Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Tereza Cibulková

ALTERNATIVNÍ TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY U DĚTÍ S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Možnosti obohacení základního terapeutického přístupu o prvky alternativních terapií

ALTERNATIVE THERAPEUTICAL APROACHES TO CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Posibilities of Enrichment the Basic Therapetutic Approach with Elements of Alternative Therapies

Praha 2010

vedoucí práce: PhDr. Hana Pazlarová, PhD.

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Haně Pazlarové, Ph.D., za odborné vedení, rady a připomínky, které mi při zpracovávání práce poskytla. Dále děkuji Doc. Ing. Daliboru Holdovi, CSc. za možnost konzultovat postup výzkumného šetření. Děkuji také všem odporníkům – terapeutům, speciálním pedagogům a osobním asistentům a rodičům, kteří se mého šetření zúčastnili a poskytli mi cenné informace.

„Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.“

V Praze dne 9. května 2010 Podpis:

Anotace

Cílem této práce je poskytnout čtenáři co nejširší výčet možných terapeutických přístupů s důrazem na alternativní terapie a dále nastínit způsob, jakým by se základní terapeutický přístup dal obohatit o prvky alternativních terapií. Ke zjišťování informací byla použila analýza dostupných odborných publikací, vědeckých výzkumů a studií a dále kvalitativní výzkumné šetření, při kterém byli osloveni odborníci zabývající se problematikou poruch autistického spektra (terapeuti, speciální pedagogové a osobní asistenti) a rodiče dětí s autismem. Cílem výzkumného šetření bylo zejména zjistit, jaké terapeutické přístupy a jejich dílčí prvky jsou v současnosti užívány, co si respondenti myslí o alternativních terapiích a jaký mají názor na možnost kombinace jednotlivých prvků vycházejících z různých terapeutických přístupů.

Klíčová slova: Poruchy autistického spektra, autismus, terapeutické přístupy u dětí s autismem, základní terapeutické přístupy, alternativní terapeutické přístupy.

Annotation

The aim of this paper is to give readers the widest enumeration of possible therapeutic approaches with emphasis on alternative therapy, and outline how the basic therapeutic approaches would be enrich by the elements of alternative therapies. The analysis of available technical publications, scientific researches and studies was used to get the informations and qualitative research, in which experts dealing with autism spectrum disorders (therapists, special educators and personal assistants) and parents of childern with autism were addressed. The goal of the research was particulary find out which therapeutic approaches and their sub-elements are currently used, what the respondents think about alternative therapies and what is their oppinion on the possibility of combining different elements derived from different therapeutic approaches.

Key words: Autism spectrum disorders, autism, therapeutical aproaches to children with autism spectrum disorders, basic therapeutical aproaches, alternative therapeutical aproaches.

Seznam zkratek

AT	- Alternativní terapie
BT	- Behaviorální terapie
GFCF	- Gluten free Casein free
KBT	- Kognitivně-behaviorální terapie
PAS	- Poruchy autistického spektra
PECS	- Pictures Exchange Communication System
SRP	- Son-rise program
sy	- syndrom
VOKS	- Výměnný obrázkový komunikační systém
ZT	- Základní terapie

Obsah

Úvod **8**

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Charakteristika poruch autistického spektra **10**
1.1. Dětský autismus 11
1.2. Aspergerův syndrom 13
1.3. Ostatní poruchy autistického spektra 14

2. Rozdělení a popis terapeutických přístupů **15**
2.1. Základní terapeutické přístupy 16
2.1.1. Behaviorální terapie 16
2.1.2. Kognitivně – behaviorální terapie 17
2.1.3. Strukturované učení 18
2.1.4. Farmakoterapie 19
2.2. Alternativní terapeutické přístupy 20
2.2.1. Facilitovaná komunikace 20
2.2.2. Son – rise 20
2.2.3. GFCF dieta 22
2.2.4. Vitaminové injekce (B6 a hořčík) 23
2.2.5. Terapie pevným sevřením 24
2.2.6. Biofeedback 24
2.2.7. Preterapie 25
2.2.8. Montessori pedagogika 26
2.2.9. Ostatní 28
2.3. Doplňkové terapie 30

3. Hlavní prvky čtyř nejpoužívanějších terapeutických přístupů **33**
3.1. Základní terapeutické přístupy 33
3.1.1. Prvky strukturovaného učení 33
(Individuální přístup, strukturalizace, vizualizovaný denní program, motivační prvek)
3.1.2. Prvky Kognitivně-behaviorální terapie 36
(Aplikovaná behaviorální analýza, KBT s prvky Preterapie)
3.2. Alternativní terapeutické přístupy 38
3.2.1. Prvky Son-rise programu 38
(Joining, Son-rise herna, využívání motivace dítěte, učení pomocí interaktivní hry)
3.2.2. GFCF dieta 41

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. Výzkumné šetření 43
4.1. Cíle výzkumného šetření 43
4.2. Metodika sběru dat …..... 44
4.3 Výzkumný vzorek 45
4.3. Výsledky výzkumného šetření 48
4.3.1 Upřednostňovaný terapeutický přístup při práci s dětmi s PAS 48
4.3.2 Názor na alternativní terapeutické přístupy 50
4.3.3 Používaná/zajímavá technika vycházející z alternativní terapie 52
4.3.4 Názor na možnost kombinace jednotlivých prvků ZT a AT 54

5. Výstupy bakalářské práce 59
5.1. Shrnutí výsledků výzkumného šetření 59
5.2. Možnosti obohacení základního terapeutického přístupu o prvky AT..... 60
5.3. Další výzkumné otázky 63

Závěr 65

Použité zdroje 66

Úvod

Autismus je celoživotní postižení, které závažným způsobem ovlivňuje každou oblast života jedince. Poruchy v oblasti komunikace, sociální interakce a představivosti velmi komplikují kontakt mezi jedincem s poruchou autistického spektra (PAS) a jeho okolím. Často dochází k nedorozuměním a z toho plynoucím problémům, například k nevhodnému chování v určité situaci, agresivním reakcím nebo naopak apatii postiženého.

Rodičům dětí s autismem jsou předkládána různá, často protichůdná, tvrzení o výhodách a nevýhodách jednotlivých terapeutických přístupů. Ne zřídka terapie nabízejí přehnané naděje a slibují nesplnitelné. Autismus je neléčitelný, přesto se můžeme dočíst v různých publikacích i na internetu o zaručené úspěšnosti dané terapie a dokonce o vyléčení autismu. Informací a dat, která by tyto zázraky potvrzovaly, je však velmi málo.

Teoretická část této práce zahrnuje kapitolu o charakteristice poruch autistického spektra (PAS) a popis jednotlivých diagnóz, zejména dětský autismus. Druhá kapitola je členěná na podkapitoly podle rozdělení terapeutických přístupů – na základní, alternativní a doplňkové. V jednotlivých podkapitolách se snažím čtenáři poskytnout co nejširší výčet možných terapií s důrazem na terapie alternativní a jejich stručný popis. V textu se odráží můj názor na jednotlivé přístupy na základě získaných informací a osobní zkušenosti s nimi i objektivní hodnocení vycházející z vědeckých studií provedených ve světě.

V poslední kapitole teoretické části představuji vybrané techniky nejčastěji používaných terapeutických přístupů, dvou základních (Strukturované učení, Kognitivně-behaviorální terapie) a dvou alternativních (Son-rise program, GFCF dieta).

V praktické části se zaměřuji zejména na terapie alternativní. Nevystupuji zde jako jejich zastánce ani odpůrce. Zastávám však názor, že ačkoliv alternativní terapeutické přístupy nemohou být chápány v pravém slova smyslu jako alternativní, jelikož nemohou svým obsahem nahrazovat (alternovat) přístupy základní terapie, většina z nich obsahuje velmi zajímavé prvky či dílčí techniky, které mohou být přínosné a užitečné jak pro dítě s PAS, tak i pro rodiče, asistenta nebo jinou pečující osobu.

Mým hlavním cílem je zjistit, zda je možné integrovat jednotlivé prvky alternativních terapií v rámci základního terapeutického přístupu a jakým způsobem.

V teoretické části jsem informace čerpala z odborných publikací, vědeckých studií a výzkumů. V praktické části jsem provedla výzkumné šetření mezi 18 respondenty, kteří se problematice poruch autistického spektra věnují. V rámci tohoto šetření jsem zjišťovala zejména: jaký terapeutický přístup při práci s dětmi s autismem volí, jaký mají názor na alternativní terapie, zda používají některé prvky vycházející z alternativní terapie a jaký mají názor na možnost kombinace jednotlivých prvků základních a alternativních terapeutických přístupů. Zjišťování probíhalo formou kvalitativního dotazování, respondenty tvořili experti v oboru (speciální pedagogové, terapeuti), osobní asistenti a rodiče dětí s PAS.

Poslední kapitola – Výstupy bakalářské práce – obsahuje shrnutí skutečností zjištěných výzkumným šetření a jejich porovnání s informacemi z prostudovaných odborných zdrojů. Dále představuje možnosti obohacení základního terapeutického přístupu o prvky alternativních terapií a předkládá další výzkumné otázky, které se během zkoumání této problematiky postupně vynořily.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika poruch autistického spektra

Poruchy autistického spektra (PAS) patří do skupiny pervazivních[1] vývojových poruch, které závažně ovlivňují celou osobnost jedince. Záporně mění „motorické, emoční, volní, kognitivní i řečové schopnosti dítěte“ (Kohoutek, 2005), což mu zabraňuje úspěšně se adaptovat ve společnosti.

Diagnostika se provádí na základě MKN-10 a vychází se při ní z tzv. *triády postižení*, kterou vymezila v sedmdesátých letech britská psychiatrička Lorna Vingová (Thorová, 2006). Triáda postižení zahrnuje poruchy ve třech oblastech, a to v oblasti komunikace, sociální interakce a představivosti. Aby dítě bylo diagnostikováno jako autistické, musí splňovat alespoň dvě kritéria z první kategorie, dvě kritéria z druhé kategorie a jedno kritérium ze třetí kategorie (Richman, 2006).

Příklady kritérií u jednotlivých kategorií:

- V oblasti komunikace: opožděný vývoj jazyka, porucha verbálního i neverbálního porozumění, echolalie (opakování slov a vět), monotónní řeč bez intonace, používání řeči nestandardním způsobem (např. jiným, než ke komunikaci) ...
- V oblasti sociální interakce: vyhýbání se očnímu kontaktu, upřednostnění samoty před společností, minimální nebo žádné herní dovednosti, špatné porozumění výrazům obličeje, nezájem o ostatní osoby ...
- V oblasti představivosti: neschopnost chápat abstraktní pojmy, ironii, špatná orientace v čase ...

„Nedostatek v sociální komunikaci osob s autismem nás překvapuje jen proto, že schopnost komunikovat a mít sociální chování bereme jako samozřejmou dovednost. Předpokládáme, že děti mají vrozenou schopnost komunikovat a chovat se společensky. Možná by nás naopak mělo překvapovat, že tolik dětí má tyto schopnosti vrozené.“

(Beyer, Gammeltoft; 1998)

[1] Pervazivní = všepronikající, komplexní, zasahující do všech oblastí lidského vývoje (Kohoutek, 2005)

Charakteristickým projevem dítěte s PAS je stereotypní neboli repetitivní chování. Rituály a opakování určitých činností v pravidelném čase či intervalu jsou pro dítě důležitou součástí, určitou jistotou v životě. Působí jako prevence úzkostí, strachu a stresu nebo jako způsob jejich řešení (Lukešová, 2005).

Mezi typické stereotypní motorické pohyby patří například plácání a třepetání rukama, točení se dokola nebo třeba pohupování. Často se stereotypní chování projevuje zájmem o neobvyklé předměty, smyslové vjemy či aktivity bez zjevného smyslu. Vysocefunkční autisté a zejména děti s Aspergerovým syndromem se mohou soustřeďovat na získávání informací určitého zaměření, např. o zvířatech, autech a jiných dopravních prostředcích, výsledcích zápasů, atd. Prostřednictvím vymezených zájmů může dosáhnout dítě s poruchou autistického spektra výjimečných výsledků v dané oblasti a okolí ho považuje za geniálního. U jedinců s autismem je však genialita či nadání pro určitou věc vždy negativně vyvážena nedostatky v sociálních návycích a neschopností normálního kontaktu s okolním světem.

Děti s autismem špatně snášejí změny, vyžadují pravidelný režim, lpí na starých a známých předmětech, provádějí konkrétní aktivity vždy stejným způsobem, atd.

Sebemenší změna nebo narušení daného rituálu může na dítě působit velmi negativně. Reakcí bývá stres, úzkost nebo afektivní jednání, protože dítě náhle přestane rozumět situaci, ve které se nachází. Spouštěcím mechanismem negativní reakce může být např. změna cesty na procházce, výluka pravidelného dopravního spoje, nepatrně jiná konzistence či složení oblíbeného jídla, apod.

Jednotlivé poruchy autistického spektra bývají často kombinovány s jinými handicapy psychického i fyzického rázu (mentální retardace, epilepsie, smyslové poruchy, geneticky podmíněné vady atd.) a často jsou doprovázeny specifickými vzorci chování, jehož součástí může být i destruktivní, agresivní nebo sebezraňující jednání.

1.1 Dětský autismus

Autismus je nejčastější poruchou autistického spektra. Jedná se o závažné celoživotní postižení, které se obvykle projeví v prvních třech letech života. Porucha určitých mozkových funkcí způsobí, že dítě nedokáže správným způsobem vyhodnocovat informace. Lidé s autismem pak mívají výrazné potíže ve vývoji řeči, ve vztazích k lidem a obtížně zvládají

běžné sociální dovednosti. V 98% případů nedochází k úplnému vyléčení (www.praha.apla.cz).

Příčinu autismu se zatím nepodařilo odhalit. Přepokládá se, že určitou roli sehrávají genetické faktory, různá infekční onemocnění a chemické procesy v mozku. Moderní teorie tvrdí, že autismus vzniká až při kombinaci několika těchto faktorů.

Důsledkem poruchy je, že dítě dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Velmi dojemně vystihl svou diagnózu jeden patnáctiletý chlapec s autismem, který pronesl: *„Ach jo, mě ten život nějak neposlouchá...“*

Z hlediska funkční úrovně dětí se autismus rozděluje následovně:

- Vysocefunkční autismus – (*High functioning autism*, mezinárodní zkratka *HFA*) Děti s vysocefunkčním autismem mají zpravidla normální či nadprůměrnou inteligenci, minimální hodnota IQ je tedy 70. Mají normální nebo lehce narušenou komunikační schopnost.

Ve většině případů je úspěšná integrace dětí do společnosti, podmínkou je však vytvoření vhodného prostředí, strukturování činností a času, vizualizace a asistence v sociálních interakcích (Lukešová, 2005). Dítě je schopno spolupracovat, zúčastnit se konstrukční a jednoduché napodobivé hry. Těžko však rozumí složitějším pravidlům, obtížně rozlišuje realitu od fantazie, problém mu také činí symbolické hry a hry, kde je zapotřebí používat představivost. Problémové chování nebývá v popředí.

- Středněfunkční autismus – Děti se středněfunkčním autismem jsou uzavřenější, mají sníženou schopnost navázat kontakt, bývají často pasivní. Mívají problémy v komunikaci, běžným pokynům rozumí, někdy však reagují nepřiměřeně. Často se vyskytují zvláštnosti v řeči, používání vymyšlených slov, echolalie[2], záměna zájmen apod. Objevují se častější pohybové stereotypie, stereotypní manipulace s předměty, ulpívavost. Profil schopností je nerovnoměrný, vyskytuje se lehká až středně těžká mentální retardace. Problémové chování je ve většině situací zvladatelné.

- Nízkofunkční autismus – Děti s nízkofunkčním autismem jsou uzavřené, mají malou či žádnou schopnost navázat kontakt, nedokáží spolupracovat. Trpí těžkou, hlubokou mentální retardací, mají výrazné problémové chování, vyžadují neustálý dohled.

[2] Echolalie = druh afázie, opakování slyšeného, tzv. papouškování

Vyskytují se dlouhotrvající pohybové stereotypie, manipulační či žádná hra, autostimulační aktivity. Komunikace ve většině případů není možná, dítě trpí afázií (neschopnost rozumět řeči a neschopnost užívat ji), nefunkční echolalií.

Epidemiologické studie uvádějí 15 – 25 případů autismu na 10 000 narozených dětí (podle šíře diagnostických kritérií). Potencionálně žije v České republice 15 - 20 000 osob s autismem (www.praha.apla.cz). Poměr pohlaví je čtyři chlapci na jedno děvče. Tento poměr se snižuje v pásmech těžší mentální retardace (Thorová, 2003).

1.2 Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom byl poprvé popsán vídeňským psychiatrem Hansem Aspergerem v roce 1944 (Gilberg, Peeters, 1998). Termín Aspergerův syndrom však poprvé použila Lorna Wingová v odborné publikaci až v roce 1981 (Atwood, 2005).

Děti s Aspergerovým syndromem mívají obdobné problémy jako děti s autismem. Intelektově jsou dobře vybavené, některé jsou i výrazně nadané (naučí se samy číst, rozeznávají brzy číslice či písmena, umí citovat z encyklopedií, hrají šachy, ovládají počítač, mají vynikající mechanickou paměť) (Thorová, 2007/1).

Mívají také vynikající dlouhodobou paměť, vyznačují se nebývale intenzivním soustředním, ovšem jen v souvislosti s věcmi, které je zajímají. Naopak k činnostem, které je neoslovují, mají takřka nulovou motivaci (Atwood, 2005).

Řeč některých dětí je příliš formální a připomíná mluvu dospělých, leckdy nabývá podoby „pedantické posedlosti“ (Atwood, 2005). Děti s Aspergerovým syndromem mívají problémy v chápání sociálních situací, obtížně se vžívají do myšlení a pocitů druhých lidí, mají potíže chápat humor, ironii, metafory, nadsázku. Často bývají velmi neobratné, mívají potíže s psaním a tělocvikem.

1.3 Ostatní poruchy autistického spektra

Dalšími poruchami autistického spektra jsou atypický autismus, desintegrační porucha a Rettův syndrom.

Atypický autismus se vyznačuje stejnými symptomy jako dětský autismus, avšak dítě s touto diagnózou nesplňuje potřebný poměr kritérií při diagnostice (Hrdlička, Komárek, 2004). Může například lépe vynikat v sociálních či komunikačních dovednostech, nebo chybí stereotypní zájmy. Ročně se v České republice narodí 100 – 150 dětí s atypickým autismem (www.praha.apla.cz).

