

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA



Bakalářská práce

2014

Zuzana Dobešová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
Ústav speciálně pedagogických studií

Bakalářská práce

Zuzana Dobešová

Vliv a využití alternativních metod a léčitelství  
v rodinách dětí s autismem

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedených zdrojů a literatury.

V Olomouci dne

.....

Zuzana Dobešová

Ráda bych poděkovala Mgr. Lucii Pastierikové, Ph.D. za odborné vedení a poskytování cenných rad k práci. Děkuji také rodinám, které byly ochotné zúčastnit se rozhovorů. A všem ostatním, kteří mi k dokončení této práce jakkoli pomohli.

# OBSAH

Úvod .....	6
TEORETICKÁ ČÁST .....	7
1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA .....	7
1.1 Historický vývoj .....	7
1.2 Charakteristika autismu a jeho projevy .....	8
1.3 Specifické a nspecifické rysy PAS .....	9
1.4 Etiologie autismu.....	13
1.4.1 Neurobiologický model autismu .....	14
1.4.2 Psychologický model autismu .....	14
1.5 Četnost výskytu poruch autistického spektra .....	15
2. RODINA DÍTĚTE S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA .....	17
2.1 Obecná charakteristika rodiny .....	17
2.2 Funkce a význam rodiny .....	18
2.3 Specifika rodiny dítěte s poruchami autistického spektra .....	19
3 LÉČITELSTVÍ A ALTERNATIVNÍ METODY .....	22
3.1 Historie léčitelství a alternativních metod .....	22
3.2 Vymezení základních pojmů.....	23
3.3 Charakteristika léčitelství a alternativních metod .....	25
3.4 Léčitelství a autismus .....	26
4 POPIS JEDNOTLIVÝCH METOD VYUŽÍVANÝCH V RODINÁCH DĚTÍ S PAS ...	28
4.1 Rei – ki .....	28
4.2 SRT - terapie pomocí kyvadla .....	29
4.3 Alternativní arteterapie a automatická kresba .....	30
4.4 Kineziologie .....	31
4.5 Jóga.....	32
4.6 Homeopatie.....	34
PRAKTICKÁ ČÁST .....	35
5 Vliv a využití alternativních metod a léčitelství v rodinách dětí s PAS.....	35
5.1 Cíl práce.....	35
5.2 Metody .....	35
5.3 Výběr vzorku šetření .....	36
5.4 Zpracování výsledků šetření.....	37

5.4.1	Rodina č. 1 .....	37
5.4.2	Rodina č. 2 .....	41
5.4.3	Rodina č. 3 .....	45
5.5	Výsledky šetření a doporučení pro další praxi .....	48
Závěr .....		50
Seznam zkratk .....		51
Seznam obrázků .....		52
Seznam použité literatury .....		53
Seznam příloh .....		56
ANOTACE		

## Úvod

V posledních letech výrazně vzrostl a stále roste počet dětí s poruchami autistického spektra nebo příbuznými vývojovými poruchami. Souběžně s tímto jevem roste počet různorodých metod a možností léčení těchto poruch a zmírnění jejich příznaků. Často vycházejí nové a nové, ať už více či méně pravděpodobné, studie a články o tom, co autismus způsobuje a jak ho léčit.

Vědci, lékaři i rodiče se tzv. „chytají každého stébla“, které by tuto poruchu mohlo vysvětlit a světu přinést možnost její eliminace, či i zjištění, jak jí předcházet. Nebo alespoň již postižené děti, co nejlépe rozvíjet kladným směrem.

Rodiny, do kterých vstoupí takto postižené děti, jsou postaveny před velmi těžkou životní situací a musí od základů změnit svůj život a jeho zaběhnutý směr. Pro každou rodinu je náročné jakkoliv sebe i dítě po jeho narození znovu zapojit do společnosti. Názory společnosti na autismus stále nejsou ucelené a mnohdy málokdo ví, co vůbec toto postižení znamená a jak se projevuje. Často se rodiče setkávají s nepochopením a odsouzením stran ostatních lidí, kteří se i v této pokročilé době domnívají, že za projevy autismu se skrývá pouze špatná výchova a nedostatečná péče. Logicky rodiny hledají vše, co by jim jejich těžký úděl mohlo usnadnit. V dnešní době informačních technologií a internetu se dostupnost různých možností pomoci stává takřka neomezenou. Lidé vyhledávají osvědčené a obecně uznávané lékařské metody, psychology a poradce, ale obrací se také na léčitele. Zkouší různé techniky od diet a cvičení, až po působení homeopatických preparátů a různých „energetických“ vlivů. Často zmateně věří a jdou za vším, co nabízí rychlou pomoc s garancí zázračných výsledků.

