztahů tak, jako je tomu u klasického autismu. Abnormality v komunikaci nebývají tak výrazné jako u dětského autismu, většina postižených komunikuje verbálně zcela bezchybně, řeč však působí velmi konvenčně až pedanticky, postižený selhává v praktické každodenní komunikaci. Typické jsou zvláštní zájmy, které bývají postiženým intenzivně studovány, a znalosti v úzkém oboru jsou někdy úplně vyčerpávající. Největším problémem pro tento typ postižení je neschopnost navazovat reciproční sociální vztahy. Egocentrismus, sociální naivita, neschopnost spolupracovat s vrstevníky, rigidní myšlení, šokující poznámky jsou často překážkou začlenění postiženého do společnosti (Thorová 2006).

#### 4.2.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy

*„Setkala jsem se během své praxe s mnoha lidmi, kteří nesplňují klasická kritéria. Za jejich problémy stojí hluboká deficit v sociálním porozumění a ve schopnosti naplánovat si věci. Výše uvedené potíže je dokáží dostat do velmi hloupých situací a způsobují jim obrovské potíže v životě. Ačkoli nemají stereotypní pohyby nebo opakující se zájmy, nejsou schopni kvůli neexistující představivosti domyslet důsledky svých činů. Schopnost porozumět řeči je mnohem horší, než by se na první pohled zdálo.“*

*Lorna Wingová*

Mezi jiné pervazivní vývojové poruchy řadíme poruchy, které obsahují některé prvky autistické symptomatologie, ale nesplňují všechna kritéria autismu, Aspergerova syndromu či dětské dezintegrační poruchy (Thorová 2006).

#### 4.2.9 Nespecifikované

Postižení, kteří vykazují tři nebo více symptomů a nesplňují kritéria pro autismus, Aspergerův syndrom, dětskou dezintegrační poruchu či jinou poruchu příbuznou autismu, mohou být diagnostikováni jako osoby s „*autistickými rysy*“. Tyto autistické rysy mívají mnohé děti s poruchou pozornosti a těžkou motorickou neobratností. Také mnozí postižení s mentální retardací nesplňující kritéria pro autismus trpí poruchou příbuznou autismu či autistickými rysy (Gillberg, Peeters 1998).

### 4.3 Charakteristické projevy, deficity a chování

Uvnitř autistického spektra je velká rozmanitost projevů. Vlastní jádro problému postižení se nachází v oblasti komunikace, sociálních vztahů a představitosti. Problémy jsou doprovázeny omezeným okruhem zájmů, neúčelným repetitivním chováním a bizarními rituály. Nejvíce jsou tedy postiženy ty oblasti, které jsou klíčové pro život v jakémkoliv společenství. Jedincům postiženým autismem chybí schopnost vnímat své okolí takovým způsobem, který by jim pomáhal vytvářet kompletní pochopení prostředí a světa, ve kterém žijí (Jelínková 2001).

#### 4.3.1 Sociální interakce a sociální chování

U dětí s poruchami autistického spektra se setkáváme s celou škálou sociálního chování, která má dva extrémní póly. Na jedné straně osamělost, kdy se dítě při každé snaze o sociální kontakt odvrátí, protestuje, stáhne se do koutku nebo zaleze pod stůl, zakrývá si oči nebo uši, hučí a třepe rukama před obličejem nebo se věnuje manipulaci s nějakým předmětem. Na straně druhé je nepřiměřená sociální aktivita, kdy se dítě snaží navázat sociální kontakt všude a s každým, dotýká se lidí, upřeně jim hledí do obličeje a hodiny jim dokáže vyprávět o věcech, které je nezajímají či obtěžují.

Koncem sedmdesátých let popsala Lorna Wingová (1979) tři typy sociální interakce u lidí s poruchou autistického spektra – typ osamělý, pasivní a aktivní-zvláštní. V roce 1996 přidala ještě typ čtvrtý – formální. Toto rozlišení je v současné době běžně užíváno. Způsob sociální interakce však není stabilním projevem, může se měnit s věkem. Mnohé děti bývají samotářské v raném věku, vyhýbají se či ignorují blízké lidi, avšak po třetím až pátém roce se stávají sociálně více aktivními.

Na základě zkušeností uvádí ve své práci Kateřina Thorová (2006) ještě pátou kategorii – typ smíšený-zvláštní. S tímto typem sociální interakce se setkáváme často u dětí s atypickým autismem nebo Aspergerovým syndromem.

U většiny se abnormální vývoj v sociálních vztazích projeví už před 1. rokem věku. Mezi nápadnosti v tomto věku patří nízká sociální sounáležitost, zpožděný a abnormální

nástup řeči a sociálního vývoje, neobvyklé motivační systémy a preference, neobvyklé vzorce učení opakujících se podnětů z okolí, preferování jednotvárnosti a zdánlivý nedostatek spontaneity. Tyto charakteristiky jsou obvykle spojeny s poruchou funkcí centrální nervové soustavy, zvláště těch neurofyziologických subsystémů, které, jsou-li poškozeny vedou k sociálním, komunikačním a motivačním abnormalitám (Schopler, Mesibov 1997).

Ve 2-3 letech je už abnormální vývoj v oblasti sociálních vztahů již zcela zřejmý. Takto postižené dítě se nezajímá o jiné lidi, a zvláště ne o děti. Jeví nedostatek vzájemnosti, nevyhledává hry a vztahy založené na reciprocitě (ber-dej), většinou je netečné. Pohled je často upřený, strnulý, vyhýbavý, dítě se nedívá na věci, nesleduje události, chybí spontánní pohled z očí do očí. Vyhýbaní se očnímu (charakteristické pro syndrom fragilního X) nebo tělesnému kontaktu nemusí být pravidlem a dokonce se uvádí, že většina těchto dětí má tělesný kontakt ráda (Gillberg, Peeters 1998). Typické je, že nenavazují vztahy s ostatními, a jestliže se ostatní nějakým způsobem snaží o interakci, pak oni se jí vyhýbají. Toto ve své podstatě vede k nízké úrovni kontaktů s okolím, což může ještě sekundárně poškodit normální vývoj jedince. Nízká úroveň interakcí s okolím má za následek nízkou úroveň nervových podnětů a ovlivní tak negativně jak normální vývoj, tak nápravu nervové dysfunkce. Nízká úroveň kontaktů s okolím omezí také na minimum příležitost zpětné vazby prostředí, čímž se sníží i možnost nahodilého vzdělávání a zároveň dochází k prohlubování nedostatků ve společenském přizpůsobení a chování.

Ve školním věku dochází zpravidla k pozitivnímu vývoji v sociálních vztazích. Děti lépe snášejí přítomnost jiných, dokonce reagují na podněty ostatních a nevyhýbají sociálním interakcím. Přesto však stále chybí pocit sounáležitosti a iniciování konverzace. Důsledkem pak někdy může být neochota jeho vrstevníků k dalšímu navazování kontaktu a dítě s autismem je tak z dalších sociálních kontaktů vylučováno. K tomu mnohdy přispívají např. nepatřičné reakce, nevhodný výraz obličeje, to, že se směje bez jakékoliv zjevné příčiny, že není schopno projevit účast nebo lítost nebo podléhá iracionálnímu strachu, že používá nevhodně gestikulaci. Je běžné, že dítě s autismem má zdánlivě neměnný výraz a zdá se být lhostejné k jakýmkoli emocím.

Přehnaná nebo výstřední gesta vnímá posluchač jako podivná a odrazující. Autistické dítě je pak často svými vrstevníky stigmatizováno, kvůli svému netečnému chování považovanému za podivínské a nepatřičné. Ve vztahu s tímto je si třeba uvědomit, že pro zdravý vývoj i úspěšnost ve škole je přátelství a akceptování vrstevníky podmínkou.

V adolescenci dochází často k návratu problémů z dřívějších let a zhoršení symptomů. Charakteristická je uzavřenost, rezervovanost a odmítání druhých lidí, hypoaktivita, sebezraňování a stereotypní chování. Přetrvávají problémy s interpretací emocí a nedostatek vzájemnosti při styku s lidmi. Takto postižení jedinci se nejsou schopni účastnit skutečné sociální hry, jejich vztah k okolí se vyvíjí nepřiměřeně. Nějakým způsobem sice reagují na své okolí a druhého člověka, nechápou však správně význam chování lidí. Svým způsobem mají dokonce rádi určité lidi a někdy sami chtějí navázat přátelství, ale necítí se při tom dobře (Vocilka 1994). Někdy mohou být i extrémně závislí. Protože jsou často poškozeni řečově, dosáhne zapojení do společnosti jen velmi malá část mladých autistů. Většina jich zůstává na úrovni střední nebo těžké mentální retardace.

Sociální chování je natolik různorodé a podléhá tolika vlivům, že klienta můžeme zařadit do několika typologickým kategorií. Převažující typ sociální interakce se obvykle vykrystalizuje až v dospělém věku.

#### 4.3.2 *Komunikace*

Poruchy autistického spektra jsou primárně poruchami komunikace. Opožděný vývoj řeči bývá velmi často první příčinou znepokojení udávanou rodiči (Gillberg 1990). Zhruba polovina dětí s poruchou autistického spektra si nikdy neosvojí řeč na takovou úroveň, aby sloužila ke komunikačním účelům (Paul 1987).

Z poruch autistického spektra mají řeč nejméně narušenou lidé s Aspergerovým syndromem, pasivní slovní zásoba bývá bohatá. Potíže se objevují hlavně v sociálním a praktickém využívání komunikace.

Obtíže v neverbální a verbální komunikaci, se kterými se často setkáváme u dětí s poruchou autistického spektra uvádí Kateřina Thorová (2006) následující:

- gesta (gesta chybí, někdy se objeví až v pozdějším věku, pohyb hlavy k vyjádření souhlasu či nesouhlasu chybí nebo je méně zřetelný)
- mimika, výraz obličeje, úsměv (výraz obličeje neinformuje, nebo velmi omezeně, o pocitu dítěte, dítě může mít pouze několik výrazů základního emočního prožívání, neutrální úsměv. Mimika může být živá, ale neodpovídá situaci)
- posturace těla (poloha těla při komunikaci je abnormní, dítě se tlačí tělem příliš blízko k posluchači, přibližuje nestandardně blízko obličeje, nebo naopak komunikuje bez natočení obličeje a těla)
- oční kontakt (špatný oční kontakt, vyhýbání se očnímu kontaktu)
- fyzická manipulace (mnohé děti dokážou své přání vyjádřit vedením nebo postrkováním druhé osoby, často mají tendenci využívat ruku dospělého jako nástroje)
- znakový a posunkový jazyk (k potížím s osvojováním znakového jazyka přispívá omezená schopnost vizuálně-motorické imitace. Symboličnosti jednotlivých znaků mnohým dětem s poruchou autistického spektra znemožňuje pochopení a využití znakového jazyka)
- fonetika (v návaznosti na stupeň poruchy může být porucha expresivní složky, kdy dítě vůbec nemluví, porucha receptivní složky kdy dítě řeč nechápe až po formu nejtežší, kdy dítě nemluví ani nerozumí)
- jazykový styl (malá, žádná či nepřiměřená spontaneita, komunikační egocentrismus, nepochopení společenského významu komunikace, nevhodné otázky, vulgarity sloužící k upoutání komunikace)
- významová stránka jazyka (obtíže v chápání významu a široké škály všech funkcí komunikace, logorea – slovní salát, echolálie – opakování slyšeného, verbální autostimulace, odmítání synonym, matoucí je mnohovýznamovost slov, semicholálie – záměna rodů a zájmen, citová nepřiměřenost, příliš excentrický škrobený jazyk, neologismy, vlastní verbální rituály, vědecké otázky, podivné a opakující se výroky a dotazy, přímota a pravdomluvnost)

### 4.3.3 Představivost, zájmy, hra

Poslední z triády problémových oblastí je narušená schopnost představivosti. Podstatnou součástí vývoje představivosti je rozvoj nápodoby. Narušení představivosti (imaginace) má na mentální vývoj dítěte negativní vliv v několika směrech. Narušená schopnost imitace a symbolického myšlení způsobuje, že se u dítěte nerozvíjí hra, tedy jeden za základních stavebních kamenů učení a potažmo celého vývoje. Nedostatečná představivost způsobuje, že dítě upřednostňuje činnosti a aktivity, které obvykle preferují podstatně mladší děti, vyhledává předvídatelnost v činnostech a upíná se tak na jednoduché stereotypní činnosti. Hra a trávení volného času se stávají nápadně odlišnými od vrstevníků. Vývoj hry a její kvalita závisí na schopnosti již zmíněné představivosti (zapojení fantazie), motoriky, úrovni myšlení a sociálních dovednostech (nápodoba, sdílení pozornosti).

Kvalita hry, její spontánnost, pestrost, radost ze sociální interakce, míra zapojení dítěte a schopnost se na ni soustředit se odvíjí od tíže symptomatiky a významným podílem určuje úroveň celkové adaptability dítěte.

Osoby s poruchou autistického spektra mají potíže vyplnit volný čas funkční rozvíjející aktivitou. Také zacházení s předměty či hračkami bývá nestandardní a často nefunkční. O nové činnosti a hračky obvykle nemají zájem (Thorová 2006).

#### 4.4 Diagnostika poruch autistického spektra

Poruchy autistického spektra se řadí mezi poruchy vrozené, nicméně jejich projevy nejsou v čase stabilní. Aby mohla být stanovena diagnóza, musí být vývojové abnormality u většiny poruch přítomné v prvních třech letech života, ať už specificky (chování typické pro poruchy autistického spektra), nebo nespecificky (opožděný vývoj řeči). Klinický obraz poruch autistického spektra se s věkem mění. Tento fakt je jedním z faktorů, které komplikují diagnózu (Thorová 2006).

Stanovení klinické diagnózy ze spektra autistických poruch je náročný proces. K diagnóze je třeba potvrdit psychopatologii ve třech hlavních oblastech: kvalitativní narušení sociální interakce, narušená komunikace a hra a omezené, stereotypní chování a zájmy. Samotné stanovení diagnózy a míry závažnosti postižení pouze pomocí klinického hodnocení je málo přesné. Poměrně detailní vodítka poskytují diagnostické manuály a k hodnocení závažnosti autistické poruchy pak slouží posuzovací škály (Hrdlička 2004).

##### 4.4.1 Diagnostické nástroje

ADI-R – Autism Diagnostic Interview-Revised (Lord, Rutter et al., 1994) je v současné době jedna z nejlépe ověřených metod založených na semistrukturovaném rozhovoru s rodiči dítěte či dospělého se suspektními projevy autismu. Test je nejspolehlivější, pokud je použit v předškolním věku.

ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule (Lord et al., 1989) je nový diagnostický nástroj, který vznikl kombinací dvou starších metod. Je určený pro každého, u koho vzniklo podezření na poruchu autistického spektra. Metoda je v podstatě semistrukturovaným vyšetřením, kdy v rámci různých přesně definovaných aktivit hodnotíme fungování sledované osoby převážně v oblasti sociální interakce a komunikace. Výsledky se převádí na oficiální kritéria mezinárodní klasifikace nemocí.

A.S.A.S. – The Australian Scale for Asperger's syndrome (Garnett, Attwood 1995) je screeningová metoda určena pro detekci Aspergerova syndromu u dětí mladšího školního věku.

AQ test – Kvocient autistického spektra (Baron-Cohen 2001) je jednoduchá orientační metoda, která informuje o riziku Aspergerova syndromu v adolescenci a dospělém věku.

CARS – Childhood Autism Rating Scale – Škála dětského autistického chování (Schiller, Reichler 1988) je stupnice vypracovaná týmem odborníků v rámci státního programu TEACCH na univerzitě v Severní Karolíně. CARS má celkem 15 položek, každá položka se hodnotí na stupnici od 1 do 4 podle frekvence a intenzity abnormálních projevů v dané oblasti.

CHAT – Checklist for Autism in Toddlers (Baron-Cohen at al., 1992) je screeningová metoda zaměřená na diagnostiku autismu v raném dětském věku. Na otázky odpovídají rodiče pediatr, který vychází z přímého pozorování dítěte. CHAT je bezesporu velmi užitečná metoda. Epidemiologické studie však prokázaly, že CHAT nedokáže podchytit mírnější formy autismu. Děti, které byly později diagnostikovány atypickým autismem nebo Aspergerovým syndromem, test v 18 měsících věku zvládly (Filípek 1999)

DACH – Dětské autistické chování (Thorová 2003) je česká screeningová metoda určená k depistáži dětí trpících poruchou autistického spektra. Jedná se o metodu orientační, nikoli diagnostickou, která má formu jednoduchého dotazníku. Otázky jsou směřovány na rodiče, její využití je nejvhodnější u dětí od 18 do pěti let. Konečná forma dotazníku má 74 položek směřovaných převážně na oblast vnímání, verbální a neverbální komunikaci, sociální chování, motoriku a zvláštní pohyby, emoce, hru a způsob trávení volného času, problémové chování a schopnost adaptace.

#### 4.5 Přidružené vady a obtíže

*„Začínal jsem ve škole jako mentálně postižený, později jsem se stal dítětem schizofrením, a když jsem dokončil vysokou školu, stal se ze mne vysoce funkční autista“*

*Dee Landry in Trehin, 1994*

Poruchy autistického spektra se mohou pojít s jakoukoli jinou poruchou. V odborné literatuře bylo již popsáno několik desítek poruch a stavů, u nichž se prokázalo spojení s poruchami autistického spektra. Vzhledem ke zvolení vhodného přístupu a terapie je vždy nutné autismus diagnostikovat zvlášť (Thorová 2006).

##### 4.5.1 Mentální retardace

Mentální retardace je stav, při kterém nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností člověka. Je to stav trvalý, při správné péči dochází ke zlepšení pouze v rámci základního handicapu (Thorová 2006).