Děti s ***desintegrační poruchou*** prožívají období normálního vývoje, které podle kritérií MKN-10 musí trvat minimálně dva roky (Hrdlička, Komárek, 2004). Poté nastává z neznámé příčiny regres v doposud nabytých schopnostech, tzn. že dítě přestane mluvit v krátkých větách, udržovat pozornost, přijímat a iniciovat sociální kontakt, gestikulovat, ztrácí schopnost napodobivé a symbolické hry (Thorová, 2007/2). Často nastupuje chování zcela typické pro autismus.

Rettův syndrom je jediné postižení z poruch autistického spektra, u kterého je známa příčina. Způsobuje jej mutace genu situována na raménku chromozomu X. Porucha se týká pouze děvčat, u chlapců stejná mutace genu způsobí natolik těžké onemocnění mozku, že plod nebo novorozenec nepřežije (Thorová, 2006). Dívky mají jen částečně autistické chování. Výrazný je velmi malý rozsah pozornosti. Nejzákladnější a těžce handicapující aspekt Rettova syndromu je apraxie - neschopnost programovat tělo k vykonání účelných pohybů (www.rett-cz.com). Dítě v různé míře ztrácí úchopové schopnosti, poté přestává samostatně používat ruce a standardní pohyb je nahrazen pouze bezděčnými stereotypními pohyby a mnutím rukou.

V první kapitole byly všeobecně charakterizovány poruchy autistického spektra, byla představena tzv. triáda postižení a uvedeny příklady každé ze tří oblastí (komunikace, sociální interakce a představivosti). Dále byly popsány jednotlivé poruchy autistického spektra s důrazem na dětský autismus včetně rozdělení z hlediska funkční úrovně dětí s PAS.

K tomuto účelu byla použita dostupná literatura českých i zahraničních odborníků.

2 Rozdělení a popis terapeutických přístupů

Terapeutických přístupů, o kterých se lze dočíst v souvislosti s PAS, je velké množství. Liší se nejen metodami práce s postiženým, ale také komplexním náhledem na poruchy autistického spektra. Aby bylo možné jednotlivé přístupy lépe rozlišit, dělím je na základní, alternativní a doplňkové. Mezi základní přístupy řadím ty, které jsou používány a uznávány zejména ve školských zařízeních a své zastání mají též u psychologů a terapeutů pracujících s dětmi s PAS.

Alternativní terapie zde zahrnují všechny ostatní přístupy, které nelze označit jako základní.

Pro úplnost zmiňuji také terapie doplňkové. Doplňkové z toho důvodu, že se nedají považovat za samostatné terapeutické přístupy pro děti nebo dospělé s poruchou autistického spektra. Jsou ale velmi dobrou doplňkovou, relaxační či volnočasovou technikou, která navíc velmi citlivě pracuje se specifickými potřebami těchto osob. Pokud jsou správně a profesionálně použity, mají velmi příznivý vliv na vývoj dítěte a rozvoj jeho schopností a dovedností, nebo mohou alespoň působit jako příjemné zpestření a rozptýlení.

Vzhledem k tomu, že stále není přesně stanovena příčina autismu, vzniká zde prostor pro různé interpretace, a tudíž se liší i vyvozené závěry zastánců jednotlivých přístupů. Zatímco někteří se snaží „pouze“ zkvalitňovat a rozvíjet již nabyté schopnosti, jiní mají ambice autismus léčit.

Podle dosavadních studií a vědeckých výzkumů se autismus nedá zcela vyléčit, ale pokud dítěti umožníme speciálním přístupem porozumět světu, který ho díky jeho handicapu chaoticky obklopuje, je velká šance, že u něj dojde ke zlepšení.

Základní terapeutické přístupy se snaží pracovat na rozvoji schopností dítěte v rámci jeho možností, není jimi však možné autismus zcela odstranit. Také proto je snaha ze stran terapeutů, lékařů a vědců najít jinou – alternativní možnost, která by dávala větší šanci na vyléčení.

Ačkoliv autoři jednotlivých teorií, a v některých případech i rodiče „vyléčených“ autistických dětí, tvrdí, že znají lék, žádný důkaz přímé souvislosti mezi působením terapie a zásadním zlepšením dítěte zatím nebyl předložen. Důvod takového „vyléčení“ může být nesprávně určená diagnóza autismu u dítěte, které ve skutečnosti autismem netrpí, nebo prostá náhoda, souběh zlepšení dítěte s použitou terapií.

Domnívám se, že některé alternativní přístupy mohou skutečně být prospěšné a nápomocné. Neztotožňuji se však s tvrzením, že kterýkoli z nich dokáže autismus vyléčit.

2.1 Základní terapeutické přístupy

2.1.1 Behaviorální terapie

Behaviorální terapie vychází z teorie učení a předpokládá, že určité chování je spouštěno faktory, které mu předcházejí a udržováno faktory, které po něm následují (Možný, Praško, 1999).

„Vychází z předpokladu, že lidské chování není náhodným řetězcem událostí, které by na sebe ničím nenavazovaly. Problémová i neproblémová chování se nevyskytují náhodně.“ (Jůn, 2007)

Tento předpoklad se dá vyjádřit vztahem (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007):

A B C

A (antecedent) – situace, které spouští problémové chování

B (behavior) – vlastní problémové chování

C (consequence) – situace, které následují po problémovém chování a chování odměňují

Tento vztah říká, že aby se jakékoliv konkrétní chování (B) vyskytlo, musí mu předcházet určité spouštěče (A). Aby se stejné konkrétní chování (B) v budoucnosti opakovalo, musí se po něm vyskytnout takové následky (C), které dítěti přináší dostatečné zisky a motivují ho při stejných spouštěčích (A) znovu používat stejné konkrétní chování (B).

Behaviorální terapie pracuje s podrobnou analýzou a modifikací maladaptivního[3] chování a předpokládá, že když se jedinec tomuto chování v průběhu života naučil, můžeme jej také pomocí systematických kroků „přeučit“ na chování adaptivnější (Praško, Kosová, 1998). „Vlastní terapie problémového chování spočívá ve změně patřičných spouštěčů (A) tak, aby se problémové chování (B) nemohlo vyskytnout a změně následků (C) tak, aby problémové chování (B) přestalo být funkční.“ (Jůn, 2007)

Behaviorální terapie je terapie konací, při níž se provádí různé nácviky komunikace, sociálních dovedností aj. Je vhodné ji použít, pokud dítě nechce nebo není schopno spolupracovat, nemluví nebo mluví pouze jednoslovně, není schopno říci, co dělá, jak se cítí a na co myslí a také když si neuvědomuje, že pro okolí jsou projevy jeho chování nepříjemné či nežádoucí. Používá se tedy zejména u dětí s nízkofunkčním autismem, popř. u dětí s mentální retardací. Plnohodnotná behaviorální terapie však probíhá formou každodenních pěti až osmi hodinových tréninků, při kterých s jedním dítětem pracuje jeden učitel. I když je její funkčnost prokazatelná, pro časovou a personální náročnost je u drtivé většiny dětí a dospělých s autismem nejen v ČR nereálná (Jůn, 2007)

Nejpoužívanější metoda v rámci behaviorální terapie je Aplikovaná behaviorální analýza (ABA). Je to nejvíce empiricky ověřený přístup vzdělávání a zacházení s dětmi s PAS.

O ABA bylo zveřejněno více než 19 tisíc článků, bylo provedeno přibližně 500 studií o použití ABA u dětí autismem (Anderson SR, Romanczyk RG, 1999). Výsledky těchto studií prokazují významné zlepšení u dětí s autismem v souvislosti s použitím metody ABA (Program, N.Y.S.D.o.H.E.I. Clinical practice guideline, 1999).

2.1.2 Kognitivně – behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) vzniká spojením dvou samostatných směrů – kognitivní a behaviorální terapie.

Kognitivní terapie se zaměřuje na analýzu a změnu myšlení. K jejím základním idejím patří, že chování není primární reakcí organismu na své okolí, ale je reakcí na mentální reprezentaci okolí. Pokud se nám tedy povede změnit interpretaci dané situace, je možné předejít nežádoucí reakci.

[3] Maladaptivní = nepřizpůsobivý

K postupné integraci obou směrů do jednotné terapie dochází od počátku 80. let. KBT se snaží o syntézu kognitivní a behaviorální terapie a „využívá precizní metodologii behaviorální analýzy a systematiku behaviorální terapie, které obohacuje o analýzu a modifikaci kognitivních funkcí“ (Praško, Kosová, 1998).

Kognitivně-behaviorální terapii je možné použít, pokud dítě aktivně neodmítá spolupráci, mluví minimálně v jednoduchých větách, je schopno alespoň jednoduše popsat, co dělá, jak se cítí a na co myslí. Také pokud je dítě samo se sebou nespokojeno, nebo si alespoň částečně uvědomuje „třecí plochy“ mezi sebou a okolím. Je využívána u dětí se středněfunkčním a vysocefunkčním autismem či Aspergerovým syndromem.

2.1.3 Strukturované učení

Lidé s autismem mají velmi malou nebo téměř žádnou schopnost předvídat a plánovat. Tento handicap je určitou formou jakési „vnitřní slepoty“ (Thorová, Semínová, 2007), která okolní svět mění v chaos a ztěžuje dítěti orientaci v prostoru, čase i událostech.

„Zajištěním strukturovaných podmínek umožníme těmto dětem, aby se dokázaly samy organizovat a aby reagovaly na své okolí adekvátním způsobem. Vzhledem k deficitu ve schopnosti organizovat a vzhledem k neschopnosti porozumět a úspěšně ovládat své chování bez asistence, řízení a podpory je strukturování základním předpokladem toho, aby se osoby s autismem mohly zapojit do společnosti.“ (Schopler, Mesibov, 1997)

Jednou z velmi úspěšných metod spadajících do strukturovaného učení je program TEACCH (Treatment and Education Autistic and related Communication Handicapped Children), který vznikl v Severní Karolíně na počátku 70. let 20. století. Autorem tohoto programu je Eric Schopler.

Metodika je maximálně přizpůsobena specifikům poruchy, soustřeďuje se na osvojené schopnosti, především na vizuální vnímání, mechanickou paměť nebo třeba speciální zájmy. Výuka rozvíjí silné stránky a zájmy postiženého, méně se zaměřuje na deficity (Richman, 2006).

Základní principy:

- individuální přístup
- strukturalizace
- vizualizace

Z hlediska individuálního přístupu je zapotřebí zjistit úroveň jednotlivých vývojových oblastí dítěte, zvolit vhodný typ systému komunikace podle stupně schopnosti abstraktního myšlení, vytvořit vhodné pracovní místo, strukturovat prostředí a sestavit individuální výchovně vzdělávací plán.

Chaotickým vnitřním zkušenostem dítěte s autismem je třeba vytvořit přehledné a předvídatelné podmínky pro získávání informací. Důležité aspekty jsou prostředí, čas a pracovní program.

Lidé s autismem, stejně jako všichni ostatní lidé, mají potřebu „situovat se“ v čase, potřebují „vidět“ čas. K tomu jsou k dispozici různé pomůcky, které dítěti usnadňují časovou orientaci. K vizualizaci, ale i strukturalizaci přispívá tzv. vizualizovaný denní program. Podle schopností a možností dítěte může být veden formou diáře, nebo jako nástěnná lišta s piktogramy, fotkami či předměty znázorňujícími jednotlivé činnosti. Dítě se může na denní program kdykoliv podívat a přesně ví, jaké úkoly a v jakém pořadí ho čekají. Denní program obsahuje i motivační prvek. Dítě je schopno absolvovat i ty úkoly, které nemá příliš rádo, protože vidí, že po splnění následuje oblíbená činnost či odměna (Schopler, Mesibov, 1997).

2.1.4 Farmakoterapie

Ani farmakoterapie nezná způsob, jakým by se autismus dal vyléčit. Je však velmi důležitým prvkem v intervenci u dětí s PAS. Neléčí autismus jako takový, ale příznivě ovlivňuje některé problémové symptomy (agresivita, stereotypie, depresivní stavy, úzkost, poruchy spánku, hyperaktivita apod.). Léčba pomocí medikamentů může být dlouhodobá nebo krátkodobá, u mnohých dětí s PAS zavedení farmakoterapie není nutné vůbec. Nutno však říci, že u některých dětí není medikace účinná (Thorová, 2006).

Také je důležité mít na mysli, že ne všechno problémové chování má nutně být cílem farmakoterapie (Hrdlička, Komárek, 2004). Podle Howlin (1997) „může být naprosto nevhodné chování jediným účinným prostředkem autistického dítěte, jak komunikovat se světem“. Velmi žádoucí je tedy kombinace medikace s jinými terapeutickými přístupy, zejména s behaviorálními technikami, pomocí kterých je možné eliminovat nežádoucí chování bez léků.

2.2 Alternativní terapeutické přístupy

2.2.1 Facilitovaná komunikace

„Facilitovaná komunikace je technika umožňující nemluvícím osobám s postižením komunikovat pomocí ukazování na písmena (pokud umí číst) nebo na obrázky (když neumí), s pomocí asistenta. Asistentem může být dostatečně zkušený učitel, rodič nebo opatrovník. Jeho úkolem je zajišťovat fyzickou pomoc (označovací funkci ukazováčku, podporu ruky nebo zápěstí a podobně), ale neovlivňovat vlastní volbu obrázku nebo písmene, tedy povzbudit, ale ne vést.“ (www.dobromysl.cz/1)

O této metodě se vede mnoho diskuzí. Ti, kteří ji obhajují, tvrdí, že se tím umožňuje komunikace těm, kteří jinou možnost nemají, pokud se jim k tomu dají správné podmínky. Ti, kteří jim a této metodě oponují, věří, že to není jedinec s postižením, ale jeho asistent, který komunikuje. Studie, kterou provedla v roce 1994 Americká psychologická asociace, odhalila, že většina sdělení pocházela od samotných facilitátorů, ať vědomě, či podvědomě (Richman, 2006). V některých případech dokonce užití facilitované komunikace vedlo k falešným nařčením ze zneužívání –včetně sexuálního (Thorová, 2006), která pak měla za následek neoprávněná odebrání dětí rodičům a jejich umístění do ústavů.

2.2.2 Son – rise program

Program son – rise vytvořili manželé Kaufmanovi před 30 lety, když byl jejich synovi Raunovi diagnostikován těžký autismus. Nesmířili se s výroky lékařů, že pro Rauna nemohou nic udělat a rozhodli se jít vlastní cestou. Za nesouhlasu rodiny i odborníků začali pomalu propracovávat svůj vlastní domácí program, který podle nich Rauna z autismu vyléčil.

„Son – rise se dívá na autismus zevnitř, místo, aby se jej snažil „napravit“ navenek. Lásku a hluboký respekt považuje tento program za nejdůležitější faktor ovlivňující motivaci dítěte k učení.“

(Neubauerová – Cecavová, 2003)

Terapie probíhá v uzavřené, speciálně upravené místnosti, v tzv. Son-rise herně. Terapeut či rodič se připojuje k činnosti dítěte, čímž mu dává najevo, že to, co dělá, je

v pořádku a postupně navazuje s dítětem kontakt v „jeho světě“. Nesnaží se tedy dítě za každou cenu vtáhnout a přizpůsobit světu „našemu“. Plnohodnotná son – rise terapie trvá 8 – 12 hodin denně. Aby byla pokryta tak dlouhá doba, je zapotřebí mít k dispozici tým spolupracovníků – terapeutů či vyškolených dobrovolníků.

V praxi to vypadá tak, že dítě je po stanovenou dobu ve své herně, věnuje se svým oblíbeným činnostem a rodič či dobrovolník po něm tuto činnost opakuje. Nejedná se o pouhé napodobování činnosti, ale svým chováním dává pečující osoba dítěti najevo svůj opravdový zájem a nadšení pro danou činnost. Tím si získává důvěru a pozornost dítěte. Ve chvíli, kdy mezi nimi dojde k navázání kontaktu a dítě je interaktivní, přichází čas pro učení. „Dítě nejprve učíme sociální kontakt, oční kontakt a komunikaci, až na druhém místě je sebeobsluha či akademické znalosti.“ (Neubaurová-Cecavová, 2008)

Okamžik, kdy je dítě interaktivní, může nastat za několik minut, hodin, ale i dní nebo týdnů. V některých případech nenastane vůbec. Pokud se na tento okamžik čeká příliš dlouho, může u dítěte v určité vývojové fázi dojít k zanedbání osvojení některých dovedností, což může mít negativní vliv na celý další vývoj a pro dítě je pak velmi těžké tento deficit dohnat. Chceme-li, aby bylo v rámci svých možností soběstačné, aby dále rozvíjelo své schopnosti a potenciál, je nutné systematické vzdělávání a výchova, což podle mého názoru Son-rise program neposkytuje.

Základní principy:

- joining (připojení se k aktivitám dítěte)
- využívání přirozené motivace dítěte
- 3E (nadšení, entuziasmus a energie)
- interaktivní hra
- rodič jako hlavní terapeut
- nesoudící a optimistický postoj
- vytvoření klidného a bezpečného prostředí pro dítě (herna)

(Srbková, 2009)

Ačkoliv se můžeme na internetu i v knihách od manželů Kaufmanových (*Son - rise: Zázrak pokračuje*, 2004) dočíst výpovědi o tom, jak díky programu Son - rise byla spousta autistických dětí vyléčena, žádná vědecky ověřená data, která by to potvrdila, nebyla nikdy publikována. Někteří odborníci zpochybňují správnost diagnózy Dětský autismus u malého Rauna. Chybná diagnóza může být důvodem „vyléčení“ z autismu (Richman, 2006).

Kladným přínosem této metody je vyšší frekvence sdílené pozornosti, což může vést k posilování této dovednosti (Thorová, 2006). Je možné přes tuto metodu navázat určitou formu sociálního kontaktu s dítětem.

Negativně hodnotím zejména to, že veškerá terapeutická intervence probíhá v Son-rise herně – bezpečném a izolovaném prostředí, kde jsou naprosto jiné podmínky než v běžném životě. Pokud se dítě sociální a jiné dovednosti neučí v přirozeném prostředí, mývá velký problém tyto dovednosti užívat správně aplikovat. Tím se snižuje jeho adaptace a schopnost fungovat v běžných podmínkách.

Další nedostatek této metody vidím v častém střídání osob u dítěte v herně z důvodu pokrytí potřebné doby. To může mít negativní dopad jak na proces učení, tak na celkové pocity dítěte.