Proto jsme se rozhodli v této práci blíže zmapovat problematiku využívání alternativních metod a léčitelství u rodin dětí s autismem. A přispět tak k lepší informovanosti o tomto jevu. Cílem této práce tedy není odsouzení ani blahořečení žádného ze směrů, ani dokazování jejich skutečné hmatatelné funkce. Ale spíše se zajímáme o dopad alternativ a léčitelství na funkci a chod konkrétních rodin. Jakým způsobem mění volba metod život těmto rodinám a mají-li opravdu možnosti zmírnit, například nežádoucí chování dětí či stres a změny způsobené jejich příchodem na svět a životem v rodině. Také bychom se rádi zaměřili na důvody, jež vedou rodiny dětí s tímto postižením k vyhledání terapeuta. Jaký je impuls k jeho první návštěvě a jaké výsledky očekávají. Dále bychom rádi zjistili rozdíl mezi očekáváním a skutečnou realitou, nastalou po terapii. Rádi bychom, aby práce sloužila nejen jako zdroj informací, ale také byla výstupem pro další průzkum v této oblasti, pokud by zájem o alternativní metody a léčitelství měl do budoucna vzrůstající tendence.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

### 1.1 Historický vývoj

Do dnešních dnů zůstala první, ale nepříliš známou prací, jež se vztahuje k pervazivním vývojovým poruchám, práce rakouského pedagoga **Theodora Hellera** z počátku 20. století. Ve své práci popsal tzv. infantilní demenci u dětí. Dnes tuto poruchu najdeme pod názvem Jiná desintegrační porucha v dětství. V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1992) bývá ovšem velmi zřídka diagnostikována a je velmi vzácnou poruchou. (Hrdlička – Komárek, 2004)

V psychiatrické literatuře považujeme za prvního, kdo popsal autismus, amerického psychiatra **Leo Kanner**a. Všiml si jako první podobně nepřiměřeného chování u skupiny několika dětí. Jejich projevy považoval za symptomy specifické a samostatné poruchy, kterou nazval časný dětský autismus. K tomuto označení byl inspirován řeckým původem slova „autos“, což znamená „sám“. Jeho zjištění spadá do období roku 1943. Některé z jím popsaných hlavních znaků potvrdil podrobný výzkum **Americké psychiatrické asociace** a dodnes jsou používány. (Thorová, 2006; Schlopler, 1999)

Nebyl ovšem prvním, který výraz autismus použil. Jak můžeme najít například v knize **Kateřiny Thorové** z roku 2007, tento termín souvisí s rokem 1911 a švýcarským psychiatrem **Eugenem Bleulerem**. Použil pojem autismus při popisu jednoho ze symptomů u schizofrenních pacientů. Nazýval jím pohroužení se do vnitřního světa snů a fantazie, zvláštní způsob myšlení a odloučení od reality.

V roce 1944, tedy o rok později než Leo Kanner, popsal v článku *Autističtí psychopati v dětství* kazuistiky čtyř podobných případů vídeňský pediatr **Hans Asperger**. U jím zkoumaných dětí popisoval obtíže v sociálním chování, problémy s komunikací, vysokou míru intelektu, motorickou neobratnost a lpění na omezených zájmech. Oproti Kannerovi se Asperger věnoval dětem s mírnějšími formami poruchy.

Termín Aspergerův syndrom, který nahradil pojem autistická psychopatie, poprvé použila britská lékařka **Lorna Wingová** v roce 1981. V následujících letech sepsala mnoho odborných publikací s radami pro rodiče dětí s tímto onemocněním. Do dnešní doby přetrvávají diskuse o tom, je-li Aspergerův syndrom samostatnou nozologickou jednotkou nebo pouze typem vysoce funkčního autismu.