Podle WHO (Světová zdravotní organizace) dělíme mentální retardaci podle výše inteligenčního kvocientu do 4 skupin. Autismus či atypický autismus se může pojít s jakoukoli úrovní mentální retardace.

Lidé s autismem a příbuznými poruchami mají velmi rozdílnou úroveň intelektových schopností. Většina z nich je současně i mentálně retardovaná, a to asi v 75 % případů (IQ pod 70) (Hrdlička 2004). Jiní, zvláště ti s diagnózou Aspergerův syndrom, mají vysoké IQ (v rozmezí 70 – 100), mluví v celých větách (někdy jsou dokonce příliš povídaví) a jsou velmi aktivní.

##### 4.5.2 Downův syndrom

Downův syndrom je genetická porucha, která vznikla následkem nadpočetné části 21. chromozomu. Tento nadbytečný chromozom způsobuje specifický vzhled a stavbu těla a u většiny osob omezuje i rozumové schopnosti. K Downově syndromu se však

může přidružovat celá řada dalších psychických i fyzických poruch včetně poruch autistického spektra.

#### 4.5.3 Zrakové postižení

Zrakové vady se vyskytují zhruba u jedné třetiny postižených autismem (refrakční vady, šilhání apod.). Bohužel, mnozí z těch, u kterých se ve školním věku či později objeví zrakové obtíže, odmítají nosit brýle. Velmi často u dětí s autismem pozorujeme zvláštní přijímání zrakových podnětů, dítě se vyhýbá očnímu kontaktu s jinou osobou, bojí se pohledu do dálky, upřeně a dlouho zírá do světla, těká neustále pohledem z místa na místo. Náprava těchto problémů je nedílným prvkem individuálních výchovně vzdělávacích programů. Skupinou, která nebyla, bohužel, zatím dostatečně zmapována a která zatím vzdoruje úspěšnému řešení, jsou nevidomé děti s autismem (Jelínková 2001). Četnost problémů s viděním u Aspergerova syndromu není známa. Klinická zkušenost naznačuje, že je tato četnost nejméně tak vysoká jako u autismu, což je jednoznačně vyšší než u normální populace (Gillberg, Peeters 1998).

#### 4.5.4 Sluchové postižení

Sluch je u autistů postižen velmi často. Jedna čtvrtina postižených má závažné sluchové problémy a několik procent z nich neslyší vůbec (Gillberg, Peeters 1998). I ti postižení, u kterých je sluch z organického pohledu normální, přijímají a zpracovávají sluchové podněty někdy neobvyklým způsobem. Vzniká proto dojem, že dítě je hluché, přestože slyší dobře. Mnohé z postižených autismem obtěžují různé zvuky či hluk. Zvláštní bývají i reakce na určitý sluchový podnět. Dítě s autismem reaguje na jeden a tentýž podnět někdy velmi rychle, jindy nereaguje vůbec. Častým problémem je i to, že v hlučném prostředí vnímají pouze celkovou zvukovou kulisu, aniž dokáží jednotlivé zvuky rozlišit a vnímat odděleně.

#### 4.5.5 Postižení řeči

Řeč je pro děti s poruchami autistického spektra primárním deficitem. Většina problémů zde zahrnuje vývojová opoždění, zvláštní vyjadřování nebo kombinaci obojího. Jejich "vlastní jazyk" se vyvíjí mnohem později, říkají více než rozumějí a obvykle nepřekročí stádium echolálie, mnohé nemluví vůbec. Nejvíce potíží mají v oblastech, kde je třeba domýšlet význam slov tj. v oblasti komunikace, sociálního chování, ve hře a při aktivitách volného času. I když třeba vidí smysl komunikace, okolí vnímají jako pro ně cizí a nepochopitelné. Uchylují se pak nejčastěji ke stereotypům a naučeným vzorcům chování.

Verbální projev autistů obsahuje celou řadu abnormálních až bizarních prvků (opakování slov nebo televizních reklam). Jejich slova mají tendenci podržet si svůj přesný původní význam, s nímž vstoupila do paměti. Negeneralizují řeč z jedné situace do druhé, neumí užít slovo v nové kombinaci a lpějí na frázi, kterou se naučily rutinou, např. "chci mléko" se opakuje i tehdy, jde-li o jinou potravu, třeba džus, kolu nebo pečivo (Schopler 1998).

Jejich jazyk neslouží k smysluplné společenské komunikaci a zároveň je jejich komunikační deficit vystavuje velkému stresu. Vzhledem k tomu vykazují jen malý zájem o komunikaci s ostatními.

U některých autistických dětí se abnormální vývoj v řeči objeví ve stádiu žvatlání, někdy dokonce toto stádium úplně chybí. Žvatlání je nápadné svou monotónností nebo tím, že není používáno ke komunikaci. Dítě nereaguje na volání jménem ani na jiné podněty. Kolem 1. roku pozorujeme nezájem o hry, odmítají věci, které je obklopují, nepoužívají ukazováček, aby ukázali na věc.

Zřídka se snaží o společenský kontakt, vizuální kontakt je pouze letmý (vhodné je jeho podněcování). Dítě má sice schopnost mluvit a osvojit si určitou řečovou dovednost, neustálé opakování slov však nevede k pokroku. Dítě není schopno pochopit důvod použití jednotlivých slov. Uvádí se, že zhruba 1/2 si nikdy nevytvoří použitelný jazyk (Gillberg, Peeters 1998), někteří jsou až na úrovni totálního mutismu. Přes tuto

skutečnost pro mnohé je snazší mluvit než myslet. Jedinci s autismem totiž často setrvávají po dlouhou dobu u echolálie. Užívání přímé i opožděné echolálie může působit dojmem, že expresivní řeč je na vysoké úrovni. Častá je také palilálie (neustálé opakování vlastních slov, vět či frází mnohdy bez zřejmého důvodu, obvykle se opakování zrychluje až k nesrozumitelnosti) a nesprávné používání zájmen. Mají omezený slovník a nedostatečnou mluvnici. Broukání, žargon a echolálie přetrvávají dlouho po překročení vývojových stádií, pro které jsou příznačné. Kvalita hlasu může být monotónní, zpěvavá nebo napodobující. Artikulace je většinou přesnější než u neautistických dětí s tím, že může být jasná při echolálii, ale chybná při spontánní řeči. Z kvalitativního hlediska se jejich řeč dá označit jako dysprosická (přednes je rychlý, intonace monotónní, vyskytují se chyby v přízvuku) a arytmiická (hlas je přehnaně vysoký bez jakékoliv změny tónu, hlasitost je přílišná nebo naopak nízká, větný přízvuk je nesprávný), často je formální a doslovná.

V 7-12 letech se již v komunikaci vyskytují velké individuální rozdíly. Použití jazyka je však stále velmi zvláštní, projevuje se inverze zájmen, echolálie, často vedou ruku druhého, coby nástroj, výraz tváře je fixovaný. Ani v tomto období se sami nesnaží komunikaci navázat a často jediným jejich komunikačním projevem je záchvat hněvu, kterým upozorňují na své základní potřeby. Nerozvíjejí ani systém gest a jen velmi pomalu se u nich rozvíjejí komunikativní výrazy obličeje. Často se zde setkáváme s tzv. prázdným výrazem obličeje, což mnohdy kontrastuje s živým smíchem, nepatřičnými škleby a grimasami obličeje, nesmyslnými pózami či gesty.

I u starších autistů přetrvává problém porozumět neverbální komunikaci, nejsou schopni sledovat téma konverzace nebo navazovat rozhovor, neudrží rytmus řeči, nedokáží přejít z jednoho tématu na jiné. Charakteristické je pro ně přehnané detailní objasňování oblíbeného námětu a naprosté odmítání jakékoliv změny. Má-li autistická osoba nějaký speciální zájem, pak je schopna o něm hovořit až do úplného vyčerpání. Nejsou schopni opravdové diskuse. Mají tendenci opakovat stále stejné informace.

Podstatou postižení v oblasti komunikace je nedostatek recipacity a neschopnost správně pochopit význam používání jazyka. Takovíto jedinci nedokáží především správně interpretovat informace. Nikdy bychom proto neměli vyslovovat domněnky o

tom, čemu může autistický jedinec rozumět, pokud jej předem neotestujeme v různých situacích. Je nutné znát pasivní znalost jazyka. Často totiž mají tito jedinci vynikající slovní zásobu jednotlivých slov. Někteří dokonce lépe rozumí psanému slovu.

Pervazivní vývojová porucha je postižení velmi hluboké a vážné. Kdo má poškozenou schopnost porozumět komunikaci a sociálnímu chování, má problémy i s vývojem představivosti. Cvičení v těchto oblastech jsou zde proto hlavním ohniskem vyučování (Thorová 2006).

#### 4.5.6 *Abnormality chování*

Opakující se pohyby či stereotypie se vyskytují u lidí s poruchou autistického spektra často, nejsou však stěžejní pro diagnózu. Repertoár zvláštních pohybů je velmi široký, od prostých, krátkých, třepavých či krouživých pohybů rukou a prstů po dlouhodobé kmitání prstů před obličejem (v zorném poli) na první pohled nápadné, kdy dítě pohyb sleduje a je jím fascinováno (autostimulační chování). Krátké pohyby se často objevují, pokud se dítě emočně rozruší (při radosti, provádění oblíbené aktivity, úzkosti, nervozitě). Autostimulační déletrvající stereotypní pohyby se objevují při nervozitě jako prostředek uklidnění nebo slouží k vyplnění volného času. Pro některé děti s poruchou autistického spektra je stereotypní chování jedinou (nebo téměř jedinou) činností, kterou dokážou vyplnit volný čas. Frekvence výskytu a míra úspěšnosti druhého člověka přerušit činnost zvěňčí se u každého jedince liší. Některé stereotypní chování lze přerušit odvedením pozornosti.

Mnoho dětí kombinuje stereotypní pohyby (poklepávání, otáčení, třepání, vkládání do úst) s manipulací s předměty. Časté je například listování stránkami v knize, otáčení autíčky, třepání podlouhlými předměty, driblování a házení míčem či přesypání drobných předmětů. Na rozdíl od tiků se často objevují stereotypní činnosti i u běžných činností, jako je práce na počítači či sledování televize.

Někteří lidé s poruchou autistického spektra mají tendenci nastavovat ruce do zvláštních poloh. Toto posturování rukou je u dětí s poruchami autistického spektra obvyklé před obličejem, v úrovni hrudníku nebo podél těla na úrovni nohou (Thorová 2006).

### Sebezraňující stereotypní chování

Chování, které je typické u některých neurogenetických syndromů se vyskytuje relativně frekventovaně také u poruch autistického spektra. Řadíme sem štípání, rozdírání kůže, bouchání hlavou do okolních předmětů, údery rukama do vlastního těla., kousání, vytrhávání vlasů. Chování má charakter stereotypních pohybů, které jsou často vůlí neovlivnitelné.

### Stereotypní pohyby celého těla

Patří sem kývání trupem, přetáčení z boku na bok, poskakování nahoru a dolů, točení kolem vlastní osy a běhání do kruhu. Pohyby mohou mít také komplexní charakter, kdy stereotypní pohyby rukou jsou kombinované s podřepy nebo výskoky.

### Motorické tiky

Zhruba u 10% dětí s poruchou autistického spektra se projevují tikové poruchy. Na rozdíl od stereotypních pohybů a posturací se tiky obvykle objevují v pozdějším věku (po pátém roce), i když obvyklý věk nástupu nemusí být pravidlem. Tiky mají méně komplexní a méně rytmický charakter než stereotypní pohyby. Často se jedná o zkřivení obličeje (grimasování) nebo zvláštní zkroucení končetin, mrkání, trhavé pohyby hlavou či trhavé pohyby ramen. Tiky nejsou příliš ovlivnitelné vůlí, nemizí při přesměrování pozornosti. Jejich potlačení je jen dočasné, reakcí je zvyšování vnitřní tenze (Thorová 2006).

#### *4.5.7 Epilepsie*

U jednoho z pěti až šesti předškolních dětí s autismem se objeví epilepsie už v prvních letech života. U dalších 20 % se epilepsie (někdy velmi mírného charakteru) objeví v pubertě či těsně po ní. Výskyt epilepsie u Aspergerova syndromu je nepatrně čtenější než u veškeré populace, ale nikdy není tak vysoký jako u klasického autismu (Gillberg, Peeters 1998).

#### 4.5.8 Porucha aktivity a pozornosti (ADHD)

Porucha pozornosti patří mezi nejčastější důsledky poškození mozku. V závislosti na míře poškození neurálního obvodu, který umožňuje fungování pozornosti, existuje mnoho druhů poruch pozornosti. Diagnóza ADHD může existovat jako samostatná funkční porucha, ale velmi často se spoluvyskytuje i s jinými závažnějšími poruchami, často také s poruchami autistického spektra (Thorová 2006).

### 4.6 Možné příčiny problémového, stereotypního chování

#### 4.6.1 Biologické příčiny

1. Genetické a vrozené poruchy (syndrom Cornelia de Lange, syndrom Lesch-Nyhana).
2. Zvýšená aktivita některých mozkových struktur: sebezraňující a stereotypní chování může být spojováno se zvýšenou aktivitou frontálního a temporálního laloku. Zvýšená aktivita těchto struktur se nejčastěji projevuje údery do hlavy, brady, plácáním do uší a kousáním do rukou. Zvýšená aktivita mozkových struktur může být například vyvolána stresem (hluk, zvýšené požadavky) (Edelson 2004).
3. Teorie endogenních opiátů: extrémně vysoký fyziologický stres podporuje uvolnění endogenních opiátů, které zvýší toleranci k bolestivým podnětům. Tyto aspekty snižující bolest a posilující tvorbu endogenních opiátů vedou ke dvěma hypotézám o vzniku a přetrvávání sebezraňujícího chování. První říká, že zvyšuje „práh bolesti“ a je podobnou reakcí jako nezraňující chování na vlivy prostředí. Druhá hypotéza říká, že u některých pacientů je sebezraňující chování udržováno uvolňováním endorfinů. Obě vysvětlení však zahrnují komplexní farmakologické a behaviorální vztahy (Schopler, Mesibov 1997).

4. Teorie arousal: tato teorie vychází z předpokladu, že každý organismus má snahu udržovat svou nesespecifickou aktivaci – arousal – na optimální a stabilní úrovni. Podle této teorie trpí děti s autismem zvýšenou hladinou této aktivace (Mosesová 2005). Při zvýšené hladině aktivace (stres, úzkost) se zvýší sebezraňující chování jako reakce na uvolnění stresu nebo úzkosti (Edelson 2004).
5. Teorie bolesti: sebezraňující chování zejména pak údery do hlavy, mohou mít příčinu ve snižování bolesti vyvolané záněty středního ucha nebo migrénou.

#### 4.6.2 Sociální příčiny

1. Komunikační deficit: komunikační deficit vystavuje postižené autismem stresu, protože nejsou schopni vyjádřit své potřeby. Tento fakt může být velmi frustrující a vést k nevhodnému chování jako prostředku náhradní komunikace.
2. Únikový prostředek: sebezraňující či stereotypní chování může být reakcí na zvýšené požadavky na dítě nebo formou odmítání určité aktivity (Edelson 2004).

## 4.7 Teorie příčin poruch autistického spektra

V dnešní době již víme, že autismus vzniká na neurobiologickém podkladě, což znamená, že určitá část mozku či nějaký dosud ne přesně identifikovaný funkční okruh dětí s poruchou autistického spektra nepracuje správně. Vzhledem k charakteristice spektra autistických poruch předpokládáme, že jsou narušeny hlavně funkční systémy mozku, které se podílí na sociálních, komunikativních a integrativních schopnostech člověka (Thorová 2006).

### 4.7.1 Neurologické teorie

Komárek hovoří o časném poškození mozku v procesu vývoje jakožto primární příčině, která v důsledku komplexního vývoje vede jednak k přímému poškození některých funkcí a sekundárně k defektnímu zrání vývojově mladších mozkových struktur. Nejvýznamnější prenatální poškození ve vztahu k autistickým poruchám je poškození mozkového kmene a cerebelárně – limbických systémů (Hrdlička 2004).

Waterhousova teorie rozlišuje čtyři hlavní dysfunkce limbického systému, které mají za následek autistické symptomy: 1. *dysfunkce amygdala* zapříčiňující tzv. emoční slepotu; 2. *dysfunkce singulární* vedoucí k lhostejnosti v sociálních vztazích a interakci; 3. *dysfunkce hipokampu* způsobují tzv. jednokanálové vnímání a narušení integrace sensorických vjemů; 4. *dysfunkce (nadměrná aktivita) korových sensorických center* podmiňující unisenzorickou hyposenzitivitu.

### 4.7.2 Psychogenetické teorie

Některé současné psychologické výzkumy podporují hypotézu tzv. teorie mysli. Autoři této teorie Baron-Cohen, Leslie a Frith spatřují jádro autistického problému v neschopnosti uvědomovat si duševní stavy druhých lidí, vytvářet si kognitivní koncepty o myšlení a pocitech druhých lidí na základě jejich chování a z takových konceptů odvozovat jejich budoucí chování a jednání. Tento deficit je charakteristický jen pro poruchy autistického spektra.

Další z teorií je teorie centrální koherence. Většina zdravých lidí uplatňuje v poznávání a myšlení určitou míru integrace vjemů a informací a zařazuje je do celkového smysluplného obrazu. Děti s autismem se naopak zaměřují na jednotlivé detaily a uniká jim celkový význam a smysl situace či kontextu. Myšlení autistů je tedy spíše analytické a potýká se s obtížemi při indukci a zobecňování (Mosesová 2005).