2.2.3 GFCF dieta

GFCF dieta (Gluten free Casein free diet), bezlepková a bezmléčná dieta – zde se vychází z předpokladu, že autismus je metabolická porucha, podobná celiakii[4]. Léčba je založena na vyloučení lepku a živočišného mléka v jakékoliv podobě z jídelníčku dítěte.

„Zastánci GFCF diety tvrdí, že v důsledku nekompletního trávení proteinů pronikají peptidy (fragmenty proteinů) střevní stěnou do krve a poškozují centrální nervový systém. Tyto peptidy jsou podobné morfinu a ovlivňují mozek obdobným způsobem, jako drogy. Působení těchto peptidů má podle této teorie na svědomí většinu symptomů autismu.“ (www.gfcf.unas.cz)

Na internetu lze nalézt mnohá svědectví rodičů a zastánců této metody o její úspěšnosti. Vědci a odborníci jsou zatím stále skeptičtí. Podle nejnovějších poznatků je autismus způsoben kombinací několika faktorů, jako jsou genetické anomálie, komplikace v těhotenství, různá infekční onemocnění apod. Metabolická porucha jako příčina nebyla mezi tyto faktory zahrnuta. Navíc zatím neexistují žádné objektivní vědecké studie, které by účinnost této teorie potvrdily.

[4] Celiakie = onemocnění způsobující poruchu střevního vstřebávání, podstatou je nesnášenlivost lepku (Mlčoch, 2005)

2.2.4 Vitaminové injekce (B6 a hořčík)

Léčba vitaminovými preparáty (ať už injekcemi či tabletami) není u nás příliš rozšířená a propagovaná. Ve světě slavila úspěch zejména v uplynulých padesáti letech. Ačkoliv není doloženo, že by přinášela úplné vyléčení autismu, má podle protagonistů velmi příznivý účinek na některé dílčí symptomy (dětem se po podávání vitaminů zlepšil oční kontakt, ubylo u nich autostimulační chování, měly větší zájem o okolní svět, snížila se intenzita záchvatů vzteku, zvýšila se úroveň řeči a obecně se děti zlepšily).

Léčba spočívá v podávání abnormálních dávek vitaminu B6, hořčík se podává pouze jako pomocná látka, která má zabránit případné hyperaktivitě, kterou by mohlo způsobit podávání samotného vitaminu B6 (Adams, 2007).

Léčba vysokými dávkami B6 a hořčíkem je podle ARI (Autism research institut, 1987) nejstarší a nejlépe zdokumentovanou léčební metodou. Výzkum v oblasti využití vitaminu B6 u autistických dětí začal v roce 1960. V roce 1966 dva britští neurologové, A. F. Heeley a G.E. Roberts, oznámili, že 11 z 19 autistických dětí vylučuje abnormální množství metabolitů[5] v moči. Po podání jediné tablety vitaminu B6 se množství metabolitů znormalizovalo (ARI, 1987).

Výzkumy hovoří o 30 až 50% úspěšnosti léčby (ARI, 1987, Adams, 2007). Vyčerpávající přezkum 12 publikovaných studií o používání vitaminu B6 a hořčíku však odhalilo řadu metodických nedostatků v těchto studiích (Pfeiffer SI, Norton J, Nelson L, et al.).

Žádné vědecké studie nepřinesly zprávu o vyléčení autismu pomocí vysokých dávek vitaminu B6 a podle uskutečněných výzkumů byl pozitivní výsledek sledován maximálně u 50% autistů. Prozatím neexistují laboratorní testy, které by ukázaly, kteří autisté by mohli z této terapie profitovat (Adams, 2007). Jediným testem tedy zůstává zkouška této terapie. Navíc doposud není jasné, proč je účinný právě vitamin B6.

Nejnovější dvojitě slepá placebem kontrolovaná studie neprokázala žádný zjevný přínos této terapie (RL, Maxwell K, Scotese-Wojtila J, et al.).

[5] Metabolity = organické látky, které se účastní procesu přeměny látek v těle

2.2.5 Terapie pevným sevřením

Terapie pomocí pevného držení (holding therapy) dosáhla svého vrcholu v 80. letech 20. století a byla pozůstatkem víry, že autismus je zapříčiněn chladným přístupem rodičů. Tuto metodu představila americká dětská psychiatrička Marta Welschová, která věřila, že terapie pevným objetím vede u dětí s autismem k navození zájmu o sociální kontakt a postupnému osvobození od autismu.

Při této terapii rodič dítě pevně drží, i když se dítě brání. Doporučuje se držet dítě obrácené obličejem k sobě a křičet všechny své pocity, které k dítěti chováme. Držení trvá, dokud se dítě nevyčerpá a neuklidní. Po několika hodinách terapie by dítě mělo cítit lásku a zažít pocit úlevy a bezpečí.

Dítě v objetí rodiče má prožívat ochrannou sílu, zakouší jeho autoritu a jistotu. Protesty dítěte podle zastánců této metody postupem času slábnou a mizí. Dítě pochopí, že je v bezpečí a milováno, posléze dojde ke zklidnění a vzájemnému usmíření.

Metoda může poskytovat taktilní stimulaci a zvýšit na krátkou dobu oční kontakt (Thorová, 2006). „Neprokázalo se však, že by pevné držení vedlo ke zlepšení sociálních vztahů nebo k rozvoji dovedností“ (Richman, 2006) nebo dokonce k osvobození od autismu.

Důležitým argumentem proti této metodě je častá doteková hypersenzitivita[6], přítomná u mnohých osob s autismem. Razance s jakou je objetí dítěti vnucováno, může v takovém případě vést k ještě výraznějšímu odmítání doteků (Thorová, 2006).

2.2.5 EEG Biofeedback

Biofeedback v překladu znamená *přirozená zpětná vazba*. Zpětná vazba je jakákoliv reakce okolí na náš podnět. Může být přirozená, například odpověď na naši otázku, nebo přístrojová, použití teploměru za účelem zjištění tělesné teploty. Psychologové, lékaři a odborníci pracující s biofeedbackem, používají signálů svých komplikovaných přístrojů podobným způsobem, jako každý užívá teploměr.

EEG biofeedback je metoda, která člověku umožní ovládat své mozkové vlny. Jedná se o sebeučení mozku pomocí tzv. biologické zpětné vazby. Když dostane okamžitou, cílenou

[6] Hypersenzitivita = přecitlivělost

a přesnou informaci o ladění (případně "rozladění") svých mozkových vln, může se naučit, jak je uvést do souladu.

Používá se u rozličných diagnóz (poruchy spánku, epilepsie, chronické bolesti hlavy, poruchy chování, vývojové poruchy řeči, koktavost, atd.) včetně autismu.

Technika používá snímací elektrodu, přiloženou na temeno hlavy, a dvě elektrody připevněné na uši. EEG snímač zachycuje mozkové vlny a předává je počítači. Počítač analyzuje signál a zajišťuje "feedback" - zpětnou vazbu. Zpětná vazba je informace o tom, jak fungují mozkové vlny v konkrétním okamžiku.

EEG trénink využívá kombinace toho podstatného, co lidská mysl potřebuje. Jednou z těchto věcí je činorodost, neustálá aktivita, hlad po podnětech a učení – druhou je pohodlnost, lenost, snaha ulevit si od problémů a uvolnit se. Z toho plyne, že náš mozek se rád učí, jak si řešení problémů usnadnit, zrychlit a zpříjemnit, když se mu ukáže jak.

(http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php)

Výsledky studie, která srovnávala dva dosud provedené výzkumy účinnosti biofeedbacku při léčbě autismu, naznačují, že biofeedback je účinnou intervencí u dětí s autismem (Coben, Myers, 2009). U jednoho z výzkumů bylo prokázáno snížení příznaků autismu o 26% (Jarusiewicz, 2002), ve druhém dokonce o 40% (Coben, Padolsky, 2007).

2.2.6 Preterapie

„Metoda preterapie, kterou vyvinul americký psycholog Garry Prouty, je velkým přínosem v oblasti psychoterapie zaměřené na klienta. Preterapie umožňuje navázání kontaktu s lidmi, kteří mívají nálepku „nereaguje na terapeutické působení“. Patří mezi ně dlouhodobě hospitalizovaní chroničtí pacienti na psychiatrických odděleních, lidé s hlubokou mentální retardací či jedinci s takzvanou „dvojí diagnózou“, tedy lidé trpící mentálním postižením a duševní poruchou.“ (Prouty, Werdes, Pörtner , 2005)

„Prouty za výchozí bod považuje „psychologický kontakt“ mezi terapeutem a duševně nemocným jedincem, který Carl Rogers[7] specifikoval jako jednu z nutných podmínek terapeutického procesu. Právě tento kontakt je uvedeným pacientům cizí, nezvládnou ho. Proutyho metoda je založena na principu zrcadlení či též reflektování, což znamená, že

[7] Rogers, Carl = jeden z nejvýznamnějších osobností humanistické psychologie, autor nedirektivního psychoterapeutického přístupu zaměřeného na klienta

terapeut pacientovi zrcadlí to, co vnímá. Metodu zrcadlení poprvé v psychoterapii, konkrétně na kognitivní rovině, použil Otto Rank[8]. Opakoval to, co mu klienti sdělovali, aby lépe pochopil jejich způsob uvažování. Carl Rogers metodu zrcadlení rozšířil na emocionální rovinu, aby přesněji poznal pocity a prožitky svých klientů. Prouty tento princip rozvedl ještě dále a reflektování používá proto, aby pomohl klientům navázat kontakt s realitou, se sebou samými a s druhými lidmi.“ (www.dobromysl.cz/2, 2010)

Proutyho preterapie byla ověřována a posuzována různými empirickými výzkumnými programy. V Evropě byl tento přístup přijat a dále rozvíjen především v Belgii, Itálii a Nizozemsku, od roku 1992 jej odborníci aplikují v Německu.

„Preterapie prokázala, že může být užitečným nástrojem psychoterapie, ale i metodou, kterou lze využívat při běžném provozu na psychiatrických klinikách a v ústavech pro lidi s postižením. Proto je přínosná jak pro psychology a psychiatry, tak i pro každého, kdo v této oblasti pracuje: sociální pracovníky, zdravotníky, ergoterapeuty a další.“ (Prouty, Werdes, Pörtner , 2005)

2.2.7 Montessori pedagogika

Tento program vzdělávání založila italská doktorka Maria Montessori jako nový systém výchovy na základě dlouholeté práce s malými dětmi. Po absolvování lékařské fakulty se zapojila do vzdělávání a práce s dětmi označenými jako retardované.

Program je založen na teorii, že malé děti se učí nejlépe v prostředí připomínajícím jejich domov, které je vybaveno materiály odpovídajícími jejich vývoji. Získávají tak zkušenosti, které přispívají k poznání vlastních zájmů a rozvoji nezávislosti. Učení probíhá ve speciálně upravené třídě v atmosféře zájmu a spolupráce. Studenti si rozšiřují znalosti pomocí zkušeností iniciovaných jimi samými nebo učitelem.

Primárním cílem Montessori programu je pomoci každému dítěti dosáhnout plného potenciálu ve všech oblastech života. Montessori přístup podporuje u dítěte rozvoj sociálních schopností, emoční růst a tělesnou koordinovanost stejně jako poznání. Na jednotlivce se hledí jako na celek. Tělesné, emoční, společenské, estetické a poznávací potřeby a zájmy jsou neoddělitelné a mají stejnou důležitost.

[8] Rank, Otto = rakouský psychoanalytik, spisovatel, terapeut

Tabulka 1: **Rozdíly mezi tradičním a Montessori vzděláváním**

Tradiční	**Montessori**
Učebnice, tužky, pracovní sešity.	Připravené kinestetické materiály se zapracovanou kontrolou chyby. Zvlášť vytvořené referenční materiály.
Práce a učení bez zdůraznění sociálního rozvoje.	Práce a učení odpovídá stupni vývoje dítěte.
Úzké učební osnovy.	Jednotné, mezinárodně vytvořené osnovy.
Čas rozdělený do bloků, hodinové lekce.	Integrované předměty, učení založené na vývojové psychologii.
Jednotlivé předměty.	Nepřerušované pracovní cykly.
Třída s dětmi jednotného věku.	Třída s dětmi různého věku.
Studenti pasivně a tiše sedí za stolem.	Studenti jsou aktivní, hovoří nebo spontánně pracují potichu, mají volnost pohybu.
Student se přizpůsobuje potřebám školy.	Škola se přizpůsobuje potřebám studenta.
Student získává pomoc specialisty mimo školu.	V ideálních případech přichází specialista za studentem.
Vysvědčení se soustředí na výsledek.	Hodnocení podle vývoje, přehled zvládnutých dovedností.

(http://www.montessori.cz/methodology_cz.htm, 2005)

Při práci s dětmi s PAS zatím není tato metoda příliš používaná. Její celistvý náhled na studenta a důraz na individuální přístup, přirozená motivace a rozvoj jednotlivých dovedností však může být v práci s dětmi s PAS velmi inspirativní.

2.2.8 Ostatní

Handle terapie je „neinvazivní holistická[9] alternativa k diagnostice a terapii neurovývojových odlišností, zahrnujících diagnózy poruch autistického spektra, poruch učení apod. Vytváří pro každého klienta individualizovaný program jednoduchých pohybových aktivit, jež vyžadují pouze několik jednoduchých pomůcek. Prostřednictvím pravidelné, jemné a pozvolné stimulace tyto aktivity posilují oslabené funkce a mohou zlepšit funkce nervového systému a proces učení. Handle program je vytvořen na základě informací získaných během pozorovacího vyšetření a z podrobného dotazníku a rozhovoru.“ (www.handle.org)

Na základě informací získaných z vyšetření je pak vytvořen tzv. neurovývojový profil, nebo zjednodušeně řečeno jakási mapa toho, jak jednotlivé smysly a nervový systém konkrétní osoby fungují a je sestaven program fyzických aktivit. „Handle program se skládá přibližně ze 6 až 13 cviků a zabere 15 až 30 minut. Tyto aktivity jsou jednoduché na provedení, ale neurologicky komplexní.“ (www.dobromysl.cz/3) Při jejich provádění je důležité poslouchat naše tělo a vnímat, kdy dosáhlo hranice stresu. „Handle přístup staví na zásadách, že méně je více a pomaleji je rychleji. Spolu s aktivitami je doporučena i správná výživa, která, jak je všeobecně známo, ovlivňuje procesy v lidském těle i funkci mozku.“ (www.dobromysl.cz/3)

DIR ® / Floortime™ (The **D**evelopmental, **I**ndividual Difference, **R**elationship-based) ***Model*** je „terapeutický rámec založený na tom, že pokud je dítě s autismem často a dlouho ponecháváno samotné v *jeho světě*, nemá sám žádnou motivaci tento svět opouštět, nemá podněty, které by ho stimulovaly k činnosti“ (www.icdl.com). Proto je tento program založen na intenzívní práci a trávení času s dítětem. Celodenní program se skládá z šesti až dvanácti (záleží na míře postižení dítěte) 20ti až 30ti minutových bloků, kdy se k dítěti připojí jeden z členů rodiny a tráví s ním čas *na zemi*. Partnery pro dítě v rámci Floortime terapie nemusí být pouze rodiče, ale i další členové rodiny, přátelé, sousedi, studenti či jiní dobrovolníci, předpokladem je přirozená schopnost komunikovat a znalost metody Floortime.

Metoda Floortime i filozofie DIR mohou být zakomponovány jak v domácím programu, tak ve škole nebo jako součást různých terapií (www.icdl.com). „Floortime je alternativní model výchovy a v mnoha směrech se podobá Son-rise programu. Úkolem kontaktní osoby je následovat vedení dítěte a oddat se jakékoliv hře, která budí jeho zájem

[9] Holistický přístup = celostní; dívající se na problematiku z více úhlů pohledu

a povzbuzuje dítě ke spolupráci. Rodič (učitel, dobrovolník) je konstruktivním spoluhráčem a vyžaduje – li to situace, i *provokatérem*, který vzbuzuje jeho zájem o nás.“ (Srbková, 2009) V průběhu tohoto času se rodič zklidní a příjemně naladí, pokouší se vcítit do emočního naladění svého dítěte, nechá se vést dítětem a rozvíjejí vzájemnou spolupráci, hledá způsoby, jak využít všechny aktivity dítěte nebo jeho vnitřní podněty pro společnou interakci a komunikaci (Fabiánová, 2008).

Bazální stimulace je „vědecký pedagogicko-ošetřovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Ošetřovatelská péče nebo pedagogická praxe je v konceptu strukturovaná tak, aby byly podporovány zachovalé schopnosti (komunikační a pohybové) klienta nebo žáka. Předpokladem je také práce s autobiografií (individualitou) klienta a integrace jeho příbuzných do ošetřovatelského nebo pedagogického procesu. Koncept má vypracované rehabilitační techniky pro stimulaci vnímání tělesného schématu (somatická stimulace), vestibulární[10] stimulaci, vibrační, taktilně-haptickou[11], chuťovou, optickou, auditivní[12] a olfaktorickou[13] stimulaci. Bazální stimulace je integrovatelná do klinické péče (intenzivní medicína, neonatologie, následná péče) a také do neklinické praxe (domovy pro seniory, ústavy sociální péče, speciální školy, hospice a domácí péče). U klientů s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života.“ (www.bazalni-stimulace.cz, 2010)

V rámci poruch autistického spektra se běžně používá při práci s dívkami s Rettovým syndromem. Prvky bazální stimulace však mohou být integrovány do péče o děti s diagnózou dětský autismus či jinou poruchou autistického spektra.

„Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nezákladnější (bazální) rovině lidské vnímání a komunikaci. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Díky smyslům tedy můžeme vnímat sebe sama a okolní svět.