O dva roky dříve Wingová, ve spolupráci s další britskou lékařkou **Judith Gouldovou**, upozornila na děti, které vykazovaly určité rysy autistického chování. Tyto děti však nesplňovaly klasifikaci nastavenou Leo Kannerem. Lékařky tedy poprvé sjednotily tyto podobné rysy pod termín poruchy autistického spektra a tím stanovily i triádu nedostatků v oblastech sociální interakce, komunikace a představivosti. (Thorová, 2006)

## 1.2 Charakteristika autismu a jeho projevy

Poruchy autistického spektra jsou velmi problematickým oborem pro stanovení přesné charakteristiky. „*Studujeme-li odbornou literaturu k této problematice, docházíme k závěru, že spíše víme, co autismus není, než to co autismus ve skutečnosti je. Autismus není druhem mentální retardace, i když s mentální retardací bývá v převažující většině případů spojen. Autismus není ani zvláštním druhem schizofrenie, za nějž byl až donedávna pokládán. Vyčerpávající definice autismu patrně dosud v naší literatuře neexistuje, proto se tato vývojová vada zpravidla charakterizuje souborem svých klinických projevů.*“ (Švarcová, 2003, str. 131)

Lidé z řad laické veřejnosti, kteří se nikdy s nikým z autistických dětí nebo dospělých nesešli, mnohdy ani netuší existující podstatné rozdíly mezi schizofrenií, bipolární poruchou, mentální retardací a autismem. (Švarcová, 2003)

Autismus spadá do skupiny tzv. **pervazivních vývojových poruch** (Pervasive Development Disorders - PDDs)<sup>1</sup>. Tyto náleží k nejzávažnějším mentálním poruchám dětského vývoje. Vždy se projeví v prvních letech věku jedince. Znamenají všepřonikající a narušený vývoj dítěte do hloubky v mnoha směrech. „*V důsledku vrozeného postižení mozkových funkcí, které dítěti umožňují komunikaci, sociální interakci a symbolické myšlení (fantazii), dochází k tomu, že dítě nedokáže vyhodnocovat informace stejným způsobem jako děti stejné mentální úrovně. Vnímá, prožívá a tudíž se i chová jinak.*“ (Thorová, 2006, str. 58)

Základní určující znaky najdeme uvedeny v **Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické asociace**. (DMS IV American Psychiatric Association,). Ten definuje autismus ve třech základních oblastech nazývaných také triádou určujících symptomů.<sup>2</sup> A to sociální interakce, narušení komunikace a omezené, nebo opakující se (stereotypní) vzorce chování. V těchto oblastech existuje celkem dvanáct kritérií, určujících zda má jedinec některou z poruch autistického spektra či nikoliv. Z nich musí dítě,

<sup>1</sup> Tento název se v nově vzniklé DMS - V již nevyskytuje. Byl nahrazen termínem „porucha autistického spektra.“

<sup>2</sup> DSM-V rozdělil jednotlivé určující kategorie „triády“ pouze do dvou oblastí. (American psychiatric association, 2014)

pro stanovení diagnózy autismu, splnit alespoň šest, a to s minimálním zastoupením v každé kategorii - po dvou v oblasti sociálních vztahů a po jednom v komunikaci a symbolickém myšlení. (Schopler, 1999)

### 1.3 Specifické a nspecifické rysy PAS

Výše zmiňovaná **triáda určujících symptomů** (triáda problémových oblastí) spadá do oblasti tzv. specifických rysů projevů autismu.

#### a) Sociální interakce a sociální chování

*„Sociální chování můžeme u dětí pozorovat už od prvních týdnů i dnů života. Sociální úsměv, sociální broukání a oční kontakt se každým měsícem vývoje upevňují. Sociální chování se stává stále diferencovanějším. Porucha sociální interakce se hloubkou postižení u jednotlivých dětí s PAS výrazně liší. Zjednodušeně řečeno, některé děti mají potíže se základními sociálními dovednostmi, které jsou vlastní dětem v kojeneckém věku, u jiných sociální chování odpovídá tříletému dítěti a někteří lidé s mírnější variantou handicapu chápou sociální problémy na úrovni dětí šestiletých.“*  
(Thorová, 2006, str. 61)

Autistické děti mají vždy problémy se svými vrstevníky, raději tráví svůj čas o samotě. Každé dítě, v průběhu svého vývoje, může sociální chování měnit a vyvíjet se. Z tichého nespolečenského jedince se může stát aktivní extrovert. Nyní známe pět typů sociální interakce u lidí s PAS. Typologie napomáhá při výběru dalších možností práce s jedincem a následně i pomoci rodině k lepšímu fungování.