## 4.8 Péče o děti a dospělé s poruchami autistického spektra v ČR

### 4.8.1 Historie

Pedopsychiatr MUDr. Růžena Nesnídalová zasvětila problematice autismu prakticky celý svůj profesní život. V šedesátých letech 20. století se začala věnovat studiu jednotlivých případů dětí s autismem. První článek o autismu publikovala v časopise *Československá psychiatrie* v roce 1960. Své teoretické i praktické zkušenosti vydala v roce 1973 v populárně-vědecké publikaci *Extrémní osamělost*. Autorka jistě netušila, že se publikace stane jedinou monografií na dané téma na období delší třiceti let. V roce 1994 vyšla *Etrémní osamělost* v reedici doplněná o některé nové informace, včetně osudu dětí s autismem po dvaceti letech. Kniha má z hlediska autismu velkou historickou hodnotu, na druhou stranu je třeba vzít na zřetel, že diagnostický model zde uváděný je v dnešní době již zastaralý a nemůže sloužit jako podklad pro moderní diagnostiku (Thorová 2006).

### 4.8.2 Priority v péči o děti a dospělé s autismem v současnosti

Péče o autistické jedince u nás je stále ještě v počátcích. Chybí zde ucelená legislativa, hledají se optimální přístupy a zkouší se různé metody většinou převzaté ze zahraničí.

Priority v péči o dospělé a děti s autismem v České republice jsou podle Thorové (2006) následující:

- oblast prevence a osvěty – články v novinách, televizní a rozhlasové pořady, odborné knihy a beletrie
- multidisciplinární profesní informovanost – vzdělávací programy v oborech jako je medicína, psychologie, speciální pedagogika, sociální práce. Potřeba vzdělávacích akcí – organizace seminářů, přednášek a konferencí

- diagnostika – na pervazivní vývojové poruchy se u nás specializuje jen několik pracovišť, objednací doby jsou příliš dlouhé
- lékařská vyšetření – komplexní vyšetření by měla probíhat na pracovištích, kteří s poruchami autistického spektra mají zkušenost, v současné době se jedná v České republice o několik pracovišť
- odborné poradenství – pedagogicko-psychologické poradny a speciálněpedagogická centra
- intervenční program – speciálněpedagogická centra – v každém kraji funguje jeden koordinátor, který má na starosti děti a autismem
- péče podle věku dítěte (viz kapitola 4.8.3 a 4.8.4)
- rodinná terapie, psychoterapie – rodinná terapie by měla probíhat v rámci centra či v jiném spolupracujícím zařízení v místě bydliště.
- Rodičovské podpůrné skupiny – rodičovské skupiny by měly fungovat na regionální úrovni, v některých městech fungují u občanských sdružení, např. Raiman Ostrava, APLA Praha a APLA Jižní Morava, APLA Hradec Králové, APLA Vysočina
- Respitní péče – asistenti docházejí do rodin, kde se v rámci respitní péče o děti starají. Asistenční služba poskytuje doprovod na nejrůznější akce, pomáhá dítěti zařadit se do volnočasových aktivit. Organizace letních táborů pro děti s autismem.
- Legislativa – blíže viz. kapitola 4.8.8.

#### *4.8.3 Raná péče o děti s autismem*

Raná péče v České republice je zcela nedostatečná, chybí ucelená metodika a koncepce a je nedostatek vyškoleného personálu.

V současné době je nejmladším diagnostikovaným dětem okolo 2 let, většinou se ale jedná o děti tří až čtyřleté. Cílem je snížit věk diagnózy u dětí s jednoznačně vyjádřeným autismem na 18-24 měsíců a zahájit co nejdříve speciálně-pedagogickou péči, dále odpovědět rodičům na základní otázky týkající se přístupu k dítěti, pohovořit

o možnostech rozvoje, pomoci s dílčími nácviky, jako je zlepšení očního kontaktu, motoriky, komunikace, navození spolupráce. Do rodiny by měl pravidelně docházet terapeut, výhledově je zvažován ve větších městech vznik terapeutických center (Thorová 2006).

#### *4.8.4 Předškolní péče*

Předškolní péči dětí s poruchami autistického spektra zajišťují mateřské školy (MŠ) a speciální mateřské školy (SpMŠ). Bohužel, i přesto mnoho těchto zařízení děti s autismem odmítá nebo je přijímá pouze na část dne.

Na druhou stranu několik zařízení v České republice, které poskytují speciální předškolní program dětem s autismem, velmi dobře funguje (Brno, Šumperk, Praha, Ostrava, Turnov). Některé děti navštěvují speciální mateřské školy, kde je jim věnována nadstandardní péče v rámci integrace mezi ostatní děti s jiným handicapem. Program pro dítě s poruchou autistického spektra je obvykle tak náročný, že pedagogického asistenta potřebuje i speciální školka. Pro některé děti je speciální školka nedostupná, jiné mají jen mírnou formu autismu či Aspergerova syndromu. Zde obvykle zvažujeme integraci do běžného prostředí mateřské školy. Má-li ovšem být integrace úspěšná, je zapotřebí dostatečné personální posílení školky, jinak se efektivita péče prudce snižuje (Thorová 2006).

#### *4.8.5 Péče o děti školního věku*

Speciální třídy se strukturovaným programem vznikají při speciálních školách nebo základních školách. Úspěšné programy jsou založeny na principu behaviorální modifikace, program je plně přizpůsoben specifikům handicapu. Děti se učí podle vzdělávacích programů různých typů škol nebo jejich kombinací – podle svých schopností.

První třídy vznikly u speciálních škol v devadesátých letech, později se připojilo několik speciálních tříd při základních školách. V současné době funguje v České republice převážně při speciálních základních školách několik desítek tříd pro děti s autismem a pervazivními vývojovými poruchami, které děti programově vzdělávají. Síť zařízení je však stále nedostatečná. S přijímáním žáků do škol je situace podobná jako u předškolních zařízení. Poptávka po umístění ve třídách je mnohem vyšší než nabídka. Výhodou speciálních programů je ryze individuální přístup a zkušenosti pedagogického personálu.

Odklad školní docházky se často nabízí u dětí s poruchami autistického spektra. Obecně platí, že u většiny dětí s nerovnoměrným profilem schopností v pásmu průměru a podprůměru se doporučuje odklad školní docházky. Odklad je vždy dobré konzultovat s poradenským pracovníkem a do rozhodování vstupuje mnoho dalších faktorů.

Mnohé děti s autismem navštěvují speciální třídy, které nejsou zaměřené na výuku dětí s autismem. Jsou to například školy pro žáky s mentální retardací, poruchami chování, s vadami zraku a sluchu, s vývojovými poruchami učení a s vadami řeči. Výhodou bývá menší počet žáků ve třídě a speciální pedagog.

Jak již bylo řečeno, existuje možnost integrovat děti s autismem do běžných škol. Děti pasivní, klidné a bez poruch chování zvládnou integraci bez pomocného vychovatele ve třídě. Většina dětí s poruchou autistického spektra, která vstupuje do běžné základní školy, se však bez asistenta neobejde. Důležitá je prevence šikany a informovanost rodičů spolužáků.

Integrace do běžné třídy nebo programu se nehodí pro všechny děti. Integraci je třeba konzultovat s poradenským pracovníkem, v případě školního zařazení nejlépe s člověkem, u kterého je dítě dlouhodobě v péči, a s učitelem, který dítě učil v předškolním zařízení.

Faktory podporující doporučení k úspěšné integraci jsou:

- schopnost dítěte navázat oční kontakt
- v předškolní věku alespoň částečně vytvořená schopnost spolupráce, ve školním věku vytvořená schopnost pracovního chování
- částečná adaptabilita, určitá míra frustrační tolerance
- nepřítomnost vysoké frekvence extrémních emočních reakcí
- vytvořená schopnost funkčně komunikovat
- alespoň částečná schopnost napodobovat
- menší míra problémového chování
- nepřítomnost těžké hyperaktivity
- dobrá spolupráce rodiny, její motivovanost a osobní nasazení k integraci
- intelekt větší než 80

Děti s poruchou autistického spektra navštěvují prakticky všechny typy středních škol – učební obory, průmyslové školy, humanitně i technicky zaměřené střední školy, gymnázia. Některé potřebují asistenta. Stejně jako u základních škol je velmi důležitá informovanost pedagogických pracovníků a ředitele školy a součinnost s poradenským pracovištěm. Předpokladem studia na střední škole jsou rozumové schopnosti, které umožňují žákovi alespoň částečné osvojení učiva.

Mnoho lidí s Aspergerovým syndromem vystudovalo i vysokou školu. Někdy ale mohou selhávat v sociálních a praktických situacích a kvůli tomu školu nedokončit nebo jich vystřídat několik. Učí se pouze informace, které považují sami za důležité, nectí autority, nedokážou se přizpůsobit sociálním požadavkům, které studium vždy do určité míry vyžaduje (dohodnout si zkoušky a zápočty, umět se omluvit, umět jednat s lidmi, pamatovat si jména a tváře, dodržovat pravidla slušného chování). Ke školnímu úspěchu i neúspěchu někdy chybí emoční prožitek. Z tohoto důvodu lidé s poruchami autistického spektra neprojevují ctižádnost k dobrému výkonu, zkoušky berou jako běžnou součást programu, hrozba vyhození ze školy nevede k zvýšenému úsilí. I velmi talentovaní studenti tak školu často nedokončí.

Ve spolupráci s poradenským pracovištěm lze zkontaktovat vysokou školu a zajistit individuální přístup či větší možnost kontroly z vnějšku, například asistentem (Thorová 2006).

#### *4.8.6 Děti a dospělí v týdenních a celoročních zařízeních*

Rozhodnutí umístit dítě do celoročního nebo týdenního zařízení je velmi těžké, obvykle se jedná o proces, který trvá mnoho let. Vždy se jedná o rozhodnutí rodičů, poradenský pracovník může hrát pouze roli průvodce, nikoli rádce (Thorová 2006).

Možné varianty jsou:

- Dítě zůstává v péči rodiny až do smrti rodičů.
- Dítě zůstává v péči rodiny do dospělosti, v ideální situaci v rodině žijí zdraví sourozenci a oba rodiče se podílejí na výchově dítěte. Dítě s handicapem má v rodině rovnocennou pozici, není středem veškeré pozornosti, chodí do školky, do školy a do družiny, funguje asistenční služba.
- Překážkou ideálního modelu může být přílišná protektivita a fixace na dítě ze strany rodičů, chybné přesvědčení, že dítěti s handicapem je nutné se osobně věnovat v mnohem větší míře než zdravým sourozencům. Toto přesvědčení vede k postupné zátěži celého rodinného systému až hroucení rodiče.
- Nefungující služby, obtíže s přijetím dítěte do školního zařízení. Nefungující družina, chybějící respitní a asistenční péče. Péče o dítě s poruchou autistického spektra je vždy nesmírně náročná. Většina rodičů takovou zátěž není schopna unést. Volbu týdenního a celoročního zařízení považují však nesprávně za své osobní selhání. Rodinná situace končí zhroucením jednoho z rodičů, extrémní zátěží zdravých sourozenců nebo rozpadem rodiny.

- Rodiče se rozhodnou po zralé úvaze dítě umístit do celoročního zařízení. Pokud je rozhodnutí rodičů racionální, je třeba ho plně akceptovat. Úkolem poradenského pracovníka je doporučit rodičům pro dítě co nejvhodnější zařízení (Thorová 2006).

#### 4.8.7 Poradenství

Jako vhodné řešení se jeví vybudování center v hlavních spádových oblastech s kombinovanou formou pomoci lidem s poruchou autistického spektra. V současné době funguje v každém kraji pracovník MŠMT zaměstnaný ve speciálněpedagogickém centru, který má na starosti děti s poruchami autistického spektra v kraji.

Poradenští pracovníci:

- *psycholog* - zabývá se diferenciální diagnostikou, zjišťuje mentální úroveň dítěte, konzultuje vhodné školní zařazení, případně problémové chování dítěte, vypracovává zprávu z vyšetření pro potřeby rodiny, školy, posudkových lékařů
- *speciální pedagog* – zabývá se pedagogickou diagnostikou, spolupracuje se školskými zařízeními, ve kterých jsou děti zařazeni, pomáhá se zavedením strukturovaného programu, dochází do rodin, vypracovává individuální výchovně-vzdělávací program
- *logoped* – vede komunikační terapii u dítěte s důrazem na alternativní způsoby, jako je práce s vizuální podporou, zavedení komunikační knihy, rozvoj neverbální komunikace
- *sociální pracovník* – má na starosti sociálně-právní poradenství, pomáhá rodičům orientovat se v současné legislativě, v možnostech sociální podpory a nabídce sociálních služeb (letní tábory, respitní péče, asistenční služba apod.)
- *behaviorální terapeut* – vede individuální a skupinové nácviky sociálního chování, při řešení problémového chování (agresivita,

sebezbraňování, záchvaty vzteku, neodklonitelné rituály a stereotypní činnosti) vychází především z metodiky aplikované behaviorální analýzy, navrhuje konkrétní opatření, zabývá se prevencí problémového chování.

#### 4.8.8 Legislativa

Vláda svým usnesením č. 1004 ze dne 17.8.2005 přijala *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009*. Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy ČR je uloženo rozvíjet vzdělávací podmínky dětí s autismem (poruchami autistického spektra) ve všech krajích České republiky. Mezi nejdůležitější úkoly patří:

- Zajistit, aby rámcové vzdělávací programy respektovaly specifika vzdělávání jednotlivých skupin žáků se zdravotním postižením, včetně konkretizace prostředků speciálněpedagogické podpory a způsobů jejich poskytování. Zvláštní pozornost je třeba věnovat zajištění této podpory ve vzdělávacích programech určených primárně pro žáky bez zdravotního postižení (MŠMT – do 31.12.2009).
- Vydat metodický pokyn, upravující doporučený postup při umísťování asistenta pedagoga do třídy, v níže je vzděláván žák nebo žáci se zdravotním postižením (MŠMT, do 31.12.2006).
- V souladu s přílohou vyhlášky MŠMT č. 65/2005 Sb. nadále zajišťovat speciální vzdělávací potřeby dětí a žáků se zdravotním postižením tzv. Normativy finančních prostředků. Navyšovat tento normativ v případě potřeby řešení vzdělávací situace v rámci hlavního vzdělávacího proudu (MŠMT řeší průběžně).
- Při vzdělávání dětí a žáků s těžším zdravotním postižením rozvíjet jejich sociální kompetence, především zaváděním alternativních a augmentativních forem komunikace. Uvedené požadavky vhodně začlenit do školních vzdělávacích programů (MŠMT řeší průběžně).
- Nadále rozvíjet vzdělávací podmínky dětí s autismem především optimalizací sítě tříd pro tyto děti, žáky a studenty, pokračováním v

zavádění systémových poradenských služeb pro klienty s autismem ve všech krajích České republiky (MŠMT – do 31.12.2009).

Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a následné prováděcí vyhlášky, především vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, začleňuje děti, žáky a studenty se stanovenou pervazivní vývojovou poruchou do skupiny žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Na základě projektu “Poradenské služby pro klienty s autismem a poruchami autistického spektra” č.j. 15 987/2003-24, zveřejněného ve Věstníku MŠMT č. 8/2003V, zajišťuje systémovou pomoc každému kraji krajský koordinátor. Cílem projektu je zajištění kvalitních, specializovaných, odborných a státem garantovaných, místně dostupných poradenských služeb pro osoby s autismem, jejich rodiny a pedagogy ve všech 14 krajích na území České republiky.

Stěžejní body náplně práce krajského koordinátora:

- Poskytuje konzultace a individuální metodickou podporu odborným pracovníkům ve školách a zařízeních v kraji, kde jsou zařazeni klienti s poruchami autistického spektra.
- Poskytuje poradenské služby a konzultace rodinám s osobami s poruchou autistického spektra.
- Monitoruje potřeby v oblasti dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků a ve spolupráci s Institutem pedagogicko-psychologického poradenství ČR se podílí na jejich zajištění.

#### 4.8.9 Občanská sdružení

##### Vzdělávací program Autistik:

konzultační středisko Lions Club, Národní tř. 20, Praha 1

Zahájil svou činnost ve školním roce 1993/94 na podnět rodičů dětí s autismem. Jeho zakladatelkou je Miroslava Jelínková, která je členem International Association Autisme Europe se sídlem v Bruselu (organizace sdružující všechny evropské autistické organizace).

Cílem tohoto projektu je prostřednictvím výchovně vzdělávacích programů zlepšit osud autistických dětí, které dříve byly celoživotně izolovány v ústavech. Poskytují jim speciální edukační servis, zaměřený především na budování základních životních návyků a dovedností vedoucích k relativní soběstačnosti.

Jeho součástí je Program výchovně vzdělávací práce, který je založen na úzké spolupráci s rodinou, jakožto pevnou součástí a aktivním činitelem projektu. Rodina jako spolupartner se podílí na podpoře a vytváření IVP. Rodiče mají být plně a průběžně informováni o veškeré plánované a realizované činnosti.

Program se dále zaměřuje na: poznávací procesy, rozvoj psychomotoriky, komunikativní dovednosti a změnu chování.

Jeho cíle jsou - vytvoření a ověřování IVP

- hledání alternativních modelů vzdělávání
- sledování možnosti vytvoření autistického centra
- vytvoření podmínek a stanovení obsahu činnosti

(vypracování metodických pokynů a návrhu modelu výchovně vzdělávací práce)

Soustavný důraz je kladen na konkrétnost vzdělávání, které musí být poznatkově strukturované, vytvoření bezpečného prostředí v čase a prostoru, individualizovaný vzdělávací program (Vocilka 1994).