Aby se dítě zdárně vyvíjelo po narození, je odkázáno na trvalý přísun podnětů. Ten je předpokladem vývoje diferencovaných mozkových struktur. Kognitivní vývoj si nelze představit bez prodělané zkušenosti s pohybem. Kognitivní vývoj zahrnuje vnímání, myšlení, pozornost, rozvoj řeči a také doprovodných emocionálních a sociálních procesů. Je tedy

[10] Vestibulární = týkající se rovnováhy
[11] Taktilně-haptický - taktilní = dotykový, haptický = hmatový
[12] Auditivní = sluchový
[13] Olfaktorický = čichový

potřeba poskytnout a umožnit i dítěti s vrozeným postižením dostatek pohybových zkušeností.“ (www.bazalni-stimulace.cz, 2010)

Hyperbarická terapie (Hyperbaric Oxygen Therapy – HBOT) je „procedura, během které je osoba vystavena zvýšenému atmosférickému tlaku, a to způsobuje větší absorbci kyslíku ve všech tkáních. Při použití HBOT je kyslík během natlakování hyperbarické komory tlačen do tkání, orgánů, mozku a tělních tekutin v celém těle. Kyslík zaplavuje oblasti, které měly kyslíku nedostatek a stimuluje růst a regeneraci buněk. Kyslík vytlačuje toxiny a jiné nečistoty a pomáhá detoxikaci lidského organismu.“ (www.nadejeproautismus.cz, 2008)

Vzdělávací ***program Higashi*** založila doktorka Kiyo Kitahara. V současné době fungují dvě Higashi školy, jedna v Tokyu a druhá v Bostonu. V České republice se tomuto programu nikdo nevěnuje, zatím se tedy můžeme pouze inspirovat základními principy „terapie každodenního života“ (www.bostonhigashi.org, 2007):

- Intenzivní tělesná cvičení – zajišťují regulaci biologických rytmů, odolnost, psychickou pohodu, kontakt s okolím, soustředění (v programu Higashi se nepracuje s žádnými léky)
- Emocionální stabilita – je zajištěna vysoce struktrurovaným přístupem a konzistentním prostředím, využíváním skupinové dynamiky, úzkou spoluprací učitele a žáka na základně jeho specifických potřeb
- Duševní stimulace – je zajištěna rozmanitým a intelektuálně stimulujícím prostředím, sociálními interakcemi v přirozeném prostředí

2.3 Doplňkové terapie

Vedle zmíněných základních a alternativních terapeutických přístupů existuje velké množství terapií, které zde označuji jako doplňkové.

Existuje celá řada doplňkových terapií a v této práci není prostor pro představení všech. Uvádím zde pouze ty, které se při práci s dětmi s PAS využívají nejčastěji – zooterapie, arteterapie, muzikoterapie a fyzioterapie.

Zejména ***zooterapie***, někdy také aminoterapie, je v České republice velmi oblíbenou doplňkovou terapií. Je to souhrnný termín pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které jsou založeny na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem (Mojžíšová, Lacinová, Šemberová, 2000). Podle zastánců zooterapie mohou zvířata sehrát důležitou roli v procesu psychoterapie. Mohou pro dítě s autismem být jakýmsi prostředníkem mezi jeho a „naším" světem, přítelem a společníkem. Mezi zooterapie se řadí nejznámější ***canisterapie*** (terapie pomocí speciálně vycvičených psů) a ***hipoterapie*** (rehabilitační aktivity při ježdění či polohování na koni).

Velmi oblíbenou a propagovanou terapií při práci s dětmi s PAS (zejména ve světě) je tzv. ***delfinoterapie***, terapie postavena na příznivém vlivu delfína na člověka. Kontakt s delfínem má podle výzkumníků podmořských základen příznivý vliv zejména díky ultrazvuku, který delfíni vysílají. Ten způsobuje kladné chemické a elektrické změny v organismu klienta (Kosová, 2008). Ačkoliv je plavání s delfíny dětmi oblíbenou a zábavnou činností, rozsah jejího využití je podle Thorové (2006) přibližně stejný jako u canisterapie či hipoterapie, finanční náklady jsou však nesrovnatelně vyšší. Je tedy efektivnější zvolit některou z lépe dostupných terapií.

V ***arteterapii*** má velký význam pro psychický rozvoj sám proces tvoření, který umožňuje sebevyjádření (u dětí mluvících i nemluvících), navozuje příjemný pocit uvolnění a přináší radost z výsledku (Thorová, 2006). U jedinců s autismem může výtvarné tvoření sloužit také k rozvoji poznávacích schopností. Různé barvy, tvary a vůně stimulují smysly, čímž obohacují život dítěte a otevírají mu nový prostor k sebevyjádření. Používáním různých materiálů, předmětů různých tvarů a velikostí se rozvíjí i jeho tělesná koordinace. Při řečových obtížích napomáhá výtvarná tvorba komunikaci a vyjadřování vlastních citů (Hájková, 2008).

Muzikoterapie je „léčebně-výchovná metoda vysoce komunikativního charakteru s mimořádnou šíří indikačního zaměření" (Mátejová, Mašura, 1992). Je tedy možné a v některých případech velmi přínosné použít ji také jako součást terapie u dětí s PAS. Aktivní i pasivní hudba má pozitivní dopad na vývoj dítěte.

Je nesporné, že „muzikoterapie podporuje emocionální komunikaci a dokáže být prostředníkem pro rozvoj sociální interakce. Mnoho dětí s autismem má hudbu a určité zvuky velmi rádo, u této skupiny dětí se muzikoterapie jeví jako velmi efektivní podpůrná metoda rozvoje" (Thorová, 2006). U některých dětí s PAS se však objevuje přecitlivělost na některé

zvuky či tóny, nebo na hudbu všeobecně, v takovém případě muzikoterapie není vhodná. Kontrolovaná reprodukce hudby se potom užívá v rámci desenzibilizace[14] (Thorová, 2006).

„***Fyzioterapie*** nepředstavuje pouze různé formy ***rehabilitace***, ale v širším slova smyslu i jiné pohybové aktivity, které jsou pro dobrý vývoj jedinců s poruchou autistického spektra prospěšné a měly by se stát součástí každodenního programu. Přirozené uvolňování endorfinů[15] při pohybových aktivitách vede k dobrému naladění, snižuje problémové chování a zvyšuje schopnost přijímat nové informace.“ (Thorová, 2006)

Děti s poruchami autistického spektra mají mnohdy velmi specifické potřeby a často není možné je začlenit do kolektivu vrstevníků a zařadit do běžných volnočasových aktivit. Výhodou u doplňkových terapií je vždy přítomnost odborníka, který danou terapii poskytuje.

V druhé kapitole byl předložen ucelený a přehledný výčet terapeutických přístupů, které se aplikují v rámci péče o děti s PAS. Mezi základní terapeutické přístupy patří behaviorální terapie (zejm. Aplikovaná behaviorální analýza), kognitivně-behaviorální terapie, strukturované učení a farmakoterapie. Do skupiny alternativních terapií jsou řazeny následující: facilitovaná komunikace, Son-rise program, GFCF dieta, vitaminové injekce, terapie pevným sevřením, biofeetback a další. Pro úplnost byly popsány též některé doplňkové terapie, úplný výčet v tomto případě není možný z důvodu velkého množství nabízených možností a omezeném rozsahu a tématu této práce.

Popis a hodnocení efektivity jednotlivých terapeutických přístupů byly provedeny na základě studia dostupných dokumentů – odborných publikací, vědeckých studií a výzkumů a v neposlední řadě vlastních zkušeností s jednotlivými terapeutickými přístupy.

[14] Desenzibilizace = snížení citlivosti
[15] Endorfiny = „hormony štěstí“; tělem produkované opiátům podobné substance, řazené mezi tzv. neurotransmitery (chemické poslovské látky), působí jako katalizátory nálad

3 Hlavní prvky čtyř nejpoužívanějších terapeutických přístupů

V následující kapitole představuji vybrané techniky čtyř nejpoužívanějších terapeutických přístupů – dvou základních (strukturované učení, kognitivně-behaviorální terapie) a dvou alternativních (Son-rise program, GFCF dieta). Tím vzniká možnost pro srovnání jednotlivých prvků základních a alternativních terapií mezi sebou. Některé prvky jsou si velmi podobné, jiné si naopak zcela odporují.

3.1 Základní terapeutické přístupy

Nejpoužívanějšími základními terapiemi jsou: Strukturované učení a kognitivně-behaviorální analýza.

Jak vyplývá z odborné literatury a výzkumných studií, jsou tyto dva terapeutické přístupy nejvíce vědecky podložené a jejich výsledky jsou objektivně potvrzeny.

Řadí se mezi tzv. edukativní přístupy a tudíž se nejčastěji využívají ve vzdělávacích zařízeních či doma v rámci výchovy.

3.1.1 Prvky strukturovaného učení

Individuální přístup

Každé dítě s autismem je jiné, každé má své vlastní priority, schopnosti i jejich hranice. Individuální přístup je vlastní všem terapeutickým přístupům používaným při práci s dětmi s PAS, je to jeden z prvků, který mají všechny terapie společný. Považuji ho za základní stavební kámen, ze kterého je nutné vycházet při jakékoliv činnosti s dětmi s PAS. Na základě individuálních schopností a potřeb dítěte je možné volit další techniky a prvky jednotlivých terapeutických přístupů.

Strukturalizace

Při předávání informací dítěti s PAS je důležité, aby se dobře orientovalo v dané situaci, aby rozumělo tomu, co se kolem něj děje a dovedlo předvídat, co bude následovat. Jedině tak je schopné přijímat nové podněty a učit se.

- Struktura času: Orientace v čase a vůbec pochopení času je častým problémem dětí s autismem. Čas se stává konkrétní díky speciálním vizuálním pomůckám, zejm. vizualizovanému dennímu programu. K časovému ohraničení jednotlivých činností je možné použít například budík či kuchyňskou minutku („až zazvoní, půjdeme na svačinu“).
- Struktura prostředí: Je důležité mít jasně definovaná místa na jednotlivé činnosti (stůl pro individuální práci s dítětem, jídelní stůl, prostor pro volnou hru, prostor pro odpočinek apod.) a vytyčená místa pro konkrétní činnosti pokud možno nepřemisťovat ani neprovádět jinou činnost na místě, které k tomu není určené. Stejně důležité je také vymezení hranic mezi jednotlivými místy (paravany, barevné koberce).
- Struktura pracovního programu: Stejně jako je nutné jasně definovat pracovní prostor, je důležité strukturovat i pracovní program. K tomu se často užívají tzv. pracovní krabice s vnitřní strukturou (prostor krabice rozdělený pomocí přihrádek). Dítě pracuje systematicky zleva doprava – na levé straně stolu jsou krabice s úkoly, které má dítě vykonat, na pravou stranu odkládáme krabice s již splněnými úkoly.

Vizualizovaný denní plán

Lidé s autismem, stejně jako všichni ostatní lidé, mají potřebu „situovat se“ v čase, potřebují „vidět“ čas.

„Pokud jim tuto vizualizaci času neposkytneme z venku, pomohou si sami. Musí si vytvořit svoji vlastní předvídatelnost, což dělají skrze nefunkční rituály a stereotypy. Jestliže se sled činností některý den změní, nastávají obvykle velké „problémy s chováním“. Existuje velká pravděpodobnost, že pokud bude tato změna zaznamenána ve vizualizovaném denním programu a tudíž na ni bude dítě připraveno, k žádným problémům nemusí dojít.“

Vizualizovaný denní program se používá ke znázornění jednotlivých činností a úkolů, které dítě během dne čeká. Využívat se může jak doma, tak ve škole, příp. v jiném vzdělávacím zařízení. Forma programu se odvíjí od možností a schopností dítěte. Některé děti mají svůj program vedený formou diáře, jiné mají lištu s obrázky (fotografiemi, piktogramy)

nebo předměty, které jsou k liště připevněny suchým zipem a znázorňují jednotlivé činnosti. Po splnění úkolu se postupně z lišty odebírají.

Vizualizovaný denní program nebo časový plán pomáhá dítěti s autismem předvídat události, které budou následovat. Tato možnost jednak zmenšuje úzkost z toho, co ho čeká, jednak frustraci z toho, že neví, kdy se bude moci věnovat své oblíbené činnosti. Časový plán také motivuje k dokončení obtížného nebo nepříjemného úkolu, pokud dítě vidí, že bude následovat oblíbená činnost (Mesibov, Schopler, 1997).

Motivační prvek

Oblíbená motivační pomůcka je tzv. **Žetonové hospodářství**. Žetony dítě dostává jako odměnu za splnění úkolu, samostatné provedení určité činnosti (např. oblékání) apod. Existují různé způsoby, jak dítě odměňovat. Jedna z možností je například tabulka, kam si dítě žetony postupně přidává a při dosažení daného počtu má nárok na odměnu v podobě pamlsku nebo určité výsady, oblíbené činnosti apod. Nebo si dítě může místo dostávání žetonků pouze kreslit sluníčka (puntíky, kytičky) do tabulky, nebo nalepovat samolepky.

Tento systém napovídá dítěti, jak dlouho bude trvat, než dosáhne odměny a zároveň tuto dobu může svým chováním ovlivňovat. Odměna žetony může být velmi účinná, jestliže má dítě pracovat nezávisle, ať už ve škole nebo doma při běžných činnostech (Shopler, Reichler, Lansingová, 1998).

Žetonové hospodářství může mít i negativní charakter. Dítě sbírá žetony za špatné či nevhodné chování a při dosažení určitého počtu o odměnu naopak přijde. Také je možnost kombinace dobrých a špatných žetonů, když špatné se mohou vyrušit těmi dobrými. Dítě je tak motivováno k napravení svého nevhodného chování. Variant je velké množství a je možné každou z nich přizpůsobit možnostem dítěte, od nejjednodušší formy „splněný úkol = odměna“ (vhodné zejména na začátku práce s žetonovým hospodářstvím) až po složitější a propracovanější formy pro děti s Aspergerovým syndromem či vysocefunkčním autismem.

Aby byl systém žetonového hospodářství účinný, neměly by být žetony používány jinak než pouze jako odměna. Pokud s nimi přijde dítě do kontaktu např. při hraní, ztrácí pro něj smysl snažit se o jejich získání. Rozdávání žetonů může také někdy rozptylovat, trvá-li proces předávání a umísťování žetonu do tabulky příliš dlouho, odvádí pozornost dítěte od probíhající činnosti a tento systém ztrácí účinnost (Schopler, Reichler, Lansingová, 1998).

3.1.2 Prvky kognitivně-behaviorální terapie

Aplikovaná behaviorální analýza

Aplikovaná behaviorální analýza vychází z EDM - Eden Decision Model (Holmes, 1997), což je terapeutický postup, který je používán při změně problémového chování. Je rozdělen do pěti kroků, jejichž pořadí musí být striktně dodrženo:

1) Zaznamenávání problémového chování

Při behaviorální analýze je nutné zjistit kdy, kde, s kým a při čem se problémové chování vyskytuje či nevyskytuje, co chování předchází a co za ním následuje (Hrdlička, Komárek, 2004). K zaznamenávání průběhu problémového chování můžeme použít například Záznamový arch (tabulka 4) (Richman, 2006).

Tabulka 4: **Záznamový arch:**

Čas	A (antecendent)	B (behavior)	C (consequence)

Zdroj: Shira Richman – Výchova dětí s autismem, 2006

Problémové chování, zvláště u dětí s mentální retardací a hlubokým autismem, může být způsobeno zdravotními problémy. O těchto aspektech uvažujeme zvláště tehdy, chybí-li u dítěte funkční komunikace a dítě nám tak není schopno samo říct, jestli ho něco bolí (Hrdlička, Komárek, 2004).

2) Analýza prostřední

Zkoumáme vzájemné působení dítěte s PAS a jeho okolím. Z analýzy chování můžeme zjistit, zda k problémovému chování nedochází stále na stejném místě, při stejné situaci, za přítomnosti jednoho konkrétního člověka apod. Když zjistíme proč, proč k nežádoucímu chování dochází, můžeme příčinu odstranit a tím zmírnit problémové reakce na daný podnět.

3) Analýza činností a volného času

Přistupujeme k ní, pokud analýza prostředí neprokázala přítomnost spouštěčů problémového chování.

Zjišťujeme, jestli úkol není pro klienta příliš těžký nebo dlouhý a následně nudný. Dále zkoumáme, zda úkoly a celková náplň dne dávají klientovi smysl (Hrdlička, Komárek 2004).

4) Odměny za vhodné chování

„Zpevňující podnět" definujeme jako jakoukoli událost, která následuje-li po určitém chování, zvyšuje pravděpodobnost možného výskytu tohoto chování v budoucnosti (Mudroch, 1996). „Zjednodušeně řečeno jde o systém odměn, který pomáhá vyššímu výskytu projevů vhodného chování z repertoáru klienta." (Hrdlička, Komárek, 2004)

5) Averzivní tlumení

Užívá se zejména při potřebě momentálního zvládnutí problémového chování. „Pro dosažení dlouhodobých změn v chování je výhodnější používat neaverzivní terapii." (Hrdlička, Komárek, 2004)

Restriktivní postupy se dají rozdělit na tři kategorie – fyzická restrikce, mechanická restrikce, farmakologická restrikce, přičemž dle Holmes (1997) byla stanovena jako nejméně omezující fyzická restrikce, pak mechanická a jako nejvíce restriktivní farmakologická restrikce.

K fyzické restrikci jsou užívány speciální úchopy vyvinuté odborníky tak, aby jimi bylo možné jemně a bezbolestně klienta v afektu znehybnit a tím minimalizovat riziko úrazu.

KBT s prvky Preterapie

Zrcadlení, neboli kontaktní reflexe je základním prvkem Preterapie a v rámci kognitivně-behaviorální terapie se používá k navázání kontaktu s klientem, který obtížně komunikuje. Existuje pět druhů kontaktních reflexí:

- Situační reflexe – Terapeut sleduje aktuální klientovu situaci, okolí a prostředí, v němž se nachází, a reflektuje klientovo chování. („Díváš se z okna", „Pavel drží v ruce hrnek")

- Obličejové reflexe – Terapeut se dívá klientovi do tváře a pozoruje předexpresivní[16] emoce („Pavel se usmívá“, „Tváříš se rozzlobeně“). Tento druh reflexí podněcuje kontakt na rovině emocí.
- Tělové reflexe – Pro některé klienty bývají typické bizarní držení těla, gesta a pohyby. Terapeut je může reflektovat slovně nebo tělesně. („Pavel má ztuhlé tělo“, „Pavel se kolébá“, nebo jeho činnost přímo zopakuje či napodobí)
- Slovní reproduktivní reflexe – Terapeut pozorně naslouchá a reflektuje slovo, byť jeho významu nerozumí, aby klient byl přijat jako rovnocenný partner v komunikaci. Klient tímto přístupem bývá povzbuzen a pak často svůj projev rozšíří. („- Nesouvislý projev… - běžet, - nesouvislý projev… - strom, nesouvislý projev… - papír“: terapeut bude reflektovat tři vyslovená slova.) Příležitostně může reflektovat i neverbální zvuky, což napomáhá rozvíjet komunikační kontakt.
- Zopakované reflexe – Zopakované reflexe ztělesňují základ opětovného kontaktu. Princip je prostý: vidí-li terapeut, že předchozí reflexe byla účinná, použije ji znovu. Zopakované reflexe přitom mohou být dlouhodobé („Minulý týden jste řekla *dítě* a teď kolébáte panenku, jako byste držela dítě“)nebo krátkodobé („Usmál jste se.“ po několika minutách „Stále se usmíváte“).