- **Typ sociální** – projevuje minimální zájem o fyzický kontakt, jedná se o samotářské dítě s nezájmem o komunikaci. Často takové děti projevují agresivní chování. Takovéto dítě nevyhledává blízkost rodičů a reakce jeho okolí (dospělých) nemá na jeho chování vliv.
- **Typ pasivní** – děti ochotné ke kontaktu, avšak nejsou schopné účelně se zapojit. Dochází k absenci spontaneity, omezení schopnosti projevit radost nebo poprosit o pomoc.
- **Typu aktivní – zvláštní** – dítě nedovede chápat pravidla sociální interakce, nedodrží intimní vzdálenost, těžko rozumí kontextům dané situace. Projevuje se extrémním dotazováním a problematickým chováním.

- **Typ formální – afektovaný** – projevuje se u lidí s vyšším IQ. Vyjadřují se přehnaně zdvořile, mají až encyklopedické znalosti a dobré vyjadřovací schopnosti. Trvají na stereotypech, často se chovají odtažitě i vůči své rodině.
- **Typ smíšený – zvláštní** – předchozí typy se zde prolínají. Záleží na člověku, který stojí v sociální interakci proti dítěti s PAS. Aktivně navazuje kontakt pouze v situaci, kterou dobře zná a jedná se o oblast jeho zájmů. Používá naučená prohlášení a fráze. (Thorová, 2006)

## b) Komunikace

Problémy v komunikaci stojí za neschopností dítěte navázat sociální kontakt. U dětí s poruchami autistického spektra nalezneme problém ve verbální i neverbální, expresivní i receptivní oblasti řeči. Děti doslovně chápou instrukce, nejsou schopny zobecňovat. Nedovedou rozlišit výrazy tváře, postoje a gesta. Velmi těžce rozliší, co si druhý člověk skutečně myslí. Ve verbální komunikaci často dochází k mnohdy nevhodnému vyjadřování. Nerozumí hranicím společnosti, často používají hanlivá slova a volí výrazy, které se v dané situaci nehodí. Pro rodiče bývá náročné s takto se vyjadřujícím dítětem obstát před společností. (Thorová, 2006)

## c) Symbolické myšlení (představivost, zájem, hra)

Malé děti vždy testují zákon akce a reakce. Učí se rozvíjet komplexněji představivost a zároveň vnímají, jak přemýšlí ostatní lidé. Dochází k rozvoji symbolického myšlení a schopnosti plánovat. Narušení těchto schopností způsobuje absenci rozvoje hry. Dítě se začne zabývat činnostmi, které by spíše preferovalo mladší dítě. Tyto činnosti jsou pro dítě s PAS průhlednější a díky stereotypnosti i pro jeho myšlení bezpečnější. Trávení volného času se pro takovéto dítě stává odlišnějším od vrstevníků. Vyhledává takové hry, při kterých není potřeba zapojovat fantazii, nepracují s nápodobou, odpovídají nižší úrovni myšlení a sociálních dovedností, než je jejich skutečný věk. Při hrách autistických dětí také hraje největší roli stereotypizace chování a úzce zaměřený zájem. (Thorová, 2006)

Projevy, které stojí mimo tyto tři stěžejní oblasti, ale také se často vyskytují, se nazývají **nespecifické variabilní rysy**. Zpozorovatelné u dvou třetin diagnostikovaných lidí s PAS.

## a) Percepční poruchy

Poruchy v oblastech vnímání smysly. Dochází k přecitlivělosti na podněty spojené se zrakem, čichem, sluchem, hmatem i chutí. Jedná se například o hypersenzitivitu (zvýšenou citlivost) nebo hyposenzitivitu (sníženou citlivost) v dané oblasti. Tyto faktory značně komplikují možnosti výchovného a vzdělávacího procesu. Děti s PAS reagují na vzniklé podněty, pokud jim způsobují nepříjemné stavy, nežádoucím chováním a agresí, pokud se nedovedou vyjádřit jinak. S věkem se jejich frekvence a síla mění, často dojde k úplnému vymizení.