#### Asociace pomáhající lidem s autismem (APLA)

Jedná se o občanské sdružení založené v roce 2000, které vzniklo z iniciativy profesionálů pracujících s dětmi s autismem a pervazivními vývojovými poruchami. Sdružení podporuje systematickou a komplexní profesionální pomoc lidem s autismem a pervazivními vývojovými poruchami a jejich rodinám hlavně v těchto oblastech:

- diagnostika pervazivních vývojových poruch (v oblasti pediatrie, psychologie, psychiatrie a neurologie)
- odborné poradenství (služby psychologa, psychiatrem strukturované učení, kongitivně-behaviorální terapie, raná péče)
- podpora vzdělávacích a terapeutických programů (jádro je strukturované učení a kongitivně behaviorální intervence, dílčí podpora integračních programů v oblasti vzdělávání, skupinová terapie lidí s Aspergerovým syndromem)
- podpora a organizace sociálních programů (letní tábory, odlehčovací služby, asistenční péče, krizová intervence)
- podpora zajištění různých stupňů bydlení a zaměstnání v dospělosti
- vzdělávání odborníků (vzdělávací semináře pro odborníky, kteří pracují s dětmi s autismem – pediatři, speciální pedagogové, logopedi, psychologové)
- zajištění informovanosti rodičů, práce s rodinou, konzultace v domácím prostředí
- podpora všeobecné informovanosti odborné i laické veřejnosti
- legislativní a právní poradenství, tlak na úpravu legislativy, rovnoprávné příležitosti pro lidi s poruchou autistického spektra

APLA ČR se postupně začala štěpit do samostatných občanských sdružení. V roce 2002 vznikla APLA Praha, APLA Jižní Morava a APLA Hradec Králové. V roce 2004 APLA Vysočina a v roce 2005 APLA Severní Čechy (Thorová 2006).

#### Rain man – občanské sdružení rodičů a přátel dětí s autismem

Z potřeby rodičů autistů a z jejich iniciativy vzniklo v roce 2000 v Moravskoslezském kraji občanské sdružení rodičů a přátel dětí s autismem s názvem RAIN MAN, ojedinelé svou náplní a významem. Toto občanské sdružení pracuje jako svépomocná skupina, sdružuje rodiče a odborníky tzv. pomáhajících profesí (tzn. pedagogy, vychovatele, ředitele speciálních mateřských, zvláštních, pomocných škol a sociálních zařízení, klinické i poradenské psychology, psychoterapeuty a sociální pracovníky), studenty ale i ty, kteří chtějí „jen“ přispět svými možnostmi lidem s poruchou autistického spektra ke zlepšení kvality jejich života. Významnou osobní i profesní motivací všech výše uvedených osob je propojení již stávající sítě speciálních tříd, škol (státních i soukromých), sociálních a zdravotních zařízení v rámci zmíněného regionu (<http://www.rain-man.cz>).

#### Rett-Community

V roce 2004 bylo založeno české sdružení Rett-Community, sdružující rodiče a odborníky, kteří se zajímají o problematiku Rettova syndromu. Zprostředkovává společná setkání, přináší rodičům i odborníkům aktuální údaje o pokrocích ve výzkumu, poskytuje sociálně právní poradenství, pomáhá se orientovat v rehabilitačně-terapeutické společnosti (Thorová 2006).

#### Strom

Vznik občanského sdružení Strom - Klub rodičů a přátel postižených dětí na Praze 6 je spjat se zřízením speciální třídy při Pomocné škole Rooseveltova na podzim roku 1992.

Za 14 let činnosti Strom výrazně napomohl k současné podobě školy (od zajištění drobných stavebních úprav po pořízení nábytku a jiného vybavení školy) a zároveň se podílel na zkvalitňování výchovně vzdělávací péče o děti navštěvující školu (nákup

hraček, výtvarných a učebních pomůcek pro školu, pořízení technického a počítačového vybavení včetně výukových programů, apod.). V oblasti integračních aktivit se Strom zaměřil na přímou finanční a organizační podporu škol v přírodě a letních táborů pro děti s postižením a na organizaci veřejných akcí (výstav a koncertů, dne otevřených dveří), které přispívají k rozšíření povědomí o problematice zdravotně postižených dětí.

Strom se snaží svou činností vytvářet zázemí nejen pro děti, ale i rodiče. Hraje významnou úlohu při zviditelňování činností dětí v rámci školy i mimo ní. Klade důraz na spolupráci s širší veřejností, pořádá pravidelné prezentační výstavy a další otevřené akce. Dále se snaží získávat hmotné prostředky potřebné k zabezpečení vzdělávacích aktivit, k částečnému pokrytí nákladů škol v přírodě či zájmových kroužků. Svým působením chce zajistit specifické podmínky nezbytné pro všestranný rozvoj dětí s postižením. Důležitou roli klub spatřuje v zaopatřování kvalitního speciálního vybavení a technického zázemí školy (<http://www.strom.kbx.cz/onas.html>).

## 5 Arteterapie

*„O umění se dá tvrdit, že slouží cílům, jež ho přesahují.“*

*(Eliot, 1972)*

### 5.1 Definice pojmu

Arteterapie v širším smyslu znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. Arteterapie v užším slova smyslu znamená léčbu výtvarným uměním.

Český pedagog Zicha (1981) definuje arteterapii (resp. speciální výtvarnou výchovu, jak tento autor arteterapii nazývá) následovně: „Záměrné upravování narušené činnosti organismu takovými psychologickými a speciálněpedagogickými prvky, které jsou imanentní umělecké činnosti nebo procesu umělecké tvorby.“

Podle Hanuse (1978) je arteterapie zvláštní formou psychoterapie „prostřednictvím grafické, malířské a sochařské činnosti. Je to organizovaný, cílený terapeutický proces, realizovaný individuálně či ve skupině, který řídí a usměrňuje speciálně školená osoba – arteterapeut. Arteterapii lze kromě terapeutických účelů použít i v léčebně-pedagogickém procesu jako prostředek výchovy a sociální integrace.“ (Šicková-Fabrici 2002).

### 5.1.1 Cíle arteterapie

Cíle, jež si arteterapie klade, souvisejí na jedné straně s tím, z jakých teoretických pozic vychází, na straně druhé se situací a potřebami klientů, s nimiž pracuje, v neposlední řadě s jejich věkem. Nejobecněji dělí cíle arteterapie Marian Liebnamová (1984) na individuální a sociální.

K individuálním cílům patří uvolnění, sebezpůsobování a sebevnímání, vizuální a verbální organizace (uspořádání) zážitků, poznání vlastních možností, přiměřené sebehodnocení, růst osobní svobody a motivace, svoboda pro experimentování při hledání výrazu pocitů, emocí nebo konfliktů, rozvoj fantazie, nadhled, celkový rozvoj osobnosti.

Mezi sociálními cíli uvádí vnímání a přijetí druhých lidí, vyjádření uznání jejich hodnoty, jejich ocenění, navázání kontaktů, zapojení do skupiny a kooperace, komunikace, společné řešení problémů, zkušenost, že druzí mají podobné zážitky, reflexe vlastního fungování v rámci skupiny, pochopení vztahů, vytváření sociální podpory (Šicová-Fabrici 2002).

Benderová (1952) zdůrazňuje tyto cíle arteterapie u dětí:

- pomáhat při navození kontaktu s dítětem,
- umožňovat nahlédnutí do jeho nevědomého světa,
- snižovat jeho agresivní a sexuální napětí,
- vytvářet prostor pro vyjádření impulzivní motorické aktivity dítěte,
- umožnit mu experimentovat s formou,
- napomáhat socializaci,
- podporovat integraci osobnosti,
- formulovat hodnotnou klinickou zprávu o dítěti.

Nejnovější tendence v arteterapii dospělých vyjadřují interdisciplinární přístupy. Cíle arteterapie vidí v rekonstrukci, integraci a konstituování tvořivých cílů, budování odpovědnosti za vytváření vlastního života nebo životních plánů.

U všech věkových i problémových skupin je pak cílem arteterapie znovu vybudovat z různých důvodů narušené přirozené dispozice člověka – kreativitu,

spontaneitu, schopnost komunikace se sebou samým, s druhými, s prostředím, v němž žije, chápání života v jeho souvislostech jeho smysluplné prožívání (Šicková-Fabrici 1994).

### *5.1.2 Historie arteterapie*

Arteterapie je poměrně mladá disciplína. Výraz art therapy ve svých pracích jako první použila Margaret Naumburgová ve třicátých letech 20. století v USA. Její východisko bylo psychoanalytické. Tento termín se v Evropě začal používat až roku 1940 a první profesionální školení arteterapeutů vznikala v pozdních osmdesátých letech 20. století. V USA bylo poprvé nabízeno univerzitní studium arteterapie v šedesátých letech 20. století na Hanneman University ve Filadelfii (Šicková-Fabrici 2002).

### *5.1.3 Arteterapie ve světě*

Základním východiskem průkopnice arteterapie Margaret Naumburgové je tvrzení, že „proces arteterapie je založen na poznání, že nejzákladnější myšlenky a pocity člověka derivované z nevědomí dosáhnout výrazu lépe v obrazech než ve slovech“ (Naumburg 1947). Filozofie arteterapie je založena na přesvědčení, že „každé individuum, ať už bude, či nebude vzdělané v umění, má latentní kapacitu projikovat svůj vnitřní konflikt do vizuálních tvarů“ (Naumburg 1947). Ty pak mohou být použity jako inicační body pro další verbální komunikaci. Co je skryté, se takto může stát jasným.

Další významnou průkopnicí arteterapie je Edith Kramerová. Narodila se ve Vídni v roce 1916. Po emigraci za druhé světové války se usadila v USA, kde dodnes žije a tvoří jako sochařka a arteterapeutka. Je autorkou výrazu „sublimace prostřednictvím výtvarného projevu“. Její první práce byla věnovaná arteterapii s dětmi – Art as therapy with children (1972). V práci zdůrazňuje svůj cíl přes výtvarnou expresi dětí posilnit jejich ego a smysl pro vlastní identitu. Bylo to aktuální u dětí emigrantů z fašistické Evropy, s nimiž během války pracovala.

Začátky arteterapie mají však své kořeny mnohem starší, než je sám výraz „art therapy“. Sahají až do 18. a 19. století a souvisí nesporně s psychopatologií schizofrenie. Myšlenka terapeutického využití výtvarné produkce vznikla na základě zájmu odborníků o tvorbu duševně nemocných.

Byly určeny dvě zásady zkoumání výtvarného výrazu duševně nemocných:

- duševně nemocní malují jinak než zdraví,
- charakter jejich výtvarné tvorby se mění podle druhu a vývoje nemoci.

Na tyto výzkumy ve dvacátých letech 20. století navázal německý psychiatr Hans Prinzhorn v Heidelbergu, který shromáždil práce svých pacientů do rozsáhlé sbírky. Ta však byla za druhé světové války částečně zničena. Práce, jež stihl ukrýt na půdě kliniky, se staly základem stálé sbírky, která byla prezentována na výstavách po celém světě.

Roku 1922 Prinzhorn publikoval svoji práci *Bildneri der Geisteskranken*. Její vydání způsobilo velký růst zájmu o problematiku psychopatologické tvorby v dalším desetiletí. Zájem narůstal zejména mezi profesionálními umělci, psychology, pedagogy a historiky umění.

Francouzský malíř Jean Debuffet po druhé světové válce poprvé použil výraz „l'art brut“ – hrubé, neškolené umění. Vydal manifest, v němž prezentoval názor, že „západní kultura nemá pravdu, když hodnotí pomatenost duševně nemocných jako negativum“. Tvrdil, že tato kultura přináší mnoho pozitivního a že „jí není mnoho, ale příliš málo“ (s. 371). V roce 1975 založil Debuffet muzeum duševně nemocných v Lausannem, skládající se z 15 tisíc exponátů. Jeho součastníci, umělci Paul Klee, Paul Eluard, vyzývali odborníky své doby, aby brali vážně „umění dětí a bláznů“ (in Kunst und Wanh 1997).

V téže době si rakouský psychiatr profesor Leo Navratil uvědomoval, že stále přetrvává názor tabuizovat duševně nemocné a jejich tvorbu. Své pacienty začal diagnostikovat pomocí kreseb a maleb, pod vlivem prací Karen Machoverové, americké autorky, která tvrdila, že kresba lidské postavy odkrývá psychické rozpoložení autorů. V psychiatrické léčebně v Vídni založil Navratil Dům umělců – Gugging.

Viktor Löwenfeld (1982) pracoval především s nevidomými a slabozrakými dětmi. Svým výzkumem dokázal, že populace se dělí na haptické a vizuální typy.

V současnosti zažívá arteterapie svůj rozkvět nejen v USA, Velké Británii, Francii a Německu, kde v posledních desetiletích vzniklo množství institutů i univerzitních programů pro studenty denního i dálkového studia, ale i ve státech bývalého socialistického tábora a i v zemích třetího světa. Svědčí o tom i zprávy, které vydává organizace International Networking Group of Art Therapist (Šicková-Fabrici 2002).

#### *5.1.4 Arteterapie v České republice a na Slovensku*

Na Slovensku byla arteterapie součástí studia léčebné pedagogiky na Pedagogické fakultě Univerzity Komenského od roku 1967. Po nástupu „normalizace“ bylo studium na dvacet let násilně přerušeno. Prvním vysokoškolským pedagogem arteterapie byl doc. Roland Hanus, akademický malíř, který je i autorem textů o arteterapeutických technikách (1984). V současnosti v Bratislavě sdružuje odborníky různých oborů souvisejících s arteterapií (léčebné/speciální pedagogy, psychology, psychiatry, výtvarníky...) organizace Terra terapeutica. Od roku 2002 organizuje ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Komenského v Bratislavě, Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích a Českou arteterapeutickou asociací krátkodobý jednoletý pilotní kurz s předpokládaným pokračováním v dalších letech.

V ČR vznikl Ateliér arteterapie v roce 1990 při Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích (tzv. rožnovská arteterapie). Založil ho a deset let vedl dnes už nežijící pedagog, malíř a hudebník PhDr. Milan Kyzour. Základem pro jeho arteterapeutický přístup, který se dá nazvat i projektivní či intervenční arteterapie, byla mnoholetá terapeutická pedagogická zkušenost s výtvarným vedením dětí všech kategorií, jakož i dlouhodobá terapeutická práce s pacienty neurologického úseku psychiatrického oddělení v Českých Budějovicích.

Rožnovská arteterapeutická škola je koncipována jako výcviková, předpokládající zážitkovou analýzu ve skupině. Klade důraz na praktickou zručnost studentů, aplikování poznatků v konkrétní práci s artefaktem v klinickém prostředí nebo v oblasti speciální a léčebné pedagogiky. K interpretaci se využívají zadaná témata, která jsou zpracována formou akvarelu a koláže a tzv. akčním akvarelem.

Arteterapii se věnují i další česká pracoviště, je možno studovat ji rovněž v Praze a Brně. Česká arteterapeutická asociace si klade za cíl vytvářet vhodné podmínky pro

národní a mezinárodní odbornou komunikaci v arteterapii, organizovat vzdělávací aktivity a výcviky v arteterapii, rozvíjet výzkumnou a publikační činnost, připravovat profesní statut. Asociace organizuje od roku 1998 pětiletý komunitní sebezkušenostní výcvik. Pro seznámení s arteterapeutickými technikami pořádají různé instituce dílny a kurzy, které by však měly být akreditovány nebo alespoň registrovány Českou arteterapeutickou asociací (Šicková-Fabrice 2002).

### 5.1.5 *Formy arteterapie*

Arteterapii lze aplikovat formou:

- individuální terapie
- skupinové terapie
- rodinné terapie
- partnerské terapie

#### Individuální arteterapie

Při individuální arteterapii má klient terapeuta k dispozici jen pro sebe, navazuje úzký kontakt, vzniká tak intenzivní emocionální zážitek styku s chápajícím člověkem (Pogády a kol. 1993).

Hornáková (1999) se domnívá, že individuální terapie je vhodná pro klienty, jejichž problém vyžaduje celou pozornost terapeuta nebo jejichž chování ve skupině by působilo rušivě, odstrašujícím způsobem a mohlo by mít pro druhé klienty negativní následky (např. agresivita, negativní vůdcovství, psychotické projevy). Zpočátku vyžadují individuální arteterapii např. hyperaktivní, nebo naopak anxiózní děti.

#### Skupinová arteterapie

Skupinová arteterapie je formou arteterapie náročnější hlavně pro arteterapeuta. Má však řadu výhod (Liebman 1984):

- sociální učení probíhá rychleji a intenzivněji,
- lidé s totožnými nebo podobnými problémy se mohou podpořit a cítit sounáležitost,

- zpětné vazby členů skupiny jsou podnětné pro každého jednotlivce ve skupině,
- je vhodnější pro toho, kdo prožívá individuální arteterapii příliš intenzivně,
- je demokratičtější, protože moc i odpovědnost se dělí,
- má ekonomický efekt, za tentýž čas se pomůže více lidem.

Nevýhody skupinové arteterapie vidí tatáž autorka v tom, že:

- hůře se dosáhne diskrétnosti než při individuální arteterapii,
- skupinu je těžší organizačně zvládnout,
- vyžaduje větší pohotovost a obratnost terapeuta,
- každému jednotlivci v rámci skupiny se věnuje méně času,
- skupina může dostat „nálepku“ nebo stigma.

Podle Hornákové (1999) lze ve skupinové terapii zařadit cvičení a techniky, které jsou dynamičtější a zajímavější.

#### Rodinná arteterapie

Současní němečtí sociologové označují naši dobu jako „společnost bez otců a matek“. Absence jednoho rodiče v rodině, neúplné rodiny – to je realita dnešní společnosti. Arteterapie, intervence prostřednictvím umění, má v oblasti kompenzace nedostatečné citové výchovy, stejně jako v diagnostice problémových jevů v rodinné terapii, široké uplatnění. Jedinečné a specifické jsou pro rodinu generační rozdíly mezi jejími členy. Hlavním cílem rodinné arteterapie je posílení přiměřených postojů k životu, akceptování osobních potřeb a očekávání členů rodiny.