(Prouty, Werde, Portner, 2005)

3.2 Alternativní terapeutické přístupy

Nejvíce propagovanou alternativou základního terapeutického přístupu je Son-rise program. Zde předkládám vybrané prvky tohoto programu: joining, Son-rise herna, využívání motivace dítěte a učení pomocí interaktivní hry.

Další velmi oblíbenou alternativní terapií je GFCF dieta, která neobsahuje jednotlivé techniky, a tak se v odstavci 3.2.2 věnuji diskuzi o pojetí a efektivitě tohoto přístupu.

3.2.1 Prvky Son-rise programu

Joining

Jeden ze základních prvků Son-rise programu. Jedná se o připojení k rituálům a zvláštním činnostem dítěte, napodobování. Podle pravidel Son-rise programu by měl joining

[16] Předexpresivní = „metapsychologický koncept představující tendenci k vyjádření zkušenosti, která teprve má být integrována“ (Prouty, 1997)

probíhat ve speciální místnosti, tzv. Son-rise herně (viz dále), která je speciálně upravená tak, aby maximálně vyhovovala potřebám dítěte.

Joining není jen trávením volného času podle představ dítěte, bezmyšlenkovité opakování činnosti. Díky napodobování chování dítěte se mu pečující osoba může více přiblížit, vžívá se do situace dítěte, sdílí s ním danou činnost. Může si tak navodit podobné pocity a vjemy, které zažívá dítě. Zároveň mu tím dává najevo, že to, co dělá je v pořádku, přijímá ho a respektuje.

Tímto způsobem se efektivně pracuje na sociálním kontaktu a upevňování vztahu s dítětem, což je velmi důležité při další práci. Nejedná se tedy primárně o výchovný prvek, ale o prostředek k navázání kontaktu, důvěry a hlubšího vztahu.

Na základně takto vypěstovaného vztahu a důvěry je možné dále stavět.

Son-rise herna

Son-rise herna je místnost speciálně upravená podle potřeb dítěte. Je vybavená tak, aby obsahovala co nejméně rušivých podnětů a poskytovala dítěti bezpečný a příjemný prostor. Dítě je v domácím prostředí, kde má možnost navazovat kontakt se svými nejbližšími.

Hračky jsou zpravidla ve dvou provedeních (pro dítě a pro rodiče/terapeuta/ dobrovolníka) a jsou umístěné na policích mimo dosah dítěte. Pokud o některou z hraček dítě projeví zájem, musí si aktivně o tuto hračku říct. Tím je podpořena interakce mezi ním a přítomnou osobou.

V Son-rise herně se neříká „ne“. Vše je povoleno. Proto je velmi důležité dbát na adekvátní vybavení místnosti a přítomnost pouze těch předmětů, se kterými nemůže dítě ublížit sobě, jiné osobě či věcem.

„Son-rise herna pomáhá dítěti zpracovávat svět po malých částech ve vlastním tempu. Nejedná se o izolaci, jelikož se rodiče a dobrovolníci věnují dítěti mnohem intenzivněji a déle, než by se mu kdo byl schopen věnovat ve škole. Pobyt v herně je hlavně přípravou na „pobyt venku“ v době, kdy na něj dítě bude zralé a nebude ho děsit.“ (Neubauerová-Cecavová. 2008)

Využívání motivace dítěte

V *Son-rise Programu* se děti učí zásadně v době, kdy chtějí být učeny. To někdy může znamenat celé hodiny a někdy i dny čekání na vhodný okamžik. Ale to, co se dítě naučí z vlastního popudu, a v době kdy se chce učit, má pro něj mnohem větší význam. Dítě se tím učí, aby mělo učební proces rádo. Je pak také schopno dokázat věci, které by donucovacími metodami nikdy nedokázalo.

Slovem „motivace" není myšlena odměna. Nevýhodou odměn (jako např. sladkost, či povolení oblíbené činnosti) může být to, že podněcují dítě spíše k automatickému opakování zadané věci, ale dítě si už méně uvědomuje, proč by mělo zadanou věc dělat. Místo toho „hledáme u každého dítěte jeho vlastní jedinečnou motivaci" (www.autismtreatmentcenter.org, 2008), kterou při procesu učení využijeme.

„Nikdy nepoužívám praktiku typu: neuděláš - nedostaneš. Chci však dítěti ukázat, že pokud se naučí se mnou komunikovat, věci se budou dít mnohem rychleji. Pokud ne, budu sice stále přátelská, ale žádaná činnost se uskuteční s jistou časovou prodlevou." (Neubauerová-Cecavová, 2008)

Učení pomocí interaktivní hry

Učení pomocí interaktivní hry znamená, že se dítě snažíme něco naučit pouze v případě, že je dítě interaktivní tj. jeví o mně nějakým způsobem zájem (dívá se na mě, dotýká se mě, dívá se mým směrem, směje se tomu co dělám atd.). Učíme nejprve sociální kontakt, oční kontakt a komunikaci, až na druhém místě je sebeobsluha či akademické znalosti)

V životě dětí a dospělých s autismem jsou často momenty, kdy dítě je tzv. ve svém světě. V těchto případech je na místě především princip č. 1 joining. Až teprve v případě, že se o mě dítě začne zajímat začíná být smysluplné jej něco učit.

V *Son-rise Programu* učíme děti zásadně v době, kdy chtějí být učeny. Ano, to někdy může znamenat celé hodiny a někdy i dny čekání na vhodný okamžik. Ale to co se dítě naučí z vlastního popudu, a v době kdy se chce učit, má pro něj mnohem větší význam. Dítě tím učíme, aby mělo učební proces rádo. Je pak také schopno dokázat věci, které by donucovacími metodami nikdy nedokázalo.

(Informace v kapitole 5.2.1 byly čerpány z: http://www.srp-terapeut.cz/son-rise-program/zakladni-principy)

3.2.2 GFCF dieta

GFCF dieta má jediný princip – vyloučení lepku a mléčných výrobků z potravy. V této kapitole se tedy zaměřím spíše než na popis tohoto principu, který je v zásadě jasný, na to, za jakých podmínek může GFCF dieta pomáhat a proč.

Děti s PAS často trpí zažívacími problémy, zácpou nebo naopak průjmy. Mnohdy neumí říct, že je něco bolí a způsob, jakým nám svou nepohodu dávají najevo tak můžeme vnímat jako nevhodné či problémové chování. To samozřejmě může mít různé příčiny, nesnášenlivost některé látky a zdravotní problémy z toho plynoucí mohou mezi tyto příčiny patřit. Nasazením vhodné diety je možné zmírnit zdravotní problémy a tím i odstranit důvod nežádoucího chování. Ne vždy je ale problémové chování způsobeno špatným zažíváním nebo nesnášenlivostí některých látek, proto diety nefungují u všech dětí. Dieta nedokáže autismus zcela vyléčit, může pouze minimalizovat některé jeho projevy zlepšením zdravotního stavu vyloučením látek, které tyto projevy způsobují.

Jak již bylo zmíněno několikrát, každé dítě je jiné, má jiné potřeby a jiné vnitřní nastavení. Není potvrzeno, že autismus je způsoben metabolickou poruchou, ale je možné, že autismus s sebou může nést určitou predispozici či větší náchylnost k nesnášenlivosti určitých látek. V takovém případě by samozřejmě speciální dieta byla na místě a určitě by napomohla ke zlepšení stavu i chování dítěte.

Podle výpovědí odborníků i rodičů dětí, které GFCF dietu držely je zřejmé, že v některých případech je velmi efektivní. Děti, které byly dříve hyperaktivní, nesoustředěné nebo apatické se po určité době po vyloučení glutenu[17] a kaseinu[18] ze stravy dokázaly lépe soustředit, zklidnily se a jakoby se „probudily“.

Ačkoliv není zatím vědecky doloženo, proč GFCF dieta pomáhá, je pravděpodobné, že určitá souvislost mezi nesnášenlivostí glutenu a kaseinu a dětským autismem existuje. Metabolická porucha, která způsobuje nesnášenlivost glutenu a kaseinu, může být důsledkem autismu, jejím dalším (ne nezbytným) průvodním jevem, nebo nemusí s autismem souviset vůbec. Žádný provedený výzkum však nepotvrdil, že by byla jeho příčinou.

To by vysvětlovalo, proč je u některých dětí GFCF dieta účinná a u jiných ne. U dětí s autismem, u kterých dieta nepomáhá v odbourání některých projevů autismu, může být příčina těchto projevů jiná. U dětí, které nesnášenlivostí glutenu a kaseinu trpí, samozřejmě vyloučení těchto látek ze stravy vede ke zlepšení.

[17] Gluten = lepek
[18] Kasein = hlavní protein v kravském mléce

Třetí kapitola poskytuje přehled hlavních technik čtyř nejčastěji používaných terapeutických přístupů, strukturovaného učení, kognitivně-behaviorální terapie, son-rise programu a odstavec o GFCF dietě se věnuje efektivitě této metody.

Kapitola umožňuje srovnání jednotlivých technik základních a alternativních terapeutických přístupů. Díky tomu je možné sledovat určité podobnosti a naopak rozdíly mezi základními a alternativními terapiemi.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumné šetření

Důvodem výzkumného šetření byla potřeba zjistit, jaké terapeutické přístupy v dnešní době používají odborníci, kteří se věnují problematice poruch autistického spektra, jak vnímají alternativní přístupy, jestli a případně jakým způsobem používají prvky vycházející z alternativních terapií a jaký mají názor na možnost kombinace prvků ze základních a alternativních přístupů v rámci péče o děti s autismem. Rodiče, kteří tvořili část respondentů, mi poskytli informace zejména o vlastních zkušenostech s alternativními terapiemi a jejich funkčními prvky.

Výzkumná sonda přinesla informace týkající se pouze oslovených respondentů, výsledky se nedají zobecňovat a tudíž nevypovídají o celkovém stavu. Poskytuje pouze určitý vhled do situace a otevírá možnosti dalšího zkoumání.

4.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem provedeného výzkumného šetření je získat informace o možnostech kombinace prvků alternativních terapeutických přístupů s prvky terapií základních.

K dosažení tohoto cíle bylo nutné získat od respondentů odpovědi na následující **výzkumné otázky:**

- Jaký terapeutický přístup volí respondenti při práci (resp. výchově) s dětmi s PAS?
- Jaký mají respondenti názor na alternativní terapie?
- Používají prvky vycházející z alternativních terapií a jakým způsobem?
- Jaký mají názor na možnost kombinace jednotlivých prvků základních a alternativních terapeutických přístupů při práci s dětmi s PAS?

Je důležité vědět, s jakým terapeutickým přístupem oslovení odborníci i rodiče pracují, a jaký mají názor na alternativní terapie. Pokud chci specifikovat možnosti kombinace jednotlivých

terapeutických přístupů, musím také zjistit, které prvky alternativních terapií a jakým způsobem respondenti používají, které se jim v praxi osvědčily a které se jim naopak zdají nefunkční. Poslední výzkumnou otázkou – jaký mají dotazovaní názor na kombinaci jednotlivých prvků – se pokusím na výzkumném vzorku ověřit svou domněnku o možném zvýšení efektivity terapeutického působení pomocí kombinace funkčních prvků alternativních terapií s technikami základních terapeutických přístupů.

4.2 Metodika sběru dat

Výzkumná sonda byla provedena kvalitativní formou dotazování. Ke zjišťování informací jsem použila nestandardizované rozhovory.

Získané odpovědi jsem zaznamenávala písemně. Tento způsob se ukázal jako výhodný, ačkoliv byl časově náročnější, než audio záznam. Respondenti měli více času a často mi poskytli i doplňující informace k jednotlivým odpovědím, které je napadly, než jsem předchozí odpověď zapsala.

Soubor respondentů tvořili rodiče dětí s PAS a odborníci, kteří se problematice poruch autistického spektra věnují. Díky těmto rozhovorům jsem získala cenné informace o používaných terapeutických přístupech a jednotlivých technikách, které mohu využít v další části této práce.

Výzkumná sonda = způsob vědeckého zkoumání nevelkého rozsahu

Tato výzkumná sonda slouží pouze jako vhled do situace, naznačuje možnosti použití některých dílčích technik v rámci péče o děti s autismem a otevírá možnost pro další zkoumání.

Kvalitativní výzkum = nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím. (Disman, 2006)

Kvalitativní výzkum umožňuje vhled do zkušeností komunikačních partnerů a zjištění jejich interpretace zkušenosti. Velký prostor je však ponechán také interpretacím výzkumníka, což je zároveň výhoda i úskalí (Hendl, 2005).

Kvalitativní výzkum má jistá omezení. Získané informace a z nich vyvozené závěry jsou odrazem skutečnosti týkající se pouze dotazovaných osob. Závěry nelze generalizovat

na širší populaci, nelze kvantitativně definovat, že jsou platné. Pro účely této bakalářské práce jsou však dostačující.

Nestandardizovaný rozhovor = interakce mezi tazatelem a respondentem, pro kterou má tazatel jen velice obecný plán. Tento plán je pouhou kostrou celého rozhovoru, kterému konečnou podobu dává až interakce s respondentem. (Disman, 2006)

Nestandardizované interview řeší nevýhody plně strukturovaného rozhovoru. Nabízí dostatek volnosti pro vedení rozhovoru, který není omezen předem stanovenou strukturou.

V rámci této výzkumné sondy jsem měla připravené tzv. jádro, okruhy otázek, které jsou uvedeny v úvodu této kapitoly. Pořadí otázek jsem podle potřeby mohla libovolně měnit, a celé schéma rozhovoru bylo možné obohatit o doplňující tzv. Ad - hoc otázky[19].

Rozhovory probíhaly zpravidla tváří v tvář, pouze ve třech případech (u respondentů, jenž nepůsobí v Praze či okolí) jsem užila komunikaci prostřednictvím elektronické pošty.

4.3 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvoří celkem 18 respondentů. Z toho 15 žen a 3 muži. Profesní rozložení respondentů je následující: speciální pedagogové (2), terapeuti (2), osobní asistenti (12) a rodiče dětí s PAS (2).

Speciální pedagogové mají vysokoškolský titul ze Speciální pedagogiky a jejich náplní práce je zejména raná péče, do které spadá nácvik sociálních dovedností, rehabilitační péče a poradenství v oblasti práce s dětmi s PAS.

Terapeuti, kteří mi poskytli informace, stojí názorově proti sobě. Jeden z nich absolvoval výcvik v kognitivně-behaviorální terapii a praktikuje ji již 12 let. Druhý terapeut je žena vyškolená jako dětský facilitátor Son-rise programu, jež pracuje s dětmi s PAS přes 10 let. Oba dva mají velké množství zkušeností, během své praxe se setkali s desítkami dětí s PAS.

Soubor osobních asistentů je největší. Jsou nepostradatelnými články v práci s dětmi s PAS a jejich náplň práce je velmi rozmanitá. Ti, u kterých je v tabulce 1 v závorce uvedeno „ped.“, pracují jako osobní asistenti ve školách (3), tedy jako asistenti při výuce žáka s PAS.

[19] Ad-hoc otázky = (z latiny – jen pro tento případ, k tomuto) Otázky, které tazatel musí vymyslet jako reakci na respondentovu předchozí odpověď

Ti, u nichž je v závorce „respit. p.“ se věnují respitní péči[20] (3). 2 pracují v domově se zvláštním režimem a ostatní (4) pracují v rámci volnočasových aktivit, asistují dětem s PAS při cestování ze školy domů nebo je doprovázejí na kroužky. Jeden z osobních asistentů je zároveň dobrovolníkem Son-rise programu.

Měla jsem možnost oslovit odborníky s několikaletými zkušenostmi v práci s PAS, většina respondentů má ukončené vysokoškolské vzdělání v oboru nebo jejich studium právě probíhá. Všichni využívají možnosti dalšího sebevzdělávání (kurzy, semináře).

Poslední podskupinu respondentů tvoří rodiče dětí s PAS (2).

R1 je matka desetiletého chlapce s diagnózou Aspergerův syndrom a ADHD[21]. Intelektově je v nadprůměru, navštěvuje základní školu, kde mu pomáhá osobní asistent. Trpí ale poruchou hrubé i jemné motoriky, je hyperaktivní, špatně se soustředí, má oslabený respekt k autoritám a sklon k afektivní labilitě. Má vyhraněné zájmy (železnice, jízdní řády), rád cestuje.

R2 je matka jedenáctiletého chlapce s vysocefunkčním autismem. Chlapec navštěvuje základní školu, kde má také k dispozici svého osobního asistenta. Je uzavřený, obtížně si zvyká na nové lidi, většinou není příliš komunikativní, někdy je úzkostný. Když byl malý, napadl ho vlčák, od té doby se velmi bojí psů. Mezi oblíbené činnosti patří návštěvy bazénů a aqua parků, učí se hrát na flétničku.