- **Zrakové vnímání př.:** Přecitlivělost na některé podněty (světlo, monitor počítače, obrazovka televize). Absence reakcí na zrakové podněty, které se nacházejí v zorném úhlu. Pro jedince je náročné vyhledat daný předmět na větší ploše. Často bývají předmětem fascinace předměty se světelným efektem.
- **Sluchové vnímání př.:** Neadekvátní reakce na příliš hlučný, nebo naopak tichý zvuk. Na hlučné krátké zvuky reagují až panicky a vnímají je bolestivě. Děti se snaží vyhnout těmto zvukům například hučením nebo broukáním. Zde bývají předmětem fascinace oblíbené televizní znělky, melodie či zvukové hračky.
- **Chut'ové vnímání př.:** Projevená velmi výraznou preferencí některých potravin a velmi radikálním odmítáním jiných. Hyposenzitivita se v tomto případě projevuje absencí zábrán konzumovat nejedlé věci.
- **Čichové vnímání př.:** Některé tyto děti vnímají jako velmi náročné a nezvládnutelné i příjemné vůně. Jiné naopak čich víceméně nevyužívají.
- **Vnímání hmatem a vnímání dotekem př.:** Hypersenzitivita se nejčastěji projevuje absencí doteků až přehnané reakce na ně. Obyčejné pohlazení může dítě vnímat jako projev agresivního vstupu do jeho bezpečné zóny. Hmatová senzitivita se projevuje i nechutí nosit některé oblečení nebo například dítěti vadí hygienické procesy spojené s dotekem. ( Thorová, 2006)

## b) Odlišnost v motorickém vývoji a projevech

Opožděný vývoj nebo nepostupující vývoj správným směrem vede mnoho rodičů k prvnímu vyhledávání odborníků. Neurologové často v počátcích doporučují rehabilitace. Mnohdy je stanovena předběžná diagnóza dětské mozkové obrny či centrální porucha koordinace v předškolním věku dítěte. Často dochází

k abnormálním projevům v motorice. Vyskytují se stereotypní pohyby, nastavování rukou do zvláštních poloh, otáčení předmětů a jiné. Pokud se dostane dítě s autismem do stresové situace, mohou se krátkodobě objevit rychlé trhavé pohyby. U některých dětí se vyskytuje chůze po špičkách nebo absence používání rukou při chůzi. Často tak dochází k deformaci nožní klenby, skolióze a nepřirozenému držení těla. (Thorová, 2006)

### c) **Emoční reaktivita**

*„U dětí s poruchami autistického spektra je obzvlášť v raném věku nápadná méně bohatá emoční reaktivita. Některé děti projevují jen velmi omezenou škálu emocí, v extrémních případech neprojevují emoce vůbec. Většina dětí s poruchami autistického spektra reaguje na příjemné a nepříjemné podněty. Odlišná může být intenzita reakce i způsob, jakým dítě reaguje. Frustrační tolerance, tedy schopnost snášet nepříjemné podněty, bývá extrémně nízká. Dítě může reagovat emočním výbuchem i na banální situace, jako je přerušování činnosti, požadavek spolupráce nebo nevyhovění požadavku, a to zcela nepřiměřeně svému věku. Afektivní labilita se projevuje častým střídáním nálad někdy i bez vnějšího podnětu. Dítě může projevovat opačné emoce, než by odpovídalo vnějším podnětům. Některé děti mají po většinu dne neutrální, pasivní náladu. (Thorová, 2006, str. 159)*

U zdravého dítěte dochází k emoční reaktivitě přibližně do věku tří až čtyř let. Autistické dítě naopak věnuje velmi nízkou pozornost emocím. Teprve od tří let začíná být nápadněji vnímána jeho frustrační tolerance. Není schopné zvládat vyhocené situace a reaguje agresí nebo autoagresí. Opět svou roli hrají nerozvinuté komunikační a sociální sféry a potřeba předvídatelnosti všech situací. (Thorová, 2006)

### d) **Adaptabilita**

Schopnost přizpůsobit se změnám je vždy velmi zásadně u dětí s poruchami autistického spektra narušena. Záleží vždy na míře narušení. Jedinec může být ochotný, při projevech neakceptace, nechat si situaci adekvátně vysvětlit. Nebo jeho reakce může způsobit neadekvátní výbuch vzteku, nežádoucí chování a úzkost. Rodiče si často stěžují na schopnost adaptace u svých dětí s PAS. Musí vyzorovat, jak jejich dítě v takovýchto situacích reaguje a co je pro něho onou stresující změnou. Jedná se například o změny prostředí, činností, osob, cesty do školy, oblíbeného

obchodu a jiné. Mnoho dětí se daří pomocí specialněpedagogických strategií na tyto změny připravit a nežádoucí reakce eliminovat. (Thorová, 2006)