Rodinná arteterapie zahrnuje širokou škálu problémů, jež se týkají všech generací. Jsou to problémy v rodinách s dětmi předškolního i školního věku, s teenagery, s budoucími rodiči, s rodiči ve středním věku, s třígeneračními rodinami, s ovdovělými muži a ženami, s neúplnými rodinami, s rodinami s dětmi z více manželství. Cíl rodinné arteterapie je také nastavit lepší komunikaci v rodině ve snaze spolupracovat na řešení konfliktů, v sebeidentifikaci, ve větší autonomnosti členů rodiny, v možnosti spontánního vyjádření svých emocí. Často se rodinný arteterapeut snaží prostřednictvím

arteterapeutické intervence přinést více radostných zážitků do rodinného života klientů (Šicková-Fabrici 2002).

#### Partnerské arteterapie

Arteterapeutka Harriet Wadesonová (1980) navrhuje v partnerské, resp. manželské arteterapii použít techniky společného kreslení nebo malování obrázků.

Arteterapeutické kreslení zviditelní jejich představy, problémy, očekávání, která mají jeden vůči druhému a svému vztahu. Symboly v kresbách abstraktního obrazu manželství mohou napovědět o podobných prožitcích partnerů či o paralelách v jejich představách, jež mají o svých partnerech, nebo naopak vypovídají o rozdílnostech v jejich nadějích a očekáváních. Následně mohou být základem rozhovoru partnerů s terapeutem o problémech v rámci partnerství, mohou je vést k řešení nebo i k vyřešení konfliktu, nedorozumění či krize (Šicková-Fabrici 2002).

#### 5.1.6 Arteterapeutické techniky

Arteterapeutické techniky v základu dělíme na:

- aktivní – zahrnuje různé výtvarné disciplíny (kresba, grafika, malba, sochařství, keramika, textilní a kombinované techniky, pracovní činnost, pohybové projevy, divadlo, tanec, happening, organizovaný umělecký zážitek)
- pasivní – zájem klientů o hudbu, film, poslech, projekce apod.

Při arteterapeutických činnostech pracujeme buď na ploše (např. malování, kreslení, grafiky, koláže, mandaly, práce s papírem) nebo v prostoru (např. modelování, keramika, práce se dřevem).

Účelem výtvarných technik je:

- usnadnění klientům vyjádřit jejich pocity,
- rozpoznat některé (jinak těžko přípustné) osobnostní rysy klientů,
- během výtvarného vyjadřování dochází k mimovolnému slučování vědomých a nevědomých tendencí,

- klient objevuje své tvůrčí schopnosti a vlohy, může si výrazně posílit sebevědomí,
- spontánní tvorba obohacuje naši tvořivost, podporuje sebeuzdravování (Šicková-Fabrici 2002).

### 5.1.7 Arteterapeutické metody

Šicková-Fabrici (2002) uvádí následující dělení arteterapeutických strategií:

- imaginace
- animace
- koncentrace
- restrukuralizace
- transformace
- rekonstrukce

#### Imaginace

Představitivost, imaginace, fantazie má pro arteterapii velký význam. Imaginace má totiž mnoho společného s vnitřním světem člověka, je jakýmsi zprostředkovatelem mezi světem hmotným, fyzickým a světem duchovním.

Představy člověka zobrazují jeho aktuální emoční stav, jeho momentální problémy. V představách se projevují tvořivé schopnosti člověka, ale i jeho obavy a touhy. Metoda imaginace je vhodná pro lepší sebepochopení, pro uvolnění emocí, pro vyjasnění postojů k sobě i k druhým lidem. Obrazy, tvary, použité barvy mají diagnostickou podobu – vypovídají o tom, zda je proces patologický, nebo naopak proces uzdravování.

Řízená imaginace je někdy nazývána i vizualizací. Strategie vizualizace jsou totožné s řízenou imaginací. Je používána nejen k terapeutickým účelům, ale i k diagnostice (Allan 1978). Tuto metodu aplikovali britští arteterapeuti v diagnostice možného zneužívání dětí. Kladli důraz na relaxaci, vizualizaci, kreslení a následný rozhovor o kresbě.

### Animace

V arteterapeutickém procesu, zejména ve fázi rozhovoru o nakresleném, je vhodné zejména u dětí využívat animaci. Je to vlastně rozhovor v třetí osobě, kdy se arteterapeut nebo klient identifikují s věcí či postavou z obrázku klienta a hovoří jejich jménem. Dítě může takto zprostředkovat informaci o sobě nepřímo, bez zábran. Animace pomůže arteterapeutovi dozvědět se o klientovi a jeho potřebách víc, než kdyby se to dělo přímo. Dítě takto komunikuje efektivněji, protože má zábrany o svých problémech hovořit, ale ústy někoho jiného verbalizuje svůj problém. Kresba s následných rozhovorem, uskutečněným pomocí animace, se může stát komunikačním mostem mezi terapeutem a klientem. V případě dětského klienta tak může terapeut zprávu od dítěte lépe zprostředkovat rodičům (Šicková-Fabrici, 2002).

### Koncentrace – mandaly

Mandala znamená svatý kruh – střed. Mandala je tušení středu osobnosti, určitý centrální bod uvnitř duše, k němuž se všechno vztahuje, podle kterého je všechno uspořádáno (Jung 1962). V arteterapii je mandala pomůckou ke koncentraci a meditaci.

Člověk byl odpradáвна fascinován kruhem. Vyskytuje se nejen ve východních náboženstvích, ale i v křesťanství, např. v podobě rozetových oken v chrámech, jež přitahují zrak a vedou pozorovatele do stavu „bázně, harmonie, úcty a jásavé radosti“ (Fischer 1997). Ve středověkých evropských chrámech jsou často na dlažbě znázorněny kruhové labyrinty, jež jsou metaforou cesty k Bohu. Tibetská mandala slouží jako pomůcka k meditaci a je vytvořena z barevného písku. Indická mandala vyjadřuje mikrokosmos ideální reality (Šicková-Fabrici 2002).

### Restrukturalizace – Strom života

Šicková-Fabrici (2002) uvádí pod metodou restrukturalizace techniku, kdy se obrazy vytváří ze starých střeplů. Fragmenty se poskládávají do nové podoby, nového obrazu, nové struktury a snaží se najít nový smysl, akceptovat jej.

## Transformace

Technika transformace se využívá hlavně při práci se studenty arteterapie nebo s dospělými klienty. Spočívá v transformování pocitů z vnímání jednoho druhu uměleckého média do oblasti jiného (např. transformace textu do výtvarné podoby, malba při hudbě, prstomalba na hudbu, transformace výtvarného díla na hudební nebo pohybové, transformace hmatových jevů a pocitů na vizuální výtvarnou reflexi.

## Rekonstrukce

Tato technika je zajímavá pro všechny věkové kategorie a typy postižení. Nejjednodušší formou je dokreslovaná koláž. Dále se může využít fragmentů obrázků různé architektury, kdy se dotváří prostor. Technika rekonstrukce se může využít i v plastické podobě, např. hlína se rozdělí na kusy a snažíme se s klienty vytvořit postavu, o které se může dále diskutovat, vymýšlet příběhy apod.

### *5.1.8 Arteterapeutické hry s důrazem na haptické zážitky – terraterapie*

Terraterapie je termín, který zazněl již v kapitole o teoretických východiscích arteterapie, kde byl popsán spíše jeho filozofický náboj. Níže uvedeme některé konkrétní aktivity s hlínou, které jsou indikovány pro všechny věkové skupiny – pro děti, dospívající, dospělé i pro seniory – i pro nejrůznější typy postižení a poruch.

## Modelování z hlíny v arteterapii

Hlína je jedinečné médium nejen v umění, ale i v arteterapii. Od prvopočátku fascinovala člověka. Je to materiál v prapůvodním smyslu slova archaický. Z hlíny byl podle bible stvořen člověk dle obrazu Stvořitele, a právě tímto aktem Bůh vložil do člověka i touhu a potřebu vytvářet v dalším tvořivém řetězci svůj obraz. Právě hlína, z níž člověk vzešel a do níž se jednou navrátí, je velmi vhodným materiálem pro aplikaci v arteterapii. Mysterium stvoření je podobné tajemství tvorby, ať už je tvůrcem profesionální sochař nebo postižené dítě.

Prostřednictvím modelování figur, zvláště když jde o modelování vlastní postavy, může arteterapeut diagnostikovat různé postoje klientů k sobě, k okolí, ke svým problémům.

Práci s hlínou s mladými narkomany popsal H. Petzold (1991). Zdůrazňuje její terapeutický potenciál, který tkví v přeformování autoagresivních impulzů drogově závislých, kteří namísto vpichování drogy odevzdávají tyto agresivní podněty do hlíny.

Hlína je vhodná v rámci rodinné arteterapie, kde se prostřednictvím rodinných soch a jejich konstelací v rámci modelování členů rodiny může arteterapeut dozvědět mnoho cenných informací. Pomůže mu to lépe poznat rodinnou dynamiku, hierarchii autorit v rodině.

Hlína jako arteterapeutický materiál a aktivity s ní – házení, mačkání, tvarování, ruční modelování, přemodelování, otiskování jsou vhodné:

- jako prolomení bariér strachu,
- jako materiál nahrazující verbální komunikaci,
- pro eliminování agresivního chování,
- pro rozvíjení představivosti, trojdimenzionálního vnímání,
- pro vytváření prostoru pro nadhled jako zázemí pro změnu postojů k sobě i k ostatním.

Práce s hlínou:

- posiluje sebevědomí,
- je médiem kompenzace chybějícího, resp. poškozeného smyslu (nevidomí, slabozrací),
- působí relaxačně a rehabilitačně u lidí s narušenou jemnou motorikou,
- mentálně handicapovaným dětem dává možnost konkrétního tělesného vnímání a tím pochopení mnohých souvislostí, které jsou pro ně v grafické nebo verbální formě složitou abstrakcí.

Když hledáme v arteterapii most mezi výtvarnými projevy zdravých a postižených, bude zcela určitě v oblasti haptické, a ne ve vizuální. „Optický přístup k prostoru v sobě

skrývá nebezpečí, že sklouzne po povrchu, naproti tomu perspektiva haptického prostoru je perspektivou hodnot.“ (Blažek, Olmrova: Krása a bolest, 1986)

Mnoho psychologů a arteterapeutů tvrdí, že existuje přímý vztah mezi dotykem a duševním zdravím. Nedostatek dotyků vede k depresi, ztrátě chuti k jídlu, k apatii a útlumu životních pochodů. Potřeba dotyků, hmatových podnětů, byla odborníky prokázána především u dětí a starých lidí. Velmi vhodný způsob, jak stimulovat hmatovou citlivost nebo kompenzovat už v minulosti zanedbaný deficit hmatových vjemů, může být právě modelování z hlíny.

### Házení hlíny

Je vhodné pro děti předškolního věku, anxiózní a autistické děti, děti s narušenou jemnou motorikou. Terapeut vytváří kousky hlíny o velikosti pomeranče, ohřeje je ve svých rukou a hází je postupně dětem. Děti si cvičí vizuálně-motorickou koordinaci, jsou postaveny před situací, kdy musí chytit do rukou něco, co je pro ně neznámé, z čeho mají strach. Často se bojí, že se znečistí. Proces znečištění a následného umývání nese v sobě diagnostický i terapeutický náboj. Touto hravou formou nakonec hlínu vždy akceptují.

### Modelování prsty

Vhodné pro děti mladšího školního o předškolního věku, anxiózní nebo autistické děti. Na podložce se vyválí asi dva centimetry silná vrstva keramické hlíny. Povrch je třeba zarovnat do hladka. Děti potom vedeme, aby pomocí otláčování prstů vytvářely reliéfní mozaiku. Vytvářejí např. lístky květu, sluníčko, cesty, domečky, stromy atd.

### Masáž prstů, masáž dlaní

Na stole vytvoříme z keramické hlíny velký koláč o průměru přibližně jednoho metru a tloušťce dvou až tří centimetrů. Děti se postaví okolo stolu, položí si ruce na hlínu a na vyzvu terapeuta začnou nejprve jemně, pomalu bubnovat konečka prstů po stole. Postupně se bubnování zrychluje a bubnují celé dlaně. Intenzita bubnování se zvyšuje, prokrvení prstů a dlaní se zvětšuje. Doporučuje se kombinovat masáž se zpíváním rytmické písně nebo posloucháním rytmické hudby.

### Otištění dlaní, chodidel

Na rovné podložce se vytvoří hladká plocha z keramické hlíny. Hlína nesmí být příliš měkká, neměla by se lepit dětem na ruce a nohy. Děti vedeme k tomu, aby si do ní otiskovaly dlaně a chodidla. Později se snaží vytvořit struktury nebo tvary, které jim otisky evokují (např. motýl, květy, slunce, atd.).

### Modelování nádoby

Nádoba a její zrod je činnost arteterapeuticky velmi cenná. Modelování nádoby je vhodné pro děti i pro dospělé klienty. Nádoby můžeme vytvořit pomocí tvarování, z válečků, z kuliček nebo točením na kruhu.

### Otisk přírodních tvarů a struktur

Tato činnost je vhodná pro skupinu dospělých i dětí staršího školního věku. Dá se aplikovat tam, kde klienti mohou lehce přejít z ateliéru do přírody, do parku nebo lesa. Každý dostane do ruky kousek keramické hlíny, klienti jsou vyzváni, aby se rozešli po lese nebo parku a každý si otiskl do svého kousku hlíny nějakou přírodní strukturu.

### Lidská postava

Modelování figury ať už vlastní nebo cizí, je technika vhodná pro jednotlivce i pro skupinovou formu arteterapie. Obvykle se modelují figurky cca 25 cm vysoké, může to být postava ležící, sedící nebo stojící. Dynamika nebo statika figurky může odrazit momentální stav klienta nebo jeho typicky postoj.

### Další možné techniky modelování:

- modelování sebe jako batolete,
- modelování společné krajiny,
- modelování společného těla,
- modelování masky.

(Šicková-Fabrici 2002)

## 5.2 Barvy v arteterapii

*Barva je něčím víc než jen zbarvením světa kolem nás a v nás.*

*(J. Baleka)*

Barvy mají v arteterapii psychologický, estetický a kulturní význam. Je prokázán vliv barev a barevných kombinací na fyzické a psychické zdraví člověka. Barva v arteterapii představuje také intenzitu a stav emočního života.

V kontextu arteterapie je třeba znát zákonitosti vnímání barev, zákonitosti psychologického působení barev, ale i vlastnosti barev, jako je teplo a chlad, světlost a tmavost. Je třeba se také orientovat v kategorii základních a doplňkových barev.

Základní barvy jsou červená, modrá a žlutá. Doplňkovými barvami jsou k nim zelená, oranžová a fialová. Barevný kontrast vzniká, když na jednu plochu položíme dvě barvy vedle sebe. Zákonitosti míchání a řazení barev rozpracoval detailně německý pedagog Johannes Itten.

Jestliže si je arteterapeut vědom komplementárního pravidla barev, jeho schopnosti diagnostikovat přes barevný výtvarný produkt se zvyšují. Dokáže totiž v barevných kombinacích obrázku klienta rozeznat harmonii a naopak nesoulad.

### Symbolika barev

#### Barva bílá

Symbolizuje čistotu, ale i nevinnost a naivitu

#### Barva černá

Je opakem bílé, je barvou tajemna, smutku, askeze. Výlučné používání černé barvy ve výtvarném projevu zejména u dětí obvykle signalizuje prožité trauma, deprese.

### Barva červená

Je barvou vitality, života, síly, požáru, revoluce. Červenou barvu mají v oblibě ve svých malbách hlavně hyperaktivní děti a děti agresivní. V mladším věku je to barva, kterou rády preferují všechny děti. Červená barva taktéž podporuje sexualitu.

### Barva růžová

Je jemnější kvalitou červené. Symbolizuje lásku. Je barvou nezralosti nebo naivity. Hledět na svět přes „růžové brýle“ znamená jej vidět hezčí, než je. Růžová je také barvou těla. V malbách může být používána lidmi s fyzickými příznaky způsobenými nemocí nebo stresem.

### Barva modrá

Modrá barva patří k tzv. chladným barvám. Je barvou nebe a moře, ale i konzervatismu a povinnosti, sebepozorování. Je také nazývána barvou matky. V kontextu diagnostických možností barev se právě modrá jeví jako velice významná. Pokud se použije na místech, kde je neobvyklá, může upozornit terapeuta na prožité trauma v souvislosti s rodinou. V psychoanalytickém kontextu vyjadřuje vztah s matkou. „Modrou jako by člověku bylo dáno něco, co je jen on sám, modrá je zrcadlem jeho nitra a dvojité podstaty jeho bytosti. V modré barvě – jako v žádné jiné – poznává sebe: uchvácený a zděšený.“ (Baleka 1999)

### Barva žlutá

Žlutá barva je jednou ze základních barev a barvou teplou. Bývá často nazývána barvou levé hemisféry (Muts 1991), podporuje duševní kapacitu člověka. Lidé preferující žlutou barvu bývají jasní myslitelé. Je vhodné ji indikovat zejména dětem s mentálním handicapem.

V psychoanalytickém kontextu je barvou otce. Odpor ke žluté barvě může signalizovat strach nebo neschopnost vniřního pohledu do sebe.

### Barva zelená

Je barvou rovnováhy mezi modrou a žlutou. Podporuje nervový systém. Působí uklidňujícím způsobem, symbolizuje naději a klid. Je to barva lidí se silným sociálním cítěním.

### Barva šedá

Snižuje intenzitu barvy vedle ní ležící, je barvou kompromisu mezi bílou a černou. Společně s černou a hnědou barvou je to barva, již používají ve svých malbách děti v dětských domovech, které prožily trauma, a depresivní klienti.