[20] Respitní péče = odlehčovací péče; osobní asistent se několik dní stará o dítě s PAS a tím umožňuje jeho rodičům odpočinek nebo čas pro vyřízení potřebných záležitostí
[21] ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder – Porucha pozornosti a hyperaktivita

Tabulka 2: **INFORMACE O RESPONDENTECH**

Respondent	Pohlaví	Dosažené vzdělání	Pracovní pozice	Praxe (v letech)
1 (SP1)	F	Mgr. – Speciální pedagogika	Speciální pedagog, přímá a rehabilitační péče	5
2 (SP2)	F	Mgr. – Speciální pedagogika (psychopedie, tyflopedie)	Speciální pedagog, raná péče, nácviky soc. dovedností	2
3 (T1)	M	PhDr., PhD. – PEDF UK - Speciální pedagogika, výcvik KBT	Individuální terapeut, supervizor v DOZP	12
4 (T2)	F	Středoškolské, Certifikát dětského facilitátora Son-rise programu (ATCOA[22])	Dětský facilitátor Son-rise programu (terapeut)	10
5 (A1)	F	Studující PEDF UK – Učitelství pro SŠ (3. ročník)	Osobní asistent	4
6 (A2)	F	Studující PEDF UK – Speciální pedagogika, psychologie (5. ročník)	Osobní asistent	3
7 (A3)	M	Mgr. - HTF UK – Psychosociální studia	Osobní asistent	6
8 (A4)	F	Studující PEDF UK – Speciální pedagogika, Kurz pro pracovníky v soc. službách, školení SRP	Osobní asistent, dobrovolník Son-rise programu	3
9 (A5)	F	Středoškolské zdravotnické, Kurz osobního asistenta	Osobní asistent (respit. p.)	6
10 (A6)	M	Středoškolské s maturitou	Osobní asistent (respit. p.)	5
11 (A7)	F	Středoškolské s maturitou – Sociální studia, Kurz komunikace s lidmi s PAS, Kurz fyzické restrikce - úchopy	Osobní asistent (respit. p.)	1,5
12 (A8)	F	Bc. – PEDF UK – Speciální pedagogika	Osobní asistent (ped.)	3
13 (A9)	F	Mgr. – FF UK – Psychologie, Bc. – PEDF UK – Speciální pedagogika	Osobní asistent (ped.)	7
14 (A10)	M	Středoškolské, Kurz osobního asistenta	Osobní asistent (ped.)	4
15 (A11)	F	Studující FF UK – Katedra sociální práce	Os. asistent v domově se zvlášntím režimem	3
16 (A12)	F	Studující PEDF UK – Speciální pedagogika (3. roč.); Kurz os. asistenta (150 hod.)	Os. asistent v domově se zvláštním režimem	3
17 (R1)	F	---	Rodič chlapce s Aspergerovým sy	10
18 (R2)	F	---	Rodič chlapce s autismem	11

[22] ACTOA = Autism Treatment Center of America

4.4 Výsledky výzkumného šetření

Následující část obsahuje výsledky získané z provedené výzkumné sondy.

Informace jsou sloučeny do čtyřech hlavních kategorií na základě definovaných výzkumných otázek a utříděny podle nalezených pravidelností: používaný terapeutický přístup při práci s dětmi s autismem, názor na alternativní terapeutické přístupy, používané/zajímavé dílčí techniky jednotlivých alternativních terapií a názor na kombinaci prvků alternativních a základních terapeutických přístupů.

Výsledky jsou doplněny citacemi respondentů, vlastními interpretacemi a postřehy. Pro lepší přehlednost jsou jednotlivé odpovědi ve zkrácené verzi utříděné do tabulky 3. Čísla respondentů korespondují s tabulkou 2, tudíž je možné sledovat souvislosti mezi informacemi o respondentech (vzdělání, délka praxe, pracovní pozice) a jejich odpověďmi.

4.2.1 Upřednostňovaný terapeutický přístup při práci s dětmi s PAS

- **Speciální pedagogové:**

SP1 pracuje s dětmi s PAS 5 let v přímé a rehabilitační péči. Volí **strukturované učení**, zejména **vizualizaci**, dále pak **prvky kognitivně-behaviorální terapie** a **alternativní komunikaci**. *„Strukturované učení nabízí potřebnou přehlednost a komplexnost pro práci dítěte“*.

SP2 působí 2 roky v občanském sdružení, kde se věnuje rané péči a nácvikům sociálních dovedností. Při práci volí *„kombinaci přístupů šitých na míru konkrétnímu dítěti“*. Používané přístupy jsou: **strukturované učení, Son-rise program, Handle program, PECS[23] (VOKS) a jiná alternativní komunikace, dietní přístupy, terapie pevným sevřením**.

- **Terapeuti:**

T1 má v práci s dětmi s PAS praxi 12 let a působí jako individuální terapeut KBT. Pracuje pouze s **kognitivně-behaviorální terapií**, případně **behaviorální terapií** – v případech, kdy není možné užít KBT.

[23] PECS (VOKS) = angl. Picture Exchange Communication System (Výměnný Obrázkový Komunikační Systém)

T2 působí v ČR jako jediný terapeut Son-rise programu (vlastní certifikát ACTOA) a s dětmi s PAS pracuje přes 10 let. Již šestým rokem používá **Son-rise program**, který považuje za *„efektivní pomoc dětem s PAS“*.

- **Osobní asistenti:**

Většina dotazovaných osobních asistentů volí jako hlavní terapeutický přístup **strukturované učení** (A1, A2, A4, A7, A8, A9 a A10), z toho čtyři respondenti – A7,A8, A9 a A10 – používají výhradně strukturované učení, další čtyři uvádí ještě jiné metody, kterými strukturované učení doplňují. A1: *„zaměřuji se na nácvik konkrétních situací, kromě strukturovaného učení volím trpělivé opakování a důslednost“*. A2, A4 a A12 využívají **prvky kognitivně-behaviorální terapie (zejm. aplikovanou behaviorální analýzu)**, A7 se snaží své sdělení dítěti s autismem podpořit vizualizací a výraznou gestikulací (*„dítě tím více zaujmu, věnuje mi větší pozornost a já mám tak větší šanci, že porozumí tomu, co se mu snažím říct.“*).

A3, A5, A6 a A11 shodně uvádějí, že **nepoužívají žádný konkrétní terapeutický přístup**. Při své práci se řídí pokyny nadřízených a rodičů konkrétních dětí, důležitá je pro ně také intuice. A11, která pracuje v domě se speciálním režimem, uvádí: *„Záleží hlavně na individuálním přístupu. Jsem na pracovišti, které je relativně nové a tak zatím zkoušíme, co funguje a co ne, proto nepracuji v rámci jednoho konkrétního terapeutického přístupu.“*

A4, která využívá jak základních terapeutických přístupů (strukturované učení, prvky kognitivně-behaviorální analýzy), tak i prvky alternativních terapií, zejména **Son-rise programu**, v rámci kterého působí jako dobrovolnice. Dále pracuje s **PECS, bazální stimulací a prvky facilitované komunikace**, které se naučila díky Son-rise programu. O volbě terapeutického přístupu říká: *„Nemyslím si, že existuje jeden jediný terapeutický přístup, který by byl vhodný pro všechny děti s autismem, důležitý je celostní přístup a vhodná kombinace jednotlivých přístupů v závislosti na individuálních potřebách dítěte.“*

V rámci strukturovaného učení jsou mezi respondenty nejčastěji používanými prvky: vizualizace -referenční předměty, piktogramy a fotografie, a dále struktura místa a času.

- **Rodiče:**

R1 volí převážně **aplikovanou behaviorální analýzu (KBT)**, dále *„nácviky vhodných reakcí, rozebírání konfliktů nebo nezvládnutých situací, hledání příčin, vysvětlování – co si*

dotyčný myslel a co cítil, nácvik rozpoznávání emocí, skupinové nácviky sociálních dovedností v APLA[24]*“*.

R2 při práci se synem používá **strukturované učení**, ale pouze částečně: *„v některých situacích užít nejde (např. dovolená), tak se snažíme nelpět pouze na struktuře, abychom byli schopní zvládat činnosti ve všech situacích“*. Ve všedních dnech využívají psané **denní plány**. Dále pak individuálně hodnotí danou situaci a řeší ji na základě zkušeností z minulosti.

4.2.2 Názor na alternativní terapeutické přístupy

- **Speciální pedagogové:**

SP1 zastává názor, že *„některé **mohou pomoci v dílčích oblastech** projevů chování, např. diety mají někdy zklidňující efekt. Některé alternativní terapie jsou však velice nákladné a klienta nijak neovlivní (delfinoterapie, vit. injekce)“*.

SP2 má **velmi kladný** vztah k alternativním terapiím. *„Strukturované učení není možné použít ve všech případech a fázích intervence.“* Nabízí se tedy možnost kombinace více terapeutických přístupů: *„Jak různorodé jsou jednotlivé problémy našich klientů, tak různorodé cesty pomoci je třeba hledat.“*

- **Terapeuti:**

T1 se domnívá, že *„jednotlivé přístupy k lidem s autismem k sobě mají blíže, než si lidé myslí“*. Podle jeho názoru *„představitelé kognitivně-behaviorální terapie a Strukturovaného učení a přestavitelé alternativního směru Son-rise program **vychází** v přístupu k lidem s autismem **ze společných východisek**.“* Ty představují: *„akceptaci dítěte a plné využití jeho silných stránek k terapeutickému procesu, vysoce individuální přístup a plné nasazení rodičů či terapeutů, pro navázání kontaktu s klientem využívají opakování jeho chování“*. Zásadní rozdíl a zároveň největší **úskalí alternativních přístupů spatřuje v tom, kam snaha rodičů a personálu směřuje**: *„Kognitivně-behaviorální terapie mluví o maximálním využití potenciálu dítěte, které mu jeho handicap dovolí. Son-rise program a jiné alternativní metody mluví o vyléčení autismu“*.

T2 jakožto facilitátor Son-rise programu má přirozeně **velmi kladný** vztah k alternativním terapiím. Kromě Son-rise programu dále doporučuje *„jako podpůrné terapie“*

[24] APLA = Asociace Pomáhající Lidem s Autismem

- GFCF dietu, Handle program, Facilitovanou komunikaci, Sensorickou integraci, audio integrační terapii, vitaminovou terapii. Dle jejího názoru přináší *„často viditelné velké pokroky u klientů“*.

- **Osobní asistenti:**

Většina oslovených osobních asistentů považuje alternativní terapeutické přístupy za **přínosné**. A1 na základě své zkušenosti říká: *„Strukturované učení podle mě v některých případech nemá moc smysl, pak je možné sáhnout po některé z AT, která není tak edukativně zaměřená, ale rozvíjí spíše sociální dovednosti (oční kontakt, atd.), např. herní terapie (SRP, Floortime).“* Podobný názor má i respondent A4: *„Myslím si, že používání pouze základní terapie je nedostačující, důležitý je **celostní přístup** k dítěti, důraz na jeho silné stránky. V některých případech je lepší zaměřit se na sociální dovednosti a motivaci klienta, než na akademické znalosti. Tento přístup podporuje například Son-rise program.“*

A2 a A5 se shodují v tom, že by se **alternativní přístupy měly v České republice využívat více**. A2 říká: *„Chtěla bych, aby se více zapojily do péče o osoby s PAS, péče by pak byla komplexnější, jak je tomu v zahraničí. U nás zatím bohužel nejsou uznávány.“* A5: *„Alternativní terapie jsou určitě přínosné, bohužel se u nás ale málo využívají.“*

Respondent A11 hodnotí alternativní přístupy *„určitě kladně, ale po teoretické stránce se v tom ale bohužel příliš nevyznám, takže jednotlivé terapeutické přístupy nemůžu hodnotit.“* A8 zastává názor, že *„při vhodném výběru ve správné situaci pomáhají, je ale třeba dostatečných znalostí daných terapeutických přístupů“*.

Názor osobního asistenta A12 je *„v **podstatě kladný**, v některé přístupy však mám nedůvěru - myslím si, že slibují nesplnitelné.“*

A7 má pozitivní zkušenosti s některými **dílčími prvky** alternativních terapií: *„Zejména **napodobování** vycházející se SRP je velmi přínosné, přináší přiblížení se dítěti, navázání kontaktu, ale také možnost navštívit jeho svět, poznat, co při dané činnosti dítě prožívá, sdílení prožitku. Podle výpovědí rodičů také u některých dětí pomáhá **GFCF dieta** (zklidní se, lépe vnímají, jsou pozornější), sama jsem neměla možnost pozorovat změnu.“*

A9 je narozdíl od ostatních spíše skeptický: *„Individuální efekt je asi možný, nejsou však aplikovatelné ve všech případech a rozhodně nedovedou zázračně léčit.“* Stejně tak A2 navzdory svému kladnému přístupu k alternativním terapiím připouští, že *„**mohou, ale také nemusí mít dobré výsledky**“*.

Osobní asistenti A3, A6 a A10 podle svých slov nedokáží alternativní terapeutické přístupy posoudit. Důvodem je nedostatek informací a minimum zkušeností s nimi.

- **Rodiče:**

R1 není možnostem alternativních terapeutických přístupů příliš nakloněn: *„U velké části těchto programů, které jsou mnohdy extrémně drahé, jde o **cynické zneužívání** zoufalství rodičů, zejména těžce postižených, nemluvících autistických dětí. Pod hlavičku alternativních terapií se skryje spousta šarlatánů, kteří za drahé peníze nabízejí nefunkční nebo dokonce nebezpečné praktiky (chelace[25], propagovaná americkým sdružením DAN[26]), nebo dávají **nesplnitelné sliby** (že dítě zcela dokážou vyléčit z autismu).“*

R2 říká: *„ Zoufalý rodič zkusí cokoliv, asi by si vyčítal, kdyby to nezkusil, i kdyby byla jen mizivá naděje. A naděje v zázrak udržuje mnoho rodičů psychicky při životě. Kdyby toto byl jen jediný efekt, pak je to dostačující. Takže **nejsem proti**...“*

4.2.3 Používaná/zajímavá alternativní terapie či dílčí technika vycházející z AT

- **Speciální pedagogové:**

SP1 zaujala z alternativních terapeutických přístupů pouze **GFCF dieta**. *„Některým dětem trochu pomáhá, mají lepší zažívání a tím se zmírní problémové chování.“* Sama však žádné alternativní metody nepraktikuje. Říká, že: *„žádná alternativní terapie mne nepřesvědčila natolik, abych jí sama začala používat“*.

SP2 považuje za zajímavé ty alternativní přístupy, které sama používá ve své praxi: **Son-rise program, Handle program, alternativní komunikace, dietní přístupy, terapie pevným sevřením**. Domnívá se, že *„důležité je znát potřeby konkrétního dítěte a terapeutický přístup přizpůsobovat jeho potřebám“*. Dále uvádí, že *„Son-rise program nelze v rámci rané péče praktikovat, protože se jedná o domácí program, ale vždy je možné použít některé jeho prvky, které se jeví přinejmenším jako podpůrné a nápomocné“*.

- **Terapeuti:**

T1 v rámci své praxe používá při navazování kontaktu s klientem tzv. **zrcadlení** vycházející z Preterapie.

[25] Chelace = způsob detoxikace organismu
[26] DAN = Defeat Autism Now (Porazte autismus hned) – sdružení lékařů pod Autism Research Institut

T2 se věnuje **Son-rise programu** na profesionální úrovní a tudíž používá všechny dílčí techniky a prvky, které zahrnuje. Dále považuje za zajímavé a přínosné všechny podpůrné terapie uvedené v kapitole 4.2.2, které doporučuje rodičům dětí s PAS, sama je však nepraktikuje.

- **Osobní asistenti:**

Zkušenosti oslovených osobních asistentů jsou poměrně rozmanité.

Tři z dotázaných (A1, A8 a A9) překvapivě mezi zajímavé terapeutické přístupy zahrnuly **terapii pevným sevřením**, ačkoliv jsem si myslela, že se v dnešní době již nepoužívá. Respondenti A1 a A9 absolvovali konferenci Jiřiny Prekopové, kde se o terapii pevným sevřením dozvěděli, A8 ví o použití terapie pevným sevřením pouze z doslechu – po delším záchvatu dítěte. Osobně ji neaplikuje ani jeden.

Další tři (A2, A6 a A7) z respondentů hovořili o dobré zkušenosti z **GFCF dietou**. A2 vypověděla: *„Zaujaly mne diety a celkově teorie PAS jakožto onemocnění nervového systému.“* Při práci s dětmi s PAS dále používá: *„**Prvky alternativní komunikace, napodobování v rámci hry a bazální stimulaci.**“*

A6 vidí přínos dietních opatření zejména ze zdravotního hlediska: *„Mají určitě pozitivní vliv na děti s PAS ve spojitosti s cukrovkou nebo alergiemi (odbouráme-li alergen, dítě je méně podrážděné a tím se zmírňuje nevhodné chování), ne v souvislosti s léčením autismu.“*

A4 pracovala jako dobrovolník Son-rise programu, v současnosti využívá některé prvky vycházející z tohoto přístupu, zejména *„**joining** a také **prvky facilitované komunikace**“*.

Respondent A7 velmi často užívá **napodobování** v rámci volného času. *„Nechávám to na dítěti. Je velký zážitek, podaří-li se tímto způsobem s dítětem navázat kontakt a dítě začne reagovat.“* A2 o napodobování říká: *„Často dělám s dítětem to, co si samo přeje (klidně se můžeme kutálet po trávě a hulákat u toho), velmi pozitivně to ovlivňuje vzájemný vztah, zlepšuje se tím důvěra a dítě pak má větší chuť do další interakce.“*

A5 byla jako dobrovolník přítomna u **EEG Biofeetback** tréninků chlapce s autismem. *„Chlapec dělal během docházení velké pokroky.“*

Skupina čtyř respondentů (A3, A10, A11 a A12) se alternativním terapiím nevěnují, neznají jejich dílčí prvky či techniky a tudíž je při práci s dětmi s PAS ani nevyužívají.

- **Rodiče:**

R1: *„Ano, používáme – dáváme potravinové doplňky, používáme masáže na zbavení stresu, napětí a lepší uvědomění vlastního těla, absolvovali jsme hipoterapii, dítě dochází*

na muzikoterapii, nebránila bych se v budoucnu možná zkusit EEG biofeedback, docházíme s ním na nácviky lepšího soustředění podle Feuersteinovy metody.“ Techniky vycházející z nejčastěji používaných alternativních terapeutických přístupů (Son-rise program, GFCF dieta a další) žádné při práci se synem nepoužívá.

R2 vyzkoušela u syna aplikovat **GFCF dietu** (7 měsíců) – *„bez jakéhokoliv efektu“*. Také aplikovala **terapii pevným sevřením**, ale podle jejích slov to mělo spíše opačný účinek: *„Syn – do té doby mazlivý – se přestal chtít mazlit, dostával se do ještě větších afektů, zpětně to hodnotím jako kontraproduktivní. Týrání obou, mnoho let pak trvalo, než jsem synovu důvěru a chuť na tělesný kontakt získala zpět.“* To se podařilo také díky masážím, které *„působily velmi blahodárně“*. Vyzkoušeli **EEG biofeetback** tréninky, které měly velmi pozitivní výsledky, překážkou bylo však dlouhé dojíždění a finanční náročnost. Několik let zkouší **homeopaticku léčbu**, marně však hledají vhodný konstituční lék. *„Nově jsem se seznámila s Autopatií (homeopatický preparát se vyrábí z vlastního sekretu – např. sliny), zatím jsme to však ještě neaplikovali.“*

4.2.5 Možnost kombinace jednotlivých prvků ZT a AT

- **Speciální pedagogové:**

SP1 dle jejích slov osobně tuto **možnost nezavrhuje**. Protože zatím ale nepoznala žádnou alternativní terapii, která by ji zaujala natolik, aby se jí začala věnovat, sama se kombinaci alternativních terapeutických přístupů se základní formou terapie nezabývá.