#### e) **Problémy v chování**

Mnoho projevů problémového chování u dětí s PAS souvisí s primárními potížemi souvisejícími s výše zmiňovanými specifickými i nespecifickými projevy chování. Dítě nedovede vyjádřit své potřeby, pocity, emoce, a proto se snaží na sebe upozornit jiným způsobem. Nejčastější patrné problémové chování je agrese, autoagrese, afektivní záchvaty, výrazná stereotypní činnost. U starších lidí s PAS příčinou problémů bývá nedostatek vůle, iniciativy, spontaneity a pasivity. (Thorová, 2006)

### **1.4 Etiologie autismu**

Dodnes je autismus poruchou, jejíž příčinu se nepodařilo s definitivní platností určit. Stále probíhají vědecká zkoumání, která mají za výsledek měnící se názory této problematiky. Za tím stojí jistě i variabilita projevů autismu, která výzkumy ztěžuje a vznikají tak často velmi různorodé vědecké závěry.

Často slýcháme také o vzniku autismu jako o důsledku prodělaného očkování. Tato teorie měla nejhlasitější zastoupení kolem roku 1998. V této době gastroenterolog **Wakefield** provedl výzkum, v němž poukázal na spojitost mezi chronickými gastrointestinálními (žaludečními a střevními) potížemi, způsobenými očkováním, a autismem. Studie z let 2001 a 2002 ověřující jeho teorii ovšem neprokázaly žádnou souvislost mezi jakýmkoliv typem očkování a autismem. V roce 2003 pak britský lékařský koncil vydal prohlášení, podle kterého vědecké výzkumy jednomyslně ukázaly neexistenci jakékoliv spojitosti mezi autismem a očkováním. Dodnes probíhají bouřlivé diskuze, zdali očkování může za vznik autismu nebo nikoliv. Stále také nepadlo jednoznačné stanovisko stran vědecké společnosti. (Thorová, 2006)

V současnosti se nejčastěji hovoří o faktorech genetických, prodělaných infekčních onemocněních a chemických procesech v mozku.

*„Autismus řadíme mezi neurovývojové poruchy na neurobiologickém základě (teoreticky jsou nejvíce zvažovány dysfunkce v oblasti mozečku, limbického systému, kůry mozkové, cingula, hipokampu). Z hlediska neuropsychologického problémy dítěte vyvěrají z potíží s vnímáním (příjem informací) a zpracováním informací (problémy v oblasti emocí*

*a myšlení). Nejedná se o jedno místo v mozku zodpovědné za vznik autismu, ale spíše o poruchu komunikačních a integračních funkcí v mozku.“ (Thorová 2006, str. 52)*

### **1.4.1 Neurobiologický model autismu**

Podle neurobiologického modelu z některých studií vyplývá, že za primární příčinu autismu lze shledat poškození vyvíjejícího se mozku již v prenatálním období. K poškození dochází při setkání plodu s teratogenní látkou obsaženou například v některých lécích podávaných během těhotenství. Dochází k chybně založenému vývoji kmenových struktur. Ty mají přímý vliv na vznik problémů při vnímání, např. hlasitých zvukových podnětů a nepřímý vliv na dozrávání cerebelárních a limbických systémů.

Na základě vývojového poškození mozku rozlišujeme čtyři hlavní základní poruchy limbického systému:

- a) Emotivní slepota**
- b) Nezáměr o sociální vazby**
- c) Jednokanálové – selektivní – vnímání**
- d) Unisenzorická hypersenzitivita (nadměrná aktivace některého ze smyslových center)**  
(Hrdlička – Komárek, 2004)

### **1.4.2 Psychologický model autismu**

Z pohledu neuropsychologie byly definovány **čtyři základní ucelené teorie**, které se pokoušejí o přiblížení autismu, založené na zkoumání kognitivních procesů. Tyto teorie jsou velmi užitečné při popisu odlišností v chování a prožívání lidí s autismem.