### Barva hnědá

Je nazývána barvou země a pokory. Hnědá je barvou solidních, trpělivých, spolehlivých a silných jedinců. Hnědou však mají v oblibě i depresivní lidé.

### Barva fialová

Je barvou spirituality. Mnoho autorů ji spojuje s barvou smutku a utrpení.

### Barva purpurová

Je nazývána barvou pompy a císařů z důvodu, že byla velice nákladným způsobem vyráběna z mořských organismů.

### Barva oranžová

Vzniká ze žluté a červené. Je tedy jakoby kombinací životní energie a intelektu. Pomáhá mobilizovat lidi, kteří upadli do letargie a depresí. Oranžová je „sociální barva“, barva extrovertů, barva mládeže, síly, nebojácnosti (Šicková-Fabrici 2002).

### 5.3 Využití arteterapie u osob postižených poruchami autistického spektra

Arteterapeutický program je pro některé děti s autismem velmi přínosnou součástí výchovy a vzdělávání, podporuje rozvoj řady mentálních funkcí. Význam pro psychický rozvoj má sám proces tvoření, který umožňuje sebevyjádření (děti mluvící i nemluvící), navozuje příjemný pocit uvolnění a přináší radost z výsledku. Skupinová a individuální arteterapie využívá různé výtvarné techniky, které jsou přizpůsobené věku, schopnostem a individuálním preferencím dětí. Z množství výtvarných technik se nejčastěji využívá tematická nebo volná malba, kašírování, koláž, jednoduchá grafika (linoryt), vosková batika. Některé děti bez tvořivého potenciálu mohou postupovat podle naučených strukturovaných šablon, které jim přináší stejnou radost jako dětem, které pracují s kreativitou. Mnoho dětí s poruchou autistického spektra kreslí velmi originálně a za jejich díla by se nemusel stydět ani akademický malíř (Thorová 2006).

U této populace, kde absentují sociální vztahy, vážne nebo úplně chybí verbální komunikace a vzory chování jsou velmi omezené, kde je tělesný kontakt často odmítán a v projevech dominují stereotypy a rituály, má arteterapie široké pole působnosti. Autistickým dětem se věnuje ve svých pracích Nesnídalová. Uvádí některé příklady mimořádných výtvarných schopností autistů, podobě jako Sacks (1997).

„Extrémní autistická osamělost“ – jak nazval tento fenomén americký dětský psychiatr L- Kanner v roce 1943 – je výstižným vyjádřením hlavního problému této populace. Jakkoli příčina poruchy stále není dostatečně objasněna, je dnes známo, že jde o vrozenou neschopnost vytvořit obvyklý, biologicky podmíněný kontakt s lidmi.

Typickým jevem jsou také často se promítající stereotypní zájmy do kresebného projevu. Někdy je stereotypním a pervazivním zájmem kreslení samo. Ve své praxi jsem se s tímto jevem setkala velmi často, děti kreslily stále dokola vlaky, slony, vysavače, rakety atd atd. Thorová (2003) uvádí ve svém výzkumu *Analogické hry a projevy dětí s poruchou autistického spektra* u oddílu *výtvarná hra* následující závěry : „Setkáváme se s dětmi, které kreslí nerady, mají ke kresbě neutrální vztah nebo kreslí s velkým zaujetím. Výkony některých dětí jsou výrazně opožděné, jiné lze považovat za fenomenální. Některé děti kreslí méně často, u jiných se jedná až o obsesivní zaujetí kresbou a kreslením vyplňují veškerý svůj volný čas.“

Charakteristiky v kresbě svědčící pro diagnózu poruchy autistického spektra:

- stereotypní prvky,
- smysl pro detail,
- několikaměsíční ulpívání na tématu (televize, pravěk, města, zvířata apod.),
- specifické zájmy (vesmír, dinosauři, dopravní prostředky apod.),
- zvláštní (idiosynkratické) náměty (př. ptáci připojení do zásuvky),
- odpor k určitým tématům v kresbě,
- psaní písmen, číslic, seznamů, tramvajových zastávek atd.,
- kreslení plánů, map,
- dva a více let rigidní způsob kresby (stejný způsob kresby postavy, domečku, stejný výběr tématu pro několik let),
- zvláštní rozpadlý způsob kresby, dítě nectí kompozici, přemalovává témata přes sebe, písmo je často zcela nečitelné. S podobným způsobem kresby se můžeme setkat u psychotických poruch nebo u některých organických postižení CNS.
- Dítě nekreslí kresby s obsahem (neznázorní předmět), kreslí jen pruhy, kostky, čáry, kruhy (viz příloha 1) apod. Kresby bez námětu poukazují na obtíže dítěte se symbolickým ztvárněním tématu. Nechuť ke kresbě může být způsobena hyperrealistickým uvažováním, kdy se dítě nemůže smířit s myšlenkou, že obrázek neodpovídá skutečnosti. Kresba se obvykle vyznačuje určitou precizností provedení. Často se dítě ani jiným tématům nevěnuje. Pokud existuje kresba s námětem, bývá chudá, často ve stereotypním nebo infantilním provedení.
- Zvláštní způsob kresby lidské postavy. Kresby postavy mohou být spojované vždy s předměty zájmu, postavám chybějí určité části, mají zvláštní podobu, postavy člověka jsou zaměněny za jinou postavu nebo zvíře nebo dochází k přenášení lidských atributů na věci a k antropomorfizaci. Patří sem také stereotypní provedení kresby postavy, kdy kresba postavy je stále stejná, prováděná několika jednoduchými tahy, obvykle má jednodimenzionální končetiny, jednoduché schéma a chybí jim detaily (viz příloha 10).
- Kreslení příběhů, psaní knih, složitě propracované obrázky – typický jev pro Aspergerův syndrom (viz přílohy 3-5)

(Thorová 2006)

### 5.3.1 Práce s hlínou

Při modelování z hlíny, kterému se v začátcích autistické děti často brání, je cílem hmatová senzibilace a možnost reflexe nahromaděných pocitů. Při neochotě autistických dětí dotknout se hlíny se opakovaně používá princip zprostředkovaného dotyku a házení hlíny (Šicková-Fabrice 2002).

### 5.3.2 Vliv barev u osob postižených autismem

Jak je uvedeno v charakteristickém chování osob postižených autismem, vyžadují ve svém životě a jednání pevný řád, jakékoliv vybočení ze stereotypu může vyvolat změny v chování. Toto platí i u vlivu barev na tyto osoby.

Velmi zajímavým způsobem popisuje vliv barev na psychiku autistického chlapce ve své knize Mark Haddon (2003). Uvádí například kladný vztah chlapce k červené barvě a naopak odpor k barvě žluté. Chlapec odpovídá na dotaz psychologa: "4 červená auta v řadě za sebou znamenají dobrý den, 3 červená auta v řadě za sebou znamenají celkem dobrý den a 5 červených aut v řadě za sebou znamená super dobrý den. 4 žlutá auta v řadě za sebou znamenají špatný den, což je den, kdy s nikým nemluším, sedím sám a čtu si knihy, nesním oběd a neriskuji"

Česká terapeutka Slámová (2000) uvádí zajímavé pozorování barveného vyjádření u pacientů s poraněním mozku. Píše, že tito pacienti preferují barevné kombinace černo-zelené. Tato kombinace podle zmíněné autorky vyjadřuje regres a zároveň negativismus. Šicková-Fabrice (2002) uvádí, že se ve své praxi setkala s dominancí zeleno-černé kombinace právě v malbách sedmiletého autistického chlapce.

## 6 Experimentální část

### 6.1 Úvod do průzkumu

V této části diplomové práce bylo cílem zjistit zájem osob s poruchami autistického spektra o nejrůznější formy arteterapie a vliv arteterapie na abnormality chování těchto osob. Průzkum byl prováděn prostřednictvím strukturovaného rozhovoru, který se skládal celkem z 20 otázek. 10 otázek bylo kladeno osobám s poruchami autistického spektra (1. skupina), 10 otázek osobám jim blízkým (rodiče, opatrovníci, vychovatelé a asistenti – 2. skupina).

### 6.2 Cíle průzkumu

Jak už vyplývá z názvu závěrečné diplomové práce „*Arteterapie u osob s poruchami autistického spektra a její vliv na abnormality chování*“, hlavním tématem průzkumu byla otázka, jestli využívají dotazovaní respondenti různé druhy arteterapie a jak arteterapie ovlivňuje abnormality chování osob s poruchami autistického spektra.

Do programu byli zařazeni jedinci s různými formami poruch autistického spektra v celkovém počtu 11 a dalších 10 osob jim blízkých. Průměrný věk dotazovaných respondentů byl 14,1 let. Nejmladšímu respondentu bylo 5 let, nejstaršímu 33 let.

Otázky byly zaměřeny na zjištění využití arteterapie, na subjektivní hodnocení tohoto využití u osob s poruchami autistického spektra a na posouzení vlivu arteterapie na abnormality chování těchto osob.

### 6.3 Popis průzkumné metody a zdůvodnění jejího výběru

Průzkum byl zahájen v květnu 2007 a ukončen v červnu téhož roku. Zkonstruovaný strukturovaný rozhovor byl tvořen 20 jednoduchými otázkami (viz. kap. 6.4. Položky strukturovaného rozhovoru), které byly kladeny při osobním setkání s

respondenty. Při tvorbě tohoto strukturovaného rozhvoru byly jednotlivé otázky i jejich posloupnost voleny s ohledem na mentální úroveň respondentů.

Oslovení a instrukce určené respondentům objasňující účel, k němuž anketa slouží a za jakým účelem budou data zpracovávána, byla zmíněna vždy při prvním kontaktu s respondenty, s vyžádáním souhlasu ke zpracování dat a případné publikaci prací respondentů.

Analýza získaných dat byla provedena pouze procentuálně a dvojitým způsobem. První vyhodnocení bylo provedeno systémem grafů vždy ke každé otázce a druhé vyhodnocení bylo celkové, pomocí tabulek dle odpovědí dotázaných respondentů .

#### **6.4 Položky strukturovaného rozhvoru**

Respondenti odpovídali níže uvedené otázky. Na některé položky bylo možno odpovědět pouze ANO či NE.

*Jednotlivé položky rozhvoru:*

Seznam otázek pro respondenty 1. skupiny (osoby s poruchami autistického spektra):

1. Maluješ rád/ráda?
2. Co maluješ nejradši?
3. Pracoval/a jsi někdy s keramickou hlinou?
4. Pokud ano, líbilo se ti to?
5. Máš rád/ráda vystřihování obrázků?
6. Skládáš / lepíš rád/ráda tyto obrázky do dalších obrázků?
7. Jakou máš oblíbenou barvu?
8. Chodíš do nějakého výtvarného kroužku?
9. Máš to tam rád/ráda?
10. Co rád/ráda děláš ve tvém volném čase?

Seznam otázek pro respondenty 2. skupiny (osoby blízké):

1. Maluje .... rád/ráda?
2. Když maluje, projevují se u něj/ní nějaké abnormality chování?
3. Má rád/ráda práci s keramickou hlínou?
4. Když pracuje s keramickou hlínou, projevují se u něj/ní nějaké abnormality chování?
5. Vystřihuje rád/ráda?
6. Vyrábí rád/ráda koláže?
7. Když vystřihuje nebo vyrábí koláže, projevují se u něj/ní nějaké abnormality chování?
8. Co rád/ráda... dělá ve svém volném čase?
9. Vyzkoušel/a nějaké jiné, výše neuvedené, druhy arteterapie?
10. Projevují se u .... v běžném životě nějaké abnormality chování? Jaké?

## 6.5 Popis a kasuistika probandů

### Z.V., 33 let

- **Anamnéza:**

V rodině matky schizofrenní zátěž. Asi ve 2 a půl letech se přestala rozvíjet řeč. Od počátku nenavazovala oční kontakt, navázán v době až kolem 25 let. Posledních 10 let se začala projevovat agresivita k okolí, hypoaktivita, výbuchy hněvu. Od 3 let je umístěna ve stacionáři, rodiče si ji brali dříve domů, nyní už ji nezvládají. Pro agresivitu byla v posledních letech opakovaně umístěna v ústavu v Bohnicích. Závěr sociálního šetření z roku 1998 uvádí – eutrofická žena, která není schopná komunikace s okolím, schopna samostatné chůze, je třeba umístit na izolaci, doporučené klecové lůžko.

- **Diagnóza:**

Stav jako po DMO, autismus, epilepsie, imbecilita

- **Pozorování:**

Velmi těžce navazuje oční kontakt, hraje si s prsty HK, pohlíží si ruce, zabavuje se stereotypní a nefunkční hrou. Ráda poslouchá tichou hudbu a tichý zpěv, ráda si prohlíží časopisy a knížky, trhá papírky, které uklízí do koše, ráda vyt'ukává do piana. Z. si začala kreslit až v posledních několika měsících, víceméně jenom čmárá kruhy, ale evidentně se jí to moc líbí.

#### H.P., 12 let

- **Anamnéza:**

Problémový porod, při kterém byly poškozeny nervy pravé HK. V průběhu dětství cvičili Vojtovu metodu, přesto zjevná atrofie, osvobozen od TV.

Zhruba ve 3 letech se začaly projevovat odlišnosti chování od ostatních vrstevníků.

- **Diagnóza:**

Aspergerův syndrom

- **Pozorování:**

Velmi obtížně navazuje kontakt s okolím (s cizími lidmi), chybí oční kontakt, je velmi stydlivý. Velká záliba v kreslení komiksů, každý den nakreslí alespoň jeden.

#### K.P., 11 let

- **Anamnéza:**

Těžký dlouhý porod, kleště. Vývoj bez problémů, abnormality chování se začali projevovat ve školce. Nadprůměrná inteligence omezuje kontakt s vrstevníky.

Hyperaktivita, denně spí maximálně 5 hodin. V rodině žádná psychická onemocnění, má zdravého mladšího sourozence.

- **Diagnóza:**

Aspergerův syndrom, hyperaktivita

- **Pozorování:**

K. je velmi přátelská a chytrá dívka. Při nervozitě a nejistotě se projevují drobné abnormality chování, mává rukama, skáče do řeči, zvyšuje hlas, sklony k hysterii. Velká záliba v malování, píše knihu, kterou pestře ilustruje, má ráda přírodu a zvířata.

P.L., 32 let

- **Anamnéza:**

Narozen z prvního těhotenství, nemá sourozence. Narodil se v USA, kde žili rodiče do jeho 8 let. Pak se přestěhovali do Belgie, kde chodil P. do speciální školy. Rodiče se rozvedli, žije pouze s matkou, značné citové pouto. P. ovládá plynule angličtinu a francouzštinu. Není schopný zapojit se do pracovního života, dochází jednou týdně do pracovní dílny sdružení Rytmus. Práce ho nebaví a pokud ho někdo nazve autistou nebo mu dá najevo jeho odlišnost, přestává s ním komunikovat.

- **Diagnóza:**

Lehká mentální retardace, autismus

- **Pozorování:**

Obtížně navazuje oční kontakt, nejistě se cítí v cizím prostředí, nerad komunikuje s cizími lidmi. Přechází do angličtiny a francouzštiny, uvědomuje si, že je výhodou umět cizí jazyk a cítí se „důležitě“. Snaží se ve všem napodobit svého kamaráda, který za ním často dochází a který tráví s rodinou hodně času. Rád se dívá na filmy, zvláště na ty, které už zná, a pouští si dokola oblíbené pasáže. Nerad čte, pouze si knihy prohlíží. Většinu času tráví u počítače, kde hraje různé hry. Pokud je rozrušen, píše stále jedno slovo, je schopný takto popsat několik stran. Občas se projevuje sebepoškozování, kouše se do ruky.

B.J., 5 let

- **Anamnéza:**

Pozitivní perinatální anamnéza, porod ve 41.t, prolongovaný, hypoxie. Od 06/05 dochází do dětského rehabilitačního stacionáře, velmi dobře adaptován. Od 05/06 se zvýrazňují zvláštnosti v chování a komunikaci ve smyslu prevazivní vývojové poruchy – susp. Atypický dětský autismus. Ve stacionáři i doma zaveden režim fotek, na který

B. dobře reaguje, rychle jej pochopil. Chlapec v kontaktu pozitivně laděný, míra kooperace závislá na aktuálním vyladění CNS.

- **Diagnóza:**

Atypický dětský autismus, aktuální úroveň intelektových schopností v pásmu na hranici lehké a středně těžké mentální retardace

- **Pozorování:**

Poruchy pozornosti, sluchová pozornost s latencemi. Zraková pozornost s obtížemi v orientaci na komplexním zrakovém poli. Hrubá motorika – motorická neobratnost, horší koordinace pohybů. Jemná motorika – neobratná, intenzivní tremor, vážné cílení pohybů, úchop peletky spodní špetkou nebo do 3 prstů, vhadzuje s obtížemi. V posledním období více snaha aktivně verbálně komunikovat, opakovat.

J. K., 6 let

- **Anamnéza:**

Narozen jako třetí dítě rodině, ostatní sourozenci jsou zdraví. Matka si všimla opožděného vývoje kolem 2 roku. J. navštěvuje od 4 let denní stacionář, pro který je pravidelně vypracován individuální výchovně vzdělávací program.

- **Diagnóza:**

Lehká mentální retardace, dezintegrační porucha

- **Pozorování:**

Imituje věty pouze o několika slovech, neimituje pochyby hrubé motoriky, přítomny stereotypní pohyby HK, při radosti stereotypní poskakování a třepání rukama, motorický neklid, nestabilní chůze, vývoj jemné motoriky opožděn, úchop tužky neupevněný, spontánně čmárá bez zájmu několik sekund, není schopen grafomotorické nápodoby, dobře reaguje na pochvalu, je rád mezi dětmi, ale není schopen se zapojit do společné hry, občas s dětmi navazuje nepřiměřený fyzický kontakt.