SP2 tento způsob práce s dětmi s PAS považuje za **stěžejní**. *„Jediná cesta obvykle není samospasitelná a neslibuje vyléčení dítěte.“* V občanském sdružení, ve kterém působí, podporují tento přístup tím, že o různých metodách a terapiích informují rodiče dětí s PAS. *„ Hovoříme s nimi o kladech i záporech jednotlivých přístupů. Rodič je ten, který s pomocí poradce rané péče volí intervenční přístupy.“*

- **Terapeuti:**

T1 se k této otázce nevyjádřil.

T2 zastává názor, že integrace některých prvků alternativních terapií do základního přístupu by byla jistě přínosná. *„Např. **GFCF dieta** by se mohla více rozšířit v ústavech sociální péče a speciálních školách.“* Na druhou stranu si však nedokáže představit aplikaci

Son-rise programu v rámci základního terapeutického přístupu: *„bylo by to asi kontraproduktivní“*. Některé principy Son-rise programu jsou v přímém rozporu s technikami základního terapeutického přístupu (Strukturované učení, KBT).

- **Osobní asistenti:**

A1 i A2 se shodují v tom, že kombinace prvků jednotlivých terapeutických přístupů je **určitě přínosná**. A1: *„Pokud se kombinují prvky ověřených metod, které danému dítěti pomáhají, považuji to za vhodný postup.“* A2 k tomu říká: *„Některé AT nebo jejich specifické prvky mohou některým klientům sednout více, než principy oficiálních přístupů, to platí jak pro oblast komunikace, rozvoj psychomotoriky a sociálních dovedností, tak i pro zlepšení zdravotního stavu. Jsem tedy určitě **pro kombinaci** jednotlivých prvků v závislosti na individuálních potřebách konkrétního dítěte.“*

Respondenti A5, A8 a A11 se domnívají, že **kombinace jednotlivých prvků je** při péči o dítě s PAS **jistě vhodná**, shodně však dodávají, že neznají způsob, jakým by se takto mělo pracovat.

A6 zastává názor, že *„pracuje-li takto s dětmi s PAS vyškolený pracovník a dále pokud dojde k větší shodě pracovníků v okolí dítěte, je čerpání prvků z alternativních terapií a jejich začlenění do práce v rámci základních terapeutických přístupů **přínosné** a **velmi tento postup vítám**“*.

Někteří dotazovaní ve své praxi prvky alternativních přístupů **úspěšně aplikují**. Například respondent A4, který využívá prvky Son-rise programu, alternativní komunikace (PECS) či facilitované komunikace stejně jako prvky základních terapeutických přístupů (strukturované učení a prvky KBT). A9 řekl: *„Na táboře pro děti s PAS se m podařilo užívat imaginaci u jednoho chlapce s atypickým autismem, nereagujícího na KBT – domnívám se, že poměrně zdařile. Jsem však nakloněna spíše psychoterapeutickým a speciálně pedagogickým technikám (arteterapie, muzikoterapie apod.) než alternativním terapiím.*“

Osobní asistent A7 se domnívá, že nejvhodnějším využitím prvků alternativních terapií v rámci základního přístupu je užívání **napodobování** při hře. *„Při trávení volného času s dítětem často přenechávám iniciativu na dítěti a dělám s ním to, co si přeje (samozřejmě v rámci mezí). Přináší to pozitivní účinek jak na dítě, tak i na mě.“*

Respondenti A3, A10 a A12 odpověděli, že tuto možnost zatím nezvažovali, prvky alternativních terapeutických přístupů nepoužívají, alternativním terapiím se nevěnují, a tak nemohou na tuto otázku jasně odpovědět.

- **<u>Rodiče:</u>**

R1 k tomuto řekl: *„Myslím, že **všechno, co má nějaký rozumný základ, může prospět**, může se mu zlepšit soustředění, může se zklidnit, může se naučit lépe relaxovat, zvládat afekty, uvolnit se apod. – ale žádný alternativní přístup (ani nealternativní) ho nevyléčí z autismu – vždycky bude mít Aspergerův syndrom a bude překonávat problémy, které pramení z nepochopení sociálních situací, z problémů v komunikaci a všechno, co děláme, mu to může pouze usnadnit. To považuji za hlavní problém některých alternativních přístupů – za velké peníze slibují zázračné uzdravení.“*

R2 na základě svých bohatých zkušeností s různými terapeutickými přístupy říká: *„Každá terapie nabízí jiné možnosti, je postavena na jiné teorii a klade si jiné cíle. **Umím si představit kombinaci některých prvků, ale určitě není možné kombinovat všechno se vším**. Hodně záleží na konkrétním dítěti a v neposlední řadě také na možnostech rodiny. Naší rodině se nejvíce osvědčila trpělivá dřina a důslednost, na žádné zázračné techniky, které by zaručeně fungovali, jsme zatím nenarazili. Prvky, které jsme zkusili v rámci péče o syna aplikovat, selhaly. Osobně možnost kombinace terapeutických přístupů nezavrhuji, ale nemyslím si, že by to efektivitu péče nějak zásadně ovlivnilo.“*

Tabulka 3: **ODPOVĚDI RESPONDENTŮ – PŘEHLED**

Respondent	**Používaný terapeutický přístup**	**Názor na AT**	**Zajímavá AT/dílčí technika**	**Je možná kombinace prvků AT a ZT?**
1 (SP1)	Strukturované učení, prvky KBT	Mohou pomoci v dílčích oblastech (např. GFCF dieta)	Prvky alter. komunikace, GFCF dieta	Ano
2 (SP2)	Kombinace prvků ZT a AT	Velmi kladný. AT používá.	Son-rise program, GFCF dieta, PECS, Handle program, Terapie pevným,...	Ano
3 (T1)	KBT	Stejná východiska jako u ZT, liší se cíle (AT se snaží autismus léčit).	Zrcadlení při navázání kontaktu s klientem.	---
4 (T2)	Son-rise program	Velmi kladný, AT používá.	Son-rise program, GFCF dieta, Handle program, ...	Ano
5 (A1)	Strukturované učení, nácvik situací	V některých případech mohou nahradit ZT.	Terapie pevným sevřením	Ano
6 (A2)	Strukturované učení, prvky KBT	V některých případech mohou nahradit ZT. Měly by se více využívat.	Napodobování při hře, GFCF dieta	Ano
7 (A3)	Žádný	Nedokáže posoudit.	Nezná.	Neví.
8 (A4)	Kombinace prvků ZT a AT	V některých případech mohou nahradit ZT.	Son-rise program (joining, učení pomocí interaktivní hry), facilit, komunikace.	Ano.
9 (A5)	Žádný	Měly by se více využívat.	EEG Biofeetback.	Ano.
10 (A6)	Žádný	Nedokáže posoudit.	GFCF dieta.	Ano.
11 (A7)	Strukturované učení	Kladný.	GFCF dieta, napodobování při hře.	Ano.
12 (A8)	Strukturované učení	V podstatě kladný.	Terapie pevným sevřením.	Ano.
13 (A9)	Strukturované učení	Spíše skeptický.	Terapie pevným sevřením.	Ano.
14 (A10)	Strukturované učení	Nedokáže posoudit.	Nezná.	Neví.
15 (A11)	Žádný	Kladný.	Nezná.	Ano.
16 (A12)	Strukturované učení, ABA	V podstatě kladný.	Nezná.	Neví.
17 (R1)	ABA, nácvik a rozbor situací	Negativní	EEG biofeetback, dále spíše doplňkové terapie	---
18 (R2)	Strukturované učení, zkušenost	V podstatě kladný.	Homeopatie (autopatie), EEG Biofeetback	Ano.

Kapitola čtvrtá – Výzkumné šetření – poskytuje popis průběhu provedené výzkumné sondy a zvolené metody zjišťování dat, charakteristiku výzkumného vzorku a dále překládá zjištěné skutečnosti utříděné podle stanovených výzkumných otázek: Jaký terapeutický přístup volíte při práci s dětmi s PAS?, Jaký máte názor na alternativní terapeutické přístupy?, Setkal/a jste se s některým prvkem vycházejícím z alternativní terapie, který vás zaujal? Používáte nějaké ve své praxi?, Jaká máte názor na možnost kombinace prvků jednotlivých terapeutických přístupů?

Cílem výzkumného šetření bylo zejména zjistit, jaké terapeutické přístupy či jejich prvky jsou v současnosti využívány a zda-li je možné využívat prvky alternativních terapií v rámci základního terapeutického přístupu.

5 Výstupy bakalářské práce

Výstupy bakalářské práce je možné rozdělit na praktické a teoretické. Praktické výstupy tvoří konkrétní výsledky zjištěné analýzou dostupné literatury a provedeného výzkumného šetření. Na základě těchto informací bylo možné otevřít otázku možností kombinace jednotlivých terapeutických přístupů a shrnout dosavadní poznatky v této oblasti.

Teoretické výstupy jsou jinými slovy další výzkumné otázky a problémy, na které jsem v průběhu provádění výzkumného šetření postupně narážela. Tyto otázky jsem sepsala v poslední kapitole této práce.

5.1 Shrnutí výsledků výzkumného šetření

Z výsledků výzkumné sondy vyplývá, že strukturované učení je mezi dotazovanými nejpoužívanějším terapeutickým přístupem při práci s dětmi s PAS. Užívají ho téměř všichni osobní asistenti, oba speciální pedagogové i rodiče. Terapeuti se mu nevěnují z důvodu jejich úzkého terapeutického zaměření (KBT/Son-rise program). Podle výpovědí respondentů nabízí strukturované učení potřebnou míru názornosti, přehlednosti a systematičnosti, kterou děti s autismem velmi potřebují. Díky základním principům – strukturalizaci, vizualizaci a individuálnímu přístupu – zajišťuje komplexní a intenzivní péči. Velká část výzkumného vzorku kombinuje strukturované učení ještě s dalšími metodami, zejména s prvky kognitivně-behaviorální terapie a alternativní komunikace, v menší intenzitě i s prvky dalších alternativních terapií.

Ačkoliv je v České republice postoj k alternativním terapeutickým přístupům u dětí s PAS spíše odmítavý, velké procento dotazovaných má na ně kladný názor a domnívá se, že by se jim mělo věnovat více pozornosti.

14 z 18 respondentů jmenovalo alespoň jeden prvek vycházející z alternativní terapie, který ho svým obsahem zaujal a většina z nich je i aktivně používá. 6 dotazovaných zmínilo GFCF dietu jako efektivní metodu. Výrazněji používaný prvek vycházející z alternativní terapie je napodobování činnosti dítěte (joining – Son-rise program). 5 respondentů jej považuje za vhodný prvek k navázání kontaktu s dítětem nebo jako možnou aktivitu při trávení volného času. Kognitivně-behaviorální terapeut k navázání kontaktu využívá tzv. zrcadlení vycházející z Preteapie, který je založen na obdobném principu. 3 respondenti

překvapivě jako zajímavý přístup jmenovali terapii pevným sevřením, ačkoliv jsem se domnívala, že se v dnešní době již nepoužívá. Dozvěděli se o ní na konferenci nebo z doslechu, osobně se jí ale nevěnuje žádný z dotazovaných.

V průběhu zkoumání jsem narazila na zajímavý rozpor v odpovědích. Jedna z maminek vypovídala o přímé zkušenosti s GFCF dietou, která ale nepotvrzuje množství výpovědí jiných rodičů. Dodržování GFCF diety nemělo u jejího syna žádný efekt na projevy autistického chování. S terapií pevného sevření má dokonce velmi negativní zkušenost – chlapec se více stáhl do sebe, přestal jevit zájem o fyzický kontakt a častěji se dostával do afektu. Jedná se o zajímavé srovnání, avšak musíme mít na mysli, že se jedná o zkušenost pouze jedné matky a tudíž není možné vyvozovat nějaké závěry nebo tuto skutečnost zobecňovat na širší populaci. Veškeré informace zjištěné touto výzkumnou sodnou jsou platné pouze v rámci popsaného výzkumného vzorku.

K otázce, zda je možné kombinovat jednotlivé prvky alternativních terapií v rámci základních terapeutických přístupů se 13 respondentů vyjádřilo kladně. 2 z dotazovaných tímto způsobem již nějakou dobu pracují a shodně říkají, že je možné tímto přístupem zefektivnit a zlepšit péči o děti s PAS. Tím je podpořena moje myšlenka z úvodu práce. Ukázalo se, že možnost kombinace jednotlivých terapeutických technik je zajímavým způsobem práce s dětmi s autismem, a že takto již někteří odborníci pracují, ať už záměrně nebo intuitivně. Je tedy vhodné se této problematice dále věnovat, zkoumat jednotlivé možnosti kombinace, ale i úskalí tohoto přístupu a ověřovat jeho efektivitu a dopady nejen na dítě s PAS, ale na celou jeho rodinu, případně okolí.

5.2 Možnosti obohacení základního terapeutického přístupu o prvky alternativních terapií

V této kapitole se zaměřím na terapeutické přístupy, které nabízí kombinovatelnost jednotlivých prvků tak, jak to vyplývá z odborné literatury a provedeného výzkumného šetření.

Jak vyplývá z dostupných informací a jak také potvrdila výzkumná sonda, kterou jsem v rámci této bakalářské práce provedla, **strukturované učení** je v naší zemi základním edukativním přístupem, nejvíce používaným při vzdělávání a výchově dětí z PAS nejen ve školských zařízeních, ale i doma. Díky základním prvkům (strukturalizaci, vizualizaci

a individuálnímu přístupu) poskytuje dítěti přehlednost a předvídatelnost a pracuje s jeho specifickými potřebami a schopnostmi. Klade důraz na zvládání základních dovedností – osobní hygiena, sebeobsluha – a tím dítě připravuje na samostatné zvládání každodenních situací (narozdíl od Son-rise programu, který se zaměřuje primárně na sociální dovednosti – oční kontakt, interakce dítěte, motivace). Tento přístup se podle mého názoru nedá nahradit žádným jiným existujícím terapeutickým přístupem a měl by zůstat i nadále hlavní složkou intervence u dětí s autismem. Myslím si však, že je možné obohatit ho o prvky a techniky vycházejícími z jiných, alternativních terapeutických přístupů, čímž by se otevřely nové možnosti, práce s dětmi s autismem by byla rozmanitější, zábavnější a jistě i přínosnější jak pro dítě tak i pro terapeuta či rodiče.

Son-rise program nabízí takovou možnost například základní technikou *Joining* (připojení se). Podle informací získaných ve výzkumném šetření tento prvek používají i lidé, kteří Son-rise program nepraktikují. V rámci Son-rise programu se tento prvek užívá k navázání kontaktu s dítětem, k prohloubení vztahu a důvěry, ale také jako prostředek k tomu, jak dát dítěti najevo, že jeho chování je v pořádku, že je přijímáno a chápáno takové, jaké je. V běžné praxi tento prvek využívají zejména osobní asistenti a osoby, kteří s dětmi s PAS tráví volný čas. Napodobování činnosti dítěte, někdy také „hra v režii dítěte“ ve volném čase (tedy ne v době, kdy se dítě aktivně učí novým dovednostem nebo přijímá nové informace) může být velmi prospěšné jak pro dítě, tak i pro pečující osobu, přináší uvolnění a možnost vyzkoušet si činnosti, které dítěti přináší uspokojení a pocit bezpečí.

K podpoře komunikace jsou v dnešní době používány různé prostředky. Nejčastějším je užívání VOKS, případně samostatných piktogramů nebo obrázků. Tyto možnosti **alternativní komunikace** je možné používat v rámci jakéhokoliv terapeutického přístupu. Jednotlivé formy alternativní komunikace podporují interakci, dávají dítěti možnost navázat kontakt s druhou osobou, ačkoliv neumí nebo nechce používat mluvenou řeč. Užívání komunikačního systému či samostatných obrázků sice mluvenou řeč nahrazuje, nebrání však jejímu vývoji. Naopak – obrázky mluvenou řeč podporují, vyřčená slova v doprovodu s obrázkem jsou názornější a lépe pochopitelná.

U dětí s PAS často dochází k projevům chování, které považujeme za nežádoucí nebo problémové. Tyto projevy chování mohou mít různé příčiny, někdy naprosto zjevné a jasné, jindy skryté a těžko rozpoznatelné. Děti s autismem často neumí říci, že ho něco bolí či trápí, nedovede jasně pojmenovat a popsat, co mu vadí. V takovém případě se zdá jako nejvhodnější užití **aplikované behaviorální analýzy (ABA)**, pomocí které se důsledně sledují všechny okolnosti problémového chování a odkrývají se jeho možné příčiny.

Jednou z příčin mohou být i zažívací problémy způsobené nesnášenlivostí některých látek. U dětí s autismem často pozorujeme přecitlivělost na lepek a mléčné výrobky. V takovém případě může být při odbourávání problémového chování účinná **GFCF dieta**. Dieta nepřekáží žádnému jinému terapeutickému působení a tudíž je možné ji kombinovat s dalším terapeutickým přístupem. Dieta při zmírňování nežádoucího chování nefunguje vždy (viz kapitola 3.2.2), ale pokud je nasazena u dítěte, jehož problémy pramení z nesnášenlivosti glutenu a kaseinu, pak u něj s velkou pravděpodobností dojde ke zlepšení.

Kombinace jednotlivých terapeutických přístupů nebo jejich dílčích prvků je velmi variabilní, je však nutné dodržovat předem stanovená **pravidla.**

Některé terapie a speciálně jejich dílčí techniky pracují obráceným způsobem, extrémním příkladem může být averzivní tlumení v KBT a joining vycházející ze Son-rise programu. I takto odlišné prvky je možné kombinovat, hlavní zásada však je nepoužívat prvky, které se vylučují, při stejné činnosti dítěte. Není možné jednou dítěti v provádění dané činnosti zabraňovat a podruhé se k němu připojit. Z tohoto důvodu je důležité si stanovit, které činnosti dítěte jsou neškodné a které naopak není možné tolerovat a je nutné označit je jako nežádoucí (jedná se hlavně o agresivní, sebezraňující či jinak ohrožující jednání nebo o chování odporující hygienickým zásadám) a v tomto rozdělení, resp. používání jednotlivých technik být naprosto důslední.