- a) Koncepce teorie mysli (teorie uvědomování si duševních stavů)**

Okolo čtvrtého roku věku se plně rozvíjí schopnost teorie mysli. Jedná se o kognitivní schopnost, která se stará o vytváření názoru o duševních stavech a tvoří systém úsudků. U zdravého dítěte můžeme vždy najít schopnost vrozené predispozice k rozvoji této teorie. Naproti tomu u dětí s autismem dochází k vytvoření jen částečně nebo vůbec. Dítě tedy není schopné rozlišit rozpoložení druhého člověka a tím i adekvátně reagovat. Na tomto základě dochází k absenci sociálních vazeb, porozumění a fantazie. (Hrdlička – Komárek, 2004)

- b) Teorie centrální koherence**

Koherence znamená spojitost, souvislost. Tedy vrozená vlastnost či pud, který slouží k automatickému vytváření ucelených představ tak, aby člověku připadaly informace smysluplné. Autistické děti nedávají stejnou vážnost analytickému a syntetickému myšlení. Dochází tak k nedostatečnému celkovému vnímání, zaměřují se v informacích na nepodstatné detaily a celkový význam sdělení jim uniká. Vzniká problém s vnímáním podnětů, které jsou významově důležitější a tím neschopnost porozumět danému, v rámci smysluplného celku. (Hrdlička – Komárek, 2004)

#### c) **Teorie exekutivních funkcí**

Další z teorií se zaměřuje na plánování akcí, chování podle určitého vzorce a scénáře. Exekutivní funkce ovlivňují zkratkovité jednání, omezují neuvážené a mnohdy nevhodné první reakce na daný podnět. U zdravého jedince se starají o řízení chování podle vnitřních mentálních schopností a ne vnějších okolností. (Hrdlička – Komárek, 2004)

#### d) **Emoční teorie intersubjektivní**

Intersubjektivita neboli vrozené nadání dítěte k emočnímu navázání kontaktu s okolními lidmi, vznikající v období do 6 měsíců věku. Autistické děti nejsou schopny rozlišovat pocity a myšlenky ostatních lidí. Nedovedou uvažovat v abstrakcích a symbolikách. Tím vzniká neschopnost přiřadit pocity a emoce k probíhajícím situacím. (Thorová, 2006)

### **1.5 Četnost výskytu poruch autistického spektra**

V osmdesátých letech se poměr výskytu autismu, na základě výzkumů ve Francii a Anglii, pohyboval v poměru **5-10/10 000 dětí**. V jednadvacátém století epidemiologické studie zaznamenaly dramatický nárůst dětí s poruchami autistického spektra. Výzkumy došly k poměru **60/10 000 dětí**. (Thorová, 2006)

Podle posledních informací získaných na internetovém portálu Autismus.cz z ledna roku 2010 se dle epidemiologických studií frekvence výskytu pohybuje okolo **90 případů na 10 000 narozených dětí**. V České republice se pak hovoří o 200 nově diagnostikovaných dětí za rok. Častější výskyt je pozorován u chlapců než u dívek a to v poměru 4-5:1. (APLA, 2011; Čáslavská, 2010)

Vyšší výskyt má své logické opodstatnění. Nyní odborníci lépe rozeznávají a diagnostikují poruchy autistického spektra i u dětí, které navštěvují běžné školy a mají



intelekt v pásmu průměru. Také jsou často spojené i s jiným typem poruch. Hranice diagnostických kritérií se značně rozšířily a jsou již akceptovány širším okruhem diagnostiků. (Thorová, 2006)

## 2. RODINA DÍTĚTE S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA

### 2.1 Obecná charakteristika rodiny

*„Rodina je prvním a také nejdůležitějším prostředím, do kterého dítě po narození přichází. Funkčnost rodiny je jedním z předpokladů zdravého harmonického vývoje dítěte.“*  
(Kantorová, 2010, str. 25)

Rodina se skládá z několika členů a figuruje jako společenská skupina, která funguje v rámci struktury státu a daného společenství. Většinou se jedná o členy spojené příbuzenským svazkem, adopcí nebo manželstvím. Její členové jsou spojeni nejen pokrevně, ale i společným způsobem života a vzájemnými vztahy a vazbami.

Podle velikosti můžeme rodiny dělit na:

- a) **Nukleární neboli malé** – rodiče a jejich děti.
- b) **Rozšířené** – rodiče, děti a další nejbližší příbuzní např. prarodiče. V České republice se označení používá i pro ostatní členy dané rodiny, kteří společně udržují úzké vazby, ale nežijí pohromadě v jedné domácnosti.
- c) **Velké (spojené)** - rodiče, děti a širší příbuzenstvo (skupiny sourozenců, jejich manželky a děti žijícími pohromadě v jedné domácnosti. (Kantorová, 2010; Skarupská, 2006)

Normální, zdravá harmonická rodina se vyznačuje třemi základními důležitými principy fungování.

První z nich - **soudržnost** – vyznačující