G.N., 17 let

- **Anamnéza:**

G. se narodila vysokoškolsky vzdělaným rodičům, má zdravého mladšího bratra. Těhotenství i porod byly v pořádku. Samostatně začala chodit až okolo druhého roku. Do tří let nikoho nenapodobovala. K rodičům měla chladný vztah, do čtyř let se nemazlila. Po jednom roku se přestala vyvíjet řeč a teprve okolo třetího roku začala užívat první slůvka. Základní školu absolvovala s asistentem a nyní navštěvuje první ročník speciálního gymnázia s asistentem.

- **Diagnóza:**

V šesti letech diagnostikován Aspergerův syndrom, symptomy v raném dětství typičtější pro dětský autismus

- **Pozorování:**

V kontaktu je velmi spontánní, hovoří velmi impulzivně. Problematicky reaguje na změnu prostředí, má potíže se soustředěním. Motoricky je zdatná, věnuje se i sportu.

D.P., 12 let

- **Anamnéza:**

D. byla dlouho očekávané miminko, těhotenství i porod proběhly bez jakýchkoli komplikací. Okolo třetího měsíce byla diagnostikována lehká hypotonie, v osmém měsíci se zdálo, že se vývoj zpomaluje. V roce již bylo zřetelné, že vývoj není v pořádku. Méně se zajímala o okolí, řeč se neobjevila. Nebylo možné s ní navázat kontakt, nedívala se do očí, nemluvila ani neukazovala. V šesti letech se připojily epileptické záchvaty. V osmi letech nastoupila do speciální školy.

- **Diagnóza:**

Mentální úroveň na rozhraní lehké a středně těžké mentální retardace, autismus, epilepsie

- **Pozorování:**

Nevydrží se dlouho soustředit, rozumí základním pokynům, zajímá se o okolí a naváže oční kontakt. Dle vyjádření asistenta jsou dny, kdy není spokojená, je unavená, pospává, nespolupracuje a nepředvede nic z toho, co umí. Na druhou stranu mívá

období, kdy spolupracuje, komunikuje zrakovým odkazem, na kartičkách vyjádří souhlas – nesouhlas. Má ráda pochvalu.

R.P., 10 let

- **Anamnéza:**

R. se narodil jako čtvrté dítě, těhotenství i porod bez problémů, ostatní sourozenci zdraví. Chodil do běžné mateřské školy a nyní navštěvuje běžnou základní školu. Školní docházku zvládá bez asistenta a bez větších problémů.

- **Diagnostika:**

Aspergerův syndrom, hyperaktivita

- **Pozorování:**

R. je velmi přátelský, živý chlapec bez zjevných abnormalit chování. Dle matky mívá občas záchvaty vzteku, které se projevují máváním rukou a křikem. Velmi rád si povídá, zvláště o vlacích, které jsou jeho velkým koníčkem.

R.CH., 12 let

- **Anamnéza:**

Narozena jako první dítě, nemá sourozence. Vývoj dle matky bez problémů, lehkých abnormalit chování si začala všimnout mezi 3-4 rokem. Mateřskou školu nenavštěvovala, matka zůstala doma a věnovala se R. v domácí péči. Nyní navštěvuje R. běžnou základní školu, docházku zvládá bez asistenta, bez větších problémů.

- **Diagnóza:**

Aspergerův syndrom

- **Pozorování:**

Občas R. neadekvátně vyjadřuje nesouhlas, zavře se do pokoje a nechce komunikovat. Jinak je to velmi chytrá dívka se zájmem malování, kreslení, navštěvuje výtvarný kroužek při ZŠ.

J.Š., 9 let

- **Anamnéza:**

Narozen jako druhé dítě, sourozenec zdravý. Komplikovaný porod, přidušení během porodu, matka měla velké zdravotní problémy. Navštěvoval speciální MŠ a nyní dochází do speciální ZŠ.

- **Diagnóza:**

Lehká mentální retardace, autismus

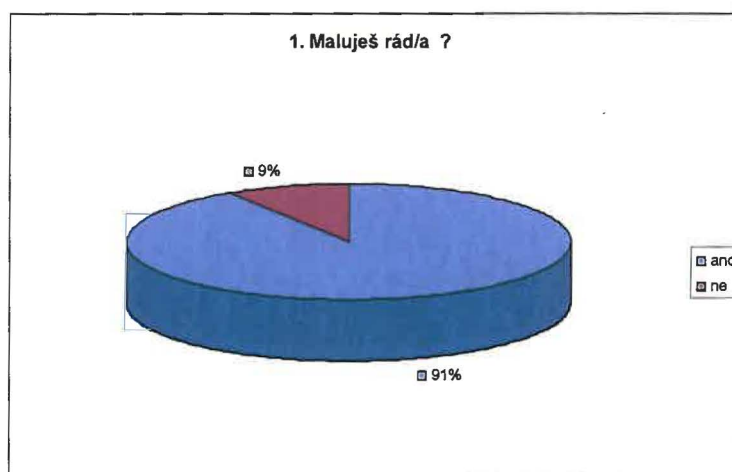
- **Pozorování:**

J. je velmi přátelský chlapec, nereagoval neadekvátně při našem setkání, které proběhlo v přítomnosti jeho matky a v jemu známém prostředí. Velmi se zajímá o vše okolo vesmíru, vesmírných raket. Rád se dívá též na filmy s vesmírnou tematikou a prohlíží si knížky. Ty však není schopen číst, nebaví ho to, nevydrží u nich. Občas má problémy s očním kontaktem. Dle matky mívá záchvaty agrese a má sklony k sebepoškození. Ve škole mívá problémy s pozorností a se soustředěním, nevydrží dlouho u jedné činnosti či tématu.

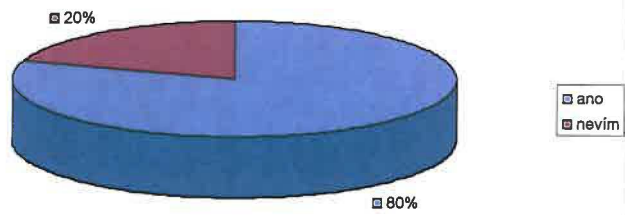
## 7 Vyhodnocení dat

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

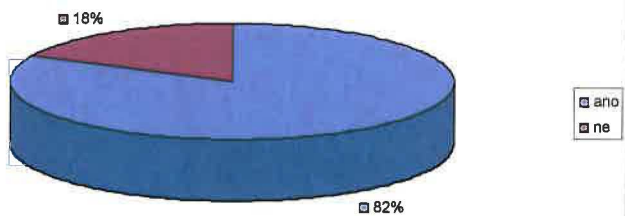
### 7.1 Vyhodnocení 1. skupiny – osob s poruchami autistického spektra



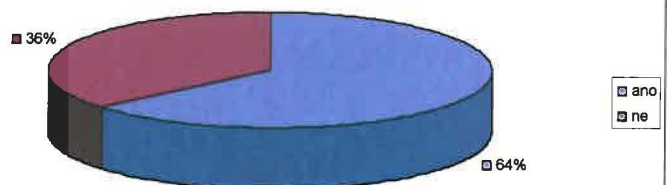
4. Líbila se ti práce s keramickou hlinou?

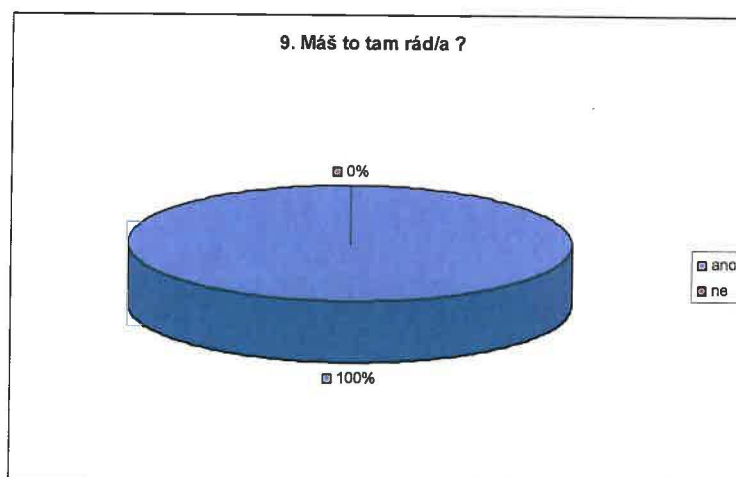
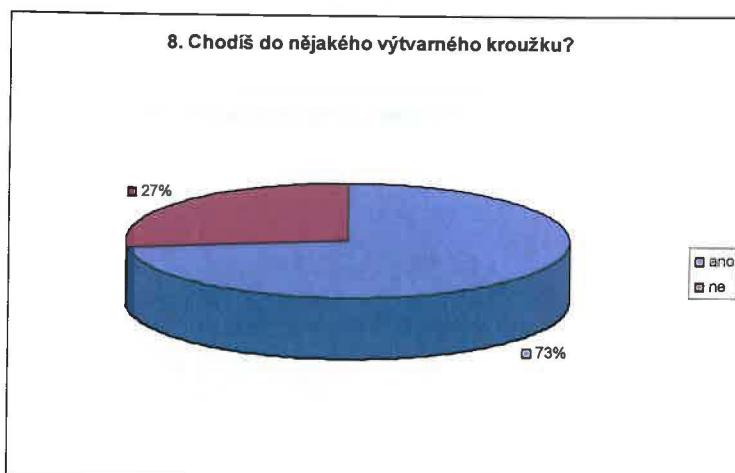


4. Máš rád/a vystřihování obrázků ?

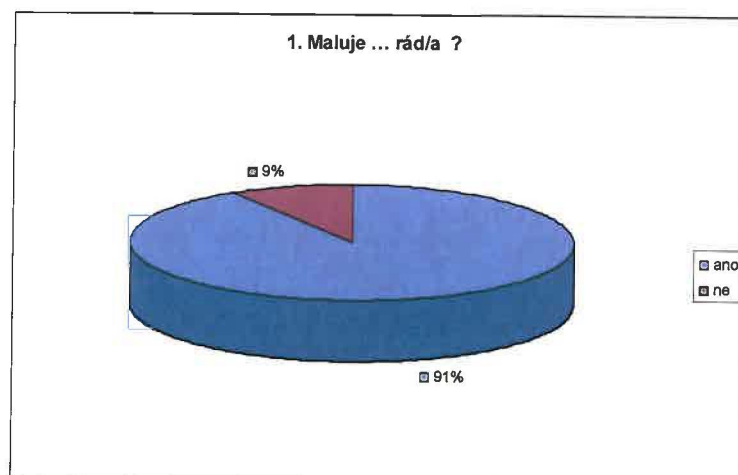


5. Skládáš nebo lepší rád/a tyto obrázky do dalších obrázků ?

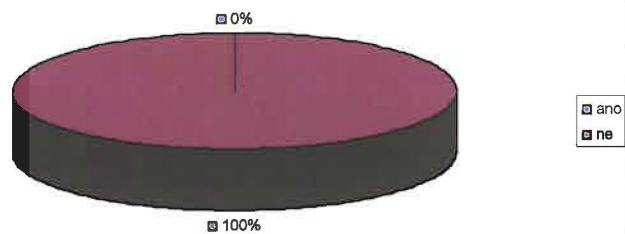




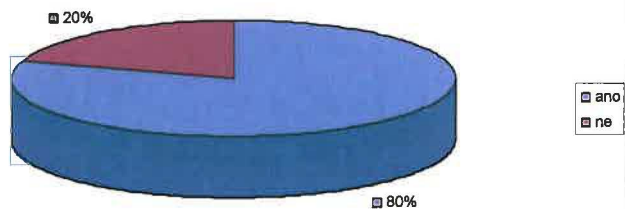
7.2 Vyhodnocení 2. skupiny – osoby blízké



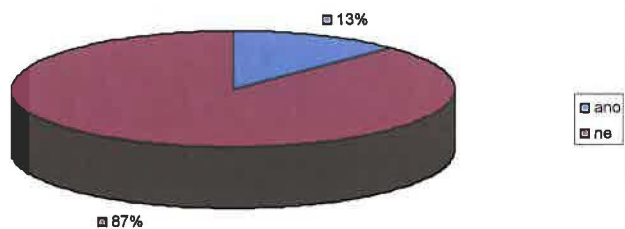
2. Když maluje, projevují se u něj/ni abnormality chování ?



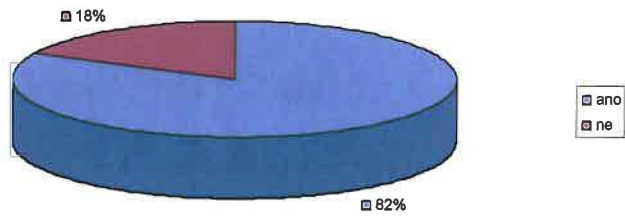
3. Má ... rád/ráda práci s keramickou hlinou ?



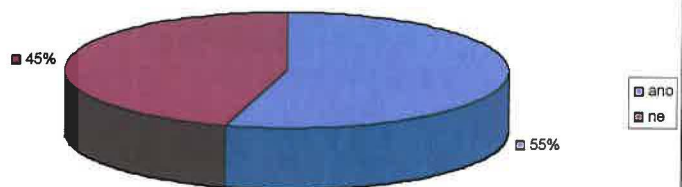
4. Když pracuje s keramickou hlinou, projevují se u ... nějaké abnormality chování ?



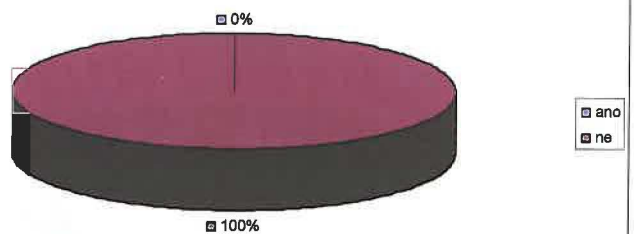
5. Vystřihuje ... rád/ráda ?



6. Vyrábí rád/ráda koláže ?

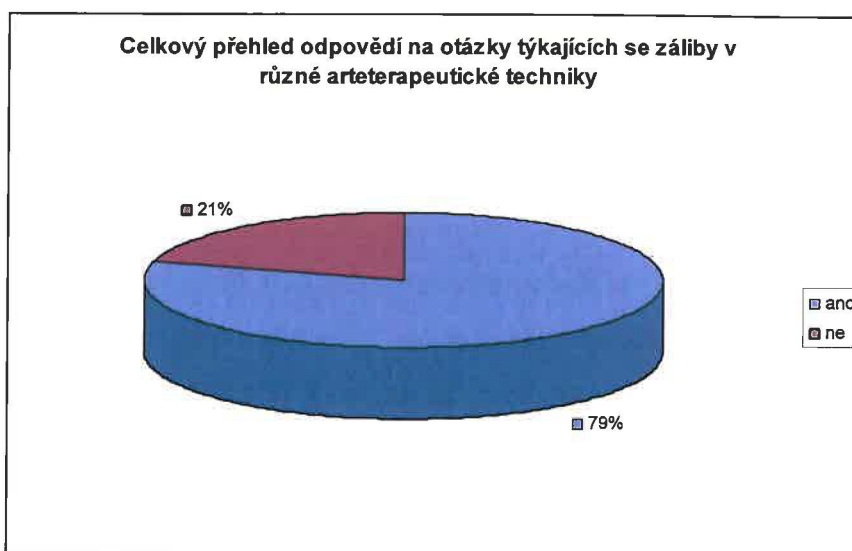


7. Když vystřihuje nebo vyrábí koláže, projevují se u ... nějaké abnormality chování ?

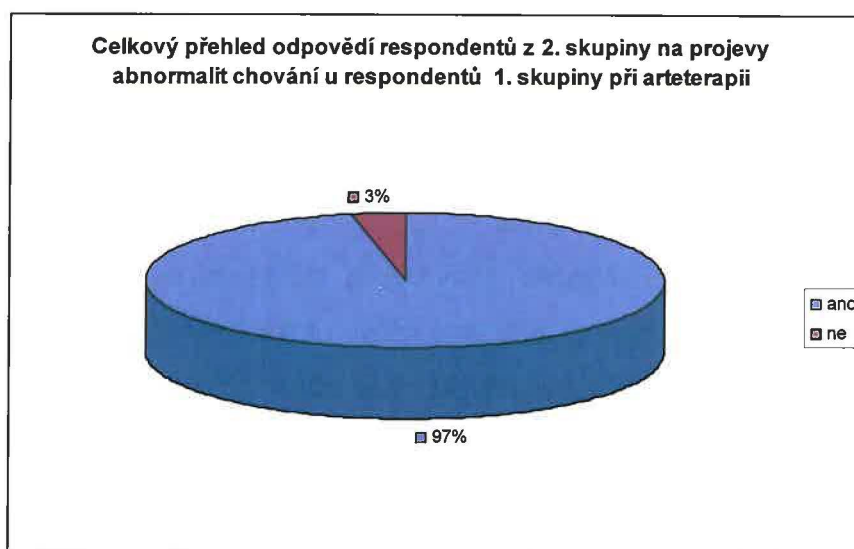


### Celkové grafické zhodnocení strukturovaného rozhovoru

Přehled odpovědí 1. skupiny respondentů na kladný přístup respondentů 1. skupiny k arteterapeutickým aktivitám, které byly předměty rozhovoru (malování, práce s keramickou hlinou, vystřihování, vytváření koláží).



Přehled odpovědí 2. skupiny respondentů týkající se projevů abnormalit chování respondentů z 1. skupiny při arteterapii



## 8 Diskuse

Tato diplomová práce se zabývala shrnutím informací týkajících se využití arteterapie u osob s poruchami autistického spektra, otázkou vlivu arteterapie na abnormality chování u těchto osob.