Jistě není vhodné kombinovat všechno se vším. Domnívám se, že je vhodné užívat základní terapeutický přístup (strukturované učení), a ten obohacovat o jednotlivé prvky ostatních (alternativních) terapií. Tím bude zajištěna systematická práce s dítětem podle jasně stanovených pravidel a případné další prvky tento přístup zpestří a doplní, neměly by mu ale odporovat nebo ho svou intenzitou přebíjet. Musíme respektovat, že dítě je na určitý přístup zvyklé a příliš zásadní změny by mohly vyvolat velmi negativní reakci (zmatek, úzkost, uzavření se či agresivní chování).

Ať už se pečující osoba rozhodne kombinovat základní terapeutický přístup s prvky alternativních terapií nebo ho jen zpestřit doplňkovými terapiemi, vždy musí dbát na vysoce individuální potřeby a schopnosti dítěte, aby bylo přidání daného prvku skutečně přínosné a obohacující a nemělo spíše opačné účinky. Existuje také vždy možnost poradit se o vhodnosti kombinace daných prvků s odborníkem – psychologem, speciálním pedagogem či terapeutem.

Příkladem kombinace různých prvků terapeutických přístupů z praxe může být program **Groowing minds**. Jedná se o individualizovaný domácí komplexní program, který vytvořil v roce 1998 tým terapeutů (S. R. Wertz, K. Sheehan a S. Barenblat) na základě dlouholeté zkušenosti s dětmi s autismem. Podle nich se děti s autismem nejvíce a nejúspěšněji vyvíjejí, jsou-li uspokojené a vyvážené jejich specifické sociální, vzdělávací a fyziologické potřeby.

Program Groowing Minds kombinuje:

- Prvky Son-rise programu – principy práce – bezpodmínečné a bezpředsudkové přijetí, žádné limity (každé dítě má možnost se zlepšovat), důraz na sociální dovednosti (oční kontakt, sociální interakce)
- Aplikovanou behaviorální analýzu – výchovná metoda – každé dítě má právo být vyučováno a zaslouží si vzdělání, které zahrnuje intelektuální stimulaci, rozvoj komunikace a schopnost sebeobsluhy
- Fyziologické a smyslové strategie – různé formy rehabilitace a stimulace

V rámci Growing Minds programu se střídají dvě doby – čas instrukce a čas intenzivní interakce. Doba instrukce často zahrnuje individuální vyučování u stolu. Během tohoto času dospělý člověk směruje dítě. Při intenzivní interakci je to naopak. Tímto způsobem se děti učí být spolupracující i průbojné. Dítě potřebuje jasně rozumět, zda je čas intenzivní interakce nebo doba instrukce. Tým naučí rodiče a programový personál pracovat tak, aby dítě nebylo zmatené. Program Growing Minds vyvažuje sociální vývoj s vývojem dovednostním. Každý program je započatý důkladným hodnocením dítěte a následně je vytvořen individuální vzdělávací plán.

(Zdroj: www.autism-programs.com, 1999)

5.3 Další výzkumné otázky

V průběhu provádění výzkumné sondy se kromě odpovědí na předem stanovené otázky postupně vynořovaly další výzkumné problémy. Rozsah této práce mi nedovoluje se jimi zabývat podrobněji, mohou tedy alespoň sloužit jako námět pro další zkoumání.

- Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní metodou na malém souboru dotazovaných, výsledky tedy nelze zobecňovat a aplikovat na širší populaci. Aby toto bylo možné, je potřeba ověřit zjištěné skutečnosti na širším vzorku respondentů kvantitativní výzkumnou metodou a tím zajistit větší reprezentativnost dat.

- Díky analýze dostupných odborných materiálů a informací z výzkumné sondy bylo možné pouze odkrýt některé možnosti kombinací prvků jednotlivých terapií. Tato práce však poskytuje pouze nastínění této možnosti, postup je nutné více metodologicky zpracovat.

- Dostupné informace o alternativních terapeutických přístupech v českém jazyce jsou nedostačující a často zkreslené. Je potřeba překládat odborné publikace vycházející v zahraničí a také vlastní publikační činnost odborníků věnujících se alternativním přístupům.

- Aby bylo možné z rozmanité nabídky terapeutických přístupů jednodušeji vybírat ten správný pro konkrétní dítě, je nutné mít dostatek informací o efektivitě jednotlivých terapií. Základní terapeutické přístupy jsou podložené vědeckými studiemi a výzkumy. Alternativní terapie tak pevné zázemí ve vědě nemá, proto zatím u nás nebyla odbornou veřejností přijata. K dispozici je velké množství výpovědí rodičů a zainteresovaných terapeutů, ale velmi málo objektivních vědeckých studií a výzkumů. Je tedy potřeba alternativní terapeutické přístupy mnohem více podrobovat zkoumání a tím ověřit, zda dosahují slibovaných výsledků či nikoliv.

Poslední kapitola uzavírá celou práci přehledem poznatků a výstupů. Předkládá shrnutí informací z výzkumného šetření dané do souvislosti se skutečnostmi zjištěnými analýzou odborné literatury. Dále nabízí možnost obohacení základního terapeutického přístupu o prvky alternativních terapií a nakonec formuluje další výzkumné otázky, které vyvstaly v průběhu psaní této práce.

Závěr

Autismus je velmi závažné postižení, které negativně ovlivňuje všechny oblasti lidského života. Příčina stále není zcela odhalena, nejnovější poznatky hovoří o působení několika faktorů současně. Přesto, nebo možná právě proto je nabídka terapeutických přístupů velmi rozmanitá. Protože zatím nebylo vědecky dokázáno, co přesně autismus způsobuje, vzniká zde prostor pro různé interpretace, a tak se jednotlivé terapeutické přístupy od sebe liší nejen metodikou práce, ale také celkovým pojetím a stanovenými cíly, kterých chtějí dosáhnout. V teoretické části této práce věnuji velký prostor popisu jednotlivých terapeutických přístupů, které jsou děleny na základní, alternativní a doplňkové.

Základní terapie přijaly fakt, že autismus je neléčitelný a snaží se „pouze“ o maximální využití potenciálu postiženého, systematicky se snaží dítě vést k co největší samostatnosti, učí ho sebeobsluze, hygienickým návykům apod., aby bylo schopné se v rámci svých možností co nejvíce uplatnit. Tyto terapie (zejm. kognitivně-behaviorální terapie a strukturované učení) jsou v této práci označeny jako základní. Jak vyplývá z prostudovaných odborných zdrojů, jsou tyto terapeutické přístupy nejlépe popsané a propracované a nejčastěji používané při práci s dětmi s PAS nejen ve školských zařízeních při vzdělávání, ale i doma v rámci výchovy.

Soubor alternativních přístupů je velmi rozmanitý stejně jako teorie o příčině autismu, které tvoří základ pro jednotlivé alternativní terapie. Byla předložena domněnka, že ani jedna z popsaných alternativních terapií nemůže svým obsahem plně nahrazovat propracovanost základních terapeutických přístupů, které jsou navíc od těch alternativních podloženy vědeckými studiemi a výzkumy. Stejně tak ale není nutné je zcela zavrhovat, protože zejména některé alternativní terapie obsahují zajímavé prvky (techniky, myšlenky, principy), které je možné aplikovat v rámci základního terapeutického přístupu a tím ho obohatit a práci zpříjemnit a zpestřit nejen dítěti s PAS, ale také pečující osobě.

Cílem této práce bylo tyto prvky odhalit, popsat a nastínit způsob, jakým by se při práci s dětmi s PAS daly použít. Ke zjišťování byla použita analýza dostupných odborných pramenů, jejíž výstupy tvoří teoretickou základnu této práce. Na základě zjištěných informací bylo provedeno výzkumné šetření, které mělo mou domněnku o možnosti obohacení základního terapeutického přístupu prvky alternativních terapií potvrdit, nebo vyvrátit.

Během výzkumného šetření byli osloveni odborníci i rodiče dětí s PAS, kteří se ochotně do výzkumu zapojili a poskytli mi rozhovor. Díky těmto rozhovorům byla získána

velmi cenná data, která přispěla ke konkrétnější formulaci výzkumného problému. Potvrdilo se, že obohacení základního terapeutického přístupu o prvky alternativních terapií je možné, drtivá většina oslovených s tímto souhlasí, někteří tento postup při práci s dětmi s PAS již dokonce využívají. V kapitole *Výstupy bakalářské práce* je poskytnuto přehledné shrnutí získaných informací a nastínění možnosti práce s prvky alternativních terapií v rámci základního přístupu.

Popsané skutečnosti vyplývající z provedeného výzkumného šetření slouží jako vhled do situace, poskytují přehled názorů expertů v oblasti základních i alternativních terapeutických přístupů a mohou sloužit zejména jako odrazový můstek pro další zkoumání.

Celá bakalářská práce je uzavřena soupisem výzkumných otázek, které se postupně vynořovaly během provádění výzkumného šetření, a kterým by v budoucnosti měla být dále věnována pozornost.

Použité zdroje

Seznam literatury:

1. ADAMS, B. James. *Summary of Biomedical Treatments for Autism.* April 2007 [cit. 2009-02-02]. Dostupný z WWW:

   http://autism.asu.edu/Additional/Summarybiomed07.pdf

2. Anderson SR, Romanczyk RG. Early intervention for young children with autism: continuum-based behavioral models. J Assoc Persons Severe Handicap 1999;24:162-73. (In: Manning-Courtney, P., Brown, J., et al.: *Diagnosis and Treatment of Autism Spectrum Disorders.* Published online: Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, October 2003. [cit. 2010-03-22])

3. *AUTISM RESEARCH INSTITUT (ARI). Vitamin B6 (and Magnesium) in the Treatment of Autism. Autism Research Review International*, 1987, Vol. 1, No. 4, page 3. © 2007-2008 [cit. 2009-02-02]. Dostupný z WWW:

   http://www.autism.com/ari/editorials/ed_vitb6.htm

4. ATTWOOD, T.: *Aspergerův syndrom*. Praha, Portál 2005. ISBN 80-7178-979-8

5. BEYER, J., GAMMELTOFT, L.: *Autismus a hra.* Praha, Portál 1998. ISBN 80-7367-157-3

6. COBEN, R., MYERS, E. T.: *The Relative Efficacy of Connectivity Guided and Symptom Based EEG Biofeedback for Autistic Disorders* [online]. Published online: 1 August 2009_ Springer Science+Business Media, LLC 2009 [cit. 2009-03-22].

7. COBEN, R., PADOLSKY, I. (2007). Assessment-guided neurofeedback for autistic spectrum disorder. (In: COBEN, R., MYERS, E. T.: *The Relative Efficacy of Connectivity Guided and Symptom Based EEG Biofeedback for Autistic Disorders* [online]. Publikováno online: 1 August 2009_ Springer Science+Business Media, LLC 2009 [cit. 2009-03-22].)

8. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol.: *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha, Portál 2007

9. FABIÁNOVÁ, L. *Současné možnosti vzdělávání žáků s poruchou autistického spektra*. Brno, 2008. Bakalářská práce. Masarykova Universita.

10. Findling RL, Maxwell K, Scotese-Wojtila J, et al. *High-dose pyridoxine and magnesium administration in children with autistic disorder: an absence of salutary effects in a doubleblind, placebo-controlled study*. J Autism Dev Disord 1997; 27:467-78. (In: *Diagnosis and Treatment of Autism Spectrum Disorders.* Publikováno online: Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, October 2003. [cit. 2010-03-22])

11. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Institut bazální stimulace* [online]. 2004-2010 [cit. 2010-04-26]. Co je bazální stimulace. Dostupné z WWW: <http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php>.

12. HENDL, J.: *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace.* Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

13. HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. (eds.): Dětský autismus. Praha, Portál 2004. ISBN 80-7178-813-9

14. HOWLIN, P.: *Prognosis in autism: do specialist treatments affect long-term out-come?* Eur. Child Adolesc. Psychiatry, 6; 1997.

15. JARUSIEWICZ, B. (2002). Efficacy of neurofeedback for children in the autistic spectrum: A pilot study. (In: COBEN, R., MYERS, E. T.: *The Relative Efficacy of Connectivity Guided and Symptom Based EEG Biofeedback for Autistic Disorders* [online]. Publikováno online: 1 August 2009_ Springer Science+Business Media, LLC 2009 [cit. 2009-03-22].)

16. JŮN, Hynek. *Behaiorální terapie* [online]. 12. listopadu 2007, 12. listopadu 2007 [cit. 2009-02-03]. Dostupný z WWW: http://www.autismus.cz/behavioralni-pristupy/behavioralni-terapie-2.html

17. KAUFMAN, N. B.: *Son – rise: Zázrak pokračuje*. Bratislava, Barracuda 2004. ISBN 80-969237-8-1

18. KOHOUTEK, R. *Slovnik-cizich-slov.abz.cz* [online]. Radek Kučera & daughter , c2005-2006 [cit. 2010-01-25]. Dostupný z WWW: <http://slovnik-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/pervazivni-vyvojove-poruchy>.

19. LUKEŠOVÁ, L.: *Poruchy autistického spektra.* Výňatek z Bakalářské práce. Hradec Králové, 2005. UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ. Pedagogická fakulta, č.22/2005. Dostupný z WWW: http://www.hk.apla.cz/clanky_a_zajimavosti/poruchy_autistickeho_spektra_lenka_lukesova.pdf

20. MÁTEJOVÁ,Z., MAŠURA, S.: *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike.* Bratislava, SPN 1992.

21. MOJŽÍŠOVÁ, A., LACINOVÁ, J., ŠEMBEROVÁ, J.: *Model canisterapie*. In: Kontakt. 2000, roč. II, č. 4, str. 215 – 219.

22. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J.: *Kognitivně-behaviorální terapie*. Praha, Triton 1999. ISBN 80-7254-038-6

23. NEUBAUEROVÁ – CECAVOVÁ, Linda. *Autismus a jiné pervazivní vývojové poruchy řeči* [online]. Abstrakt příspěvku z konference Asociace klinických logopedů. Říjen 2003 [cit. 2009-02-03]. ISSN 1214-2107. Dostupný z WWW: http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=503

24. Pfeiffer SI, Norton J, Nelson L, et al. *Efficacy of vitamin B6 and magnesium in the treatment of autism: a metodology review and summary of outcomes*. J Autism Dev Disord 1995;25:481-93. (In: *Diagnosis and Treatment of Autism Spectrum Disorders.* Publikováno online: Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, October 2003. [cit. 2010-03-22])

25. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J.: *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha, Triton 1998. ISBN 80-85875-46-2

26. Program, N.Y.S.D.o.H.E.I. Clinical practice guideline: report of the recommendations. Autism/PDD assessment and intervention for young children (ages 0-3). Albany, NY: New York State Department of Health; 1999. (In: Manning-Courtney, P., Brown, J., et al.: *Diagnosis and Treatment of Autism Spectrum Disorders.* Publikováno online: Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, October 2003. [cit. 2010-03-22])

27. RICHMAN, S.: *Výchova dětí s autismem*. Praha, Portál 2006. ISBN 80-7367-102-6

28. SCHOPLER, E., MESIBOV, B. G.: *Autistické chování*. Praha, Portál 1997. ISBN 80-7178-133-9
29. SRBKOVÁ, Jana. *Son-rise program*. Brno, 2009. Diplomová práce. Masarykova Univerzita.
30. THOROVÁ, K.: *Poruchy autistického spektra*. Praha, Portál 2006. ISBN 80-7367-091-7
31. THOROVÁ, K.: *Od časné diagnózy k účinné pomoci, diagnostika poruch autistického spektra.* Pilotní studie k vytvoření screeningového testu. Disertační práce, Praha, FF UK 2003
32. THOROVÁ, K./1.: *Aspergerův syndrom* [online]. 21. května 2007, 7. září 2007 [cit. 2009-02-03]. Dostupný z WWW: http://www.autismus.cz/popis-poruch-autistickeho-spektra/aspergeruv-syndrom.html
33. THOROVÁ, K./2.: *Dezintegrační porucha* [online]. 21. května 2007, 13. září 2007 [cit. 2009-02-02]. Dostupný z WWW: <http://www.autismus.cz/popis-poruch-autistickeho-spektra/dezintegracni-porucha.html>.
34. THOROVÁ, K., SEMÍNOVÁ, M.: *Strukturované učení* [online]. 17. dubna 2007, 12. listopadu 2007 [cit. 2009-02-02]. Dostupný z WWW:

    http://www.autismus.cz/strukturovane-uceni/strukturovane-uceni-2.html>.

Internetové stránky:

1. Www.autismtreatmentcenter.org. *Program principles* [online]. [cit. 2010-04-02]. Dostupný z WWW:http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/about_son-rise/index.php
2. www.autism-programs.com. *Growing minds* [online]. [cit. 2010-05-06]. Dostupný z WWW: http://www.autism-programs.com/
3. Www.dobromysl.cz /1. *Pomáhá facilitovaná komunikace?; pomůcky* [online]. [cit. 2009-02-02]. Dostupný z WWW: <www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=271>.
4. www.dobromysl.cz /2. *Preterapie* [online]. c2002-2010 [cit. 2010-03-23]. Dostupný z WWW: http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1544
5. www.dobromysl.cz /3. *Handle přístup* [online]. 2002-2010 [cit. 2010-04-26]. Terapie. Dostupné z WWW: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1665>.
6. www.eegbiofeedback.cz/ . *EEG Biofeetback* [online]. [cit. 2009-02-02]. Dostupný z WWW: http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php

7. Www.gfcf.unas.cz. *Autismus jako metabolická porucha* [online]. c2008 [cit. 2009-02-02]. Dostupný z WWW: <http://www.gfcf.unas.cz/home.html >.

8. www.handle.org. *The Handle Institute* [online]. [cit. 2010-04-24].Dostupný z www: <http://www.icdl.com/dirFloortime/WhatisFloortime.shtml>.

9. Www.icdl.com. *ICDL*. The Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders [online]. [cit. 2010-04-24]. Dostupný z WWW: <http://www.icdl.com/>.

10. Www.nadejeproautismus.cz. *Hyperbarická terapie a autismus* [online]. c2008 [cit. 2009-02-02]. Dostupný z WWW: http://www.nadejeproautismus.cz/hbot.htm

11. Www.praha.apla.cz. *O autismu* [online]. [cit. 2009-02-02]. Dostupný z WWW: <http://www.praha.apla.cz/zakladni-udaje/o-autismu.html>.

12. Www.rett-cz.com. *CO JE RETTův SYNDROM ?* [online]. [2008], 28.11.2008 [cit. 2009-02-02]. Dostupný z WWW: <http://www.rett-cz.com/cojerettuvsyndrom.htm>.