Hypotéza 1, která předpokládala, že arteterapie je oblíbenou terapeutickou metodou u osob s poruchami autistického spektra se podle stanovené predikce potvrdila. Z analýzy dat získaných z odpovědí respondentů 1. skupiny vyplývá, že většina (79%) dotázaných respondentů vnímá využití arteterapeutických metod kladným způsobem a rádi se jim věnují.

Hypotéza 2, která předpokládala, že arteterapie kladně ovlivňuje abnormality chování u osob s poruchami autistického spektra se podle stanovené predikce také potvrdila. Z analýzy dat získaných z odpovědí respondentů 2. skupiny vyplývá, že u většiny (97%) osob s poruchami autistického spektra se neprojevují během arteterapie abnormality jejich chování.

Ve své diplomové práci si uvědomuji některé nedostatky, vyplývající zejména v omezenosti použité průzkumné metody. Vhodnou průkaznou metodou není posouzení vhodnosti arteterapie pro osoby s poruchami autistického spektra pouze na základě subjektivního názoru respondentů. Potvrzení predikce hypotézy 1 postrádá názor odborníka, např. v návaznosti na rozvoj jemné motoriky nebo na prokázání vlivu arteterapie na psychiku osob s poruchami autistického spektra.

K diskuzi je i potvrzení hypotézy 2. V našem průzkumu vyšlo, že u většiny respondentů se během arteterapie nevyskytují abnormality jejich chování. Jeden z respondentů například uvedl a jeho matka potvrdila, že nemá rád malování a kreslení a tudíž se již dalších otázek neúčastnil. Během několika setkání s ním jsem však vyzorovala, že už jenom zmínka o tom, že by měl kreslit nebo malovat, u něj vyvolala nervozitu a s tím spojené stereotypní pohyby, které jsou pro něj charakteristické

právě v případech nervozity a nejistoty. Z toho vyplývá, že dotazník měl v tomto směru nedostatky.

Dalším nedostatek vidím v malém počtu dotázaných respondentů, pro větší objektivnost bych příště zvolila minimální počet alespoň 20 dotázaných. Zajímavé by byl i oslovit respondenty vyššího věku.

### **Závěry pro praxi:**

- osoby s poruchami autistického spektra vnímají pozitivně prožitek uskutečňovaný prostřednictvím arteterapie
- arteterapie je rozšířenou a oblíbenou terapeutickou metodou u osob s poruchami autistického spektra
- arteterapie kladně ovlivňuje abnormality chování u osob s poruchami autistického spektra

## Závěr

Díky své vlastní zkušenosti z práce s osobami s poruchami autistického spektra, s jejich denním životem, s jejich potřebami a úskalími vím, že této problematice je v poslední době věnováno stále více pozornosti. Se změnou přístupu společnosti v 90. letech minulého století k osobám s různými handicap a poruchami, se zlepšila nejen úroveň služeb poskytovaná těmto osobám, ale hlavně společnost začala tyto spoluobčany akceptovat a naslouchat jejich potřebám.

S tabu, která se do 90. let minulého století objevovala kolem postižených osob všeobecně, souvisí i rozvoj a využití arteterapie jako léčebné metody u těchto osob. Arteterapie se začala více využívat až právě v 90. letech. Stále prochází vývojem a rozšiřuje pole své působnosti. Většinou existují výtvarné kroužky u speciálních školek, škol pro autisty nebo u občanských sdružení, ale ryze arteterapeutických ateliérů s proškolenými arteterapeuty je stále velmi málo. Hlavním problémem je samozřejmě finanční stránka věci. Zůstává otázkou, kdo by měl být zřizovatelem těchto ateliérů a kdo by měl financovat jejich chod.

Jak už jsem výše uvedla v diskuzi, velmi zajímavé by bylo zahrnout to výzkumu respondenty vyššího věku. Jelikož jsem oslovila školky, školy a občanská sdružení, klienti vyššího věku se našeho strukturovaného rozhovoru neúčastnili. Bohužel, mnozí z nich ani nedochází do uvedených občanských sdružení. Možná je to způsobené i tím, že v minulosti tato sdružení, pomáhající autistům, neexistovala v takové míře, jako dnes, a starší osoby s poruchami autistického spektra nejsou zvyklí tyto služby využívat. Mnohdy o jejich existenci ani nevědí. Kvalita života osob s poruchami autistického spektra vyššího věku a jejich zařazení do společnosti, by bylo zajímavé téma pro další práci.

Téma autismu je velmi obsáhlé, složité a také velmi zajímavé. Tím, že není dokázána příčina vzniku autismu, je tato pervazivní porucha stále předmětem mnoha výzkumů a diskuzí. Každý rok přibývá v ČR okolo 400 osob s poruchami autistického spektra. Velmi výrazně se bohužel setkáváme s nedostatky a s problémy kolem diagnózy. Ta může omezit nebo ztížit start dětí do života a zbrzdit komplexní a efektivní pomoc dítěti i celé rodině.

Díky působení mnoha občanských sdružení, pomáhajícím organizacím a odborníkům věnujícím se problematice autismu a poruch autistického spektra, zaznamenala úroveň péče o tyto osoby v posledních letech velký progres. Samozřejmě i díky legislativě, která začala péči o postižené osoby více podporovat. V porovnání se zahraničím jsme však stále pozadu, samozřejmě vlivem přístupu společnosti a podmínkám, které v České republice v době normalizace panovali. Přesto věřím, že během několika dalších let se úroveň služeb a odborné pomoci autistům zlepší natolik, že jim budeme, jako společnost, nabídnout možnost důstojného a plnohodnotného začlenění do společnosti a zlepšit na maximum jejich kvalitu života.

## Seznam použité literatury

1. CAMPBELL, J.: *Techniky arteterapie*, Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7978-2041
2. ČÍŽKOVÁ, J.: *Přehled vývojové psychologie*, 2., nezměn. vyd, Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 175 s. ISBN 80-244-0629-2.
3. DISMAN, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost*, Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-822-9
4. EDELSBERGER, L.: *Defektologický slovník*, Nakladatelství H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
5. GILLBERG, CH., PEETERS, T.: *Autismus – zdravotní výchovné aspekty*. Přel. Jelínková M. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-201-7.
6. HADDON, M.: *Podivný příběh se psem*, Praha: Argo, 2003. ISBN 80-7203-541
7. HRDLIČKA, M., KOMÁREK V.: *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 1. vyd. – Praha: Portál, 2004, 208 s. ISBN 80-7178-813-9.
8. JEBAVÁ, J.: *Úvod do arteterapie*, Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-3946
9. JELÍNKOVÁ, M.: *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*, Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, 2001. ISBN 80-7290-042-0.
10. LECHTA, V., a kol.: *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, Portál: 2003. ISBN 80-7178-801-5.
11. MICHEL, G., MOOREOVÁ, C.: *Psychobiologie – Biologické základy vývoje chování*, Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-116-9.
12. MOSESOVÁ, J.: Teorie a diagnostika autismu. *Psychologie dnes*, 2005, č.4, s. 30-33.
13. PEETERS, T.: *Autismus*, Přel. Jelínková M. Pedagogické nakladatelství, 1998. ISBN 80-7183-114-X.
14. SCHOPLER, E.: *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Přel. Jelínková M. 1. Vyd. Praha: Portál, 1999. 176 s. ISBN 80-71-78-202-5.
15. SCHOPLER. E. MESIBOV, G.: *Autistické chování*. Přel. Jelínková M. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-133-9.

16. ŠICKOVÁ-FABRICI, J.: *Základy arteterapie*, Praha: Portál 2002. ISBN 80-7178-616-0
17. THOROVÁ, K.: *Poruchy autistického spektra*, Praha: Portál 2006. ISBN 80-7367-091-7

### Ostatní zdroje

18. *Občanské sdružení STROM*. [cit. 2007-15-06].  
Dostupné z URL: <<http://www.strom.kbx.cz/onas.html>>.
19. *Občanské sdružení AUTISTIK* [cit. 2007-15-06].  
Dostupné z URL: <<http://www.volny.cz/autistik/#cile>>.
20. *Občanské sdružení RAINMAN*. [cit. 2007-15-06].  
Dostupné z URL: <<http://www.rain-man.cz>>.
21. *Autismus*. [cit. 2007-15-06].  
Dostupné z URL: <[http://www.autismtreatmentcentr.org/contents/languages/czech\\_rep\\_version.php](http://www.autismtreatmentcentr.org/contents/languages/czech_rep_version.php)>.)
22. *Arteterapie v ČR*. [cit. 2007-20-06].  
Dostupné z URL: <<http://www.arteterapie.cz/engine.php3?act=1>>.
23. *Občanské sdružení APLA*. [cit. 2007-15-06].  
Dostupné z URL: <<http://www.praha.apla.cz/new/RS/>>.

## **Seznam příloh**

**Přílohy 1-2:** Ukázka prací klientky s autismem a těžkou mentální retardací

**Příloha 3:** Ukázka práce klienta s Aspergerovým syndromem

**Příloha 4:** Ukázka práce klientky s Aspergerovým syndromem

**Příloha 5:** Ukázka práce klientky s Aspergerovým syndromem

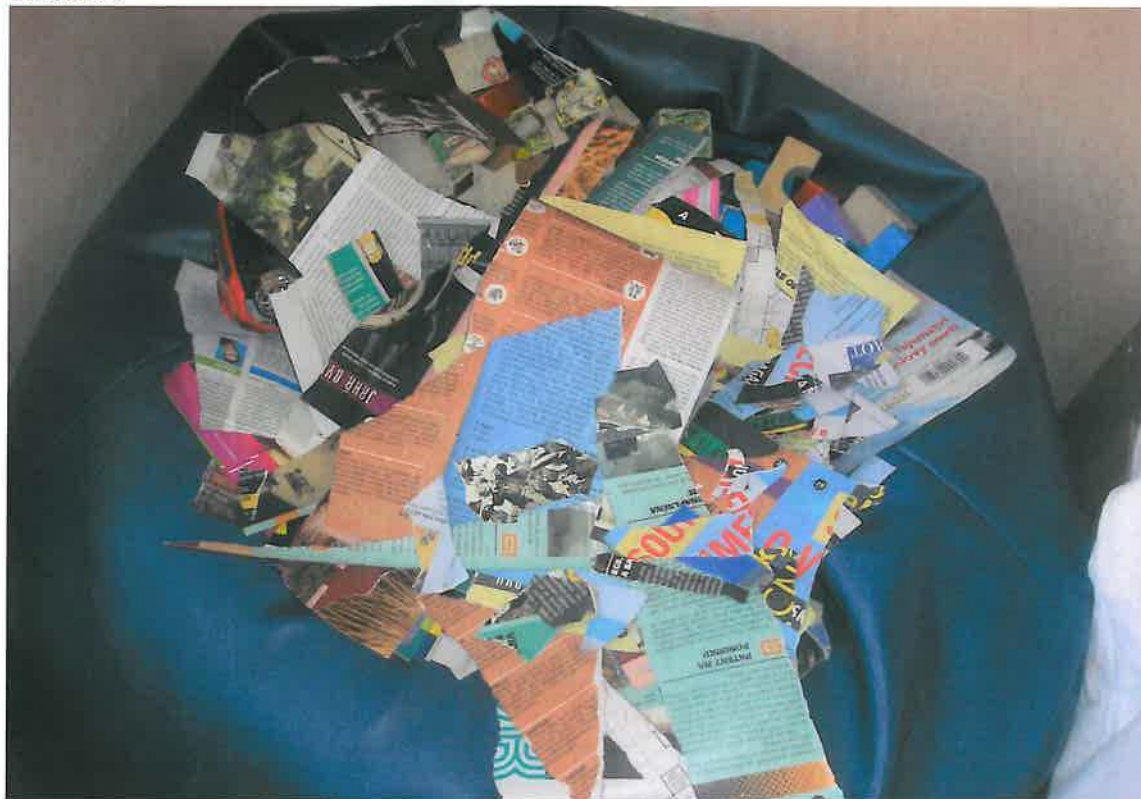
**Přílohy 6-11:** Ukázky prací klientů s poruchami autistického spektra

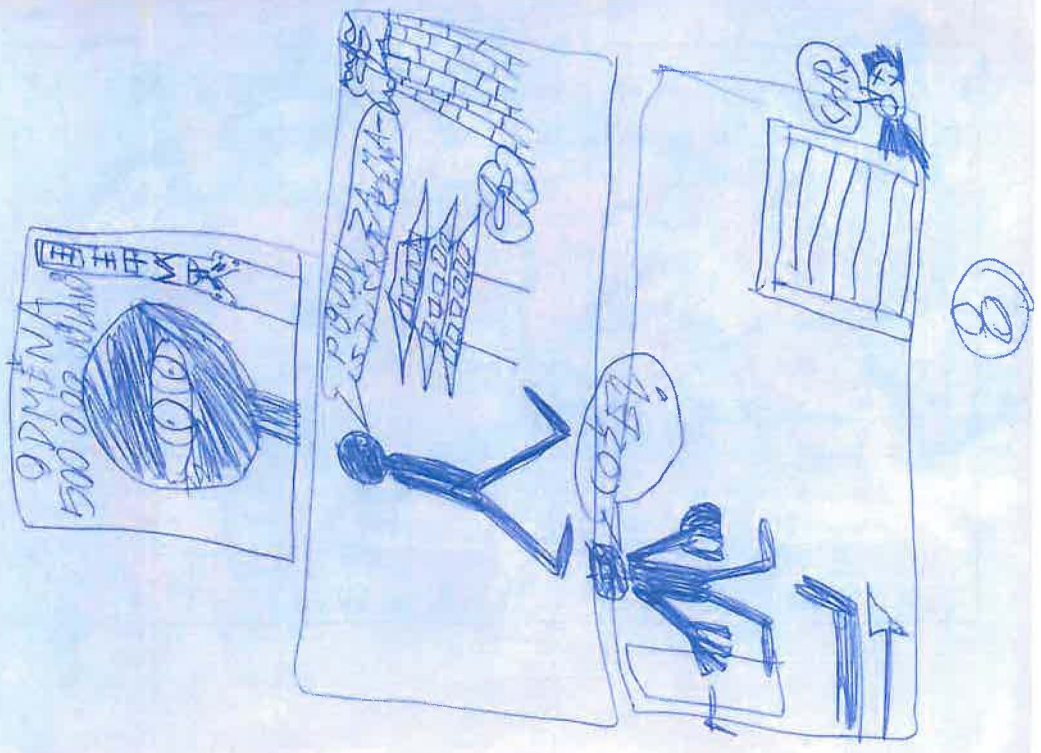
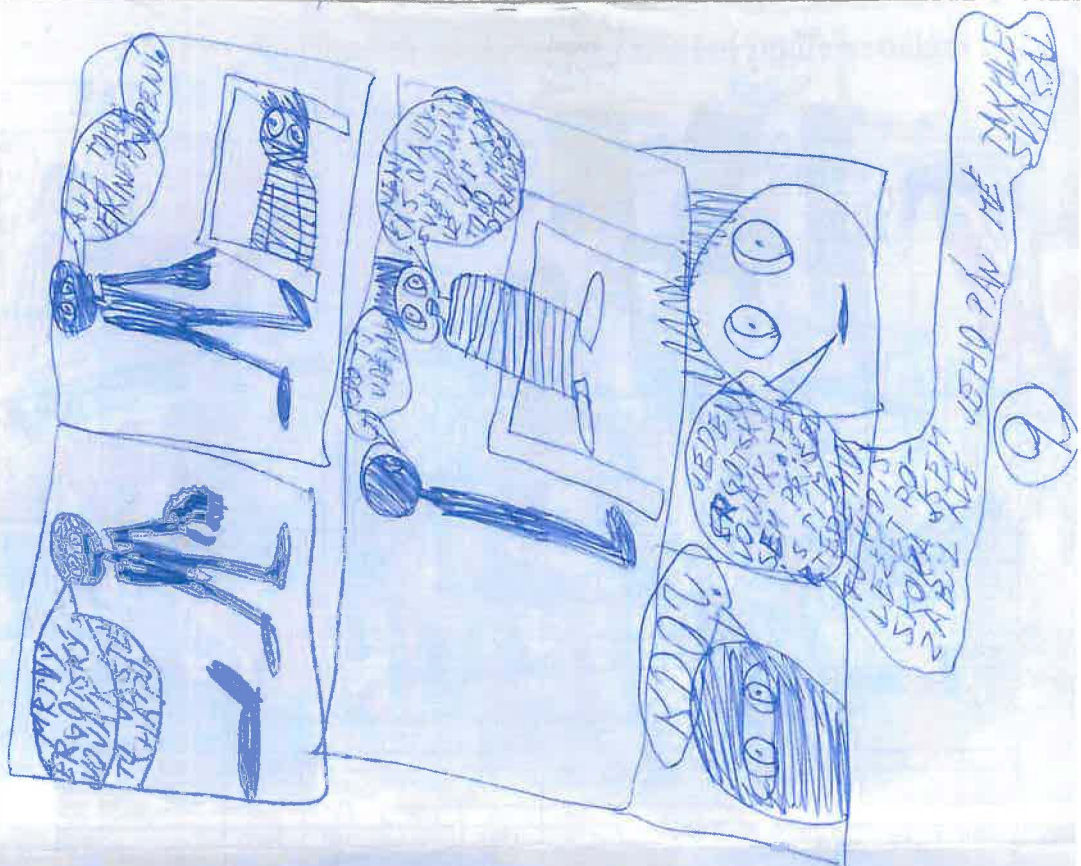
## **Přílohy**

Příloha 1



Příloha 2









Wini Wini

vr  
U HNA FILONA



Příloha 6



Příloha 7



Příloha 8



Příloha 9



Příloha 10



Příloha 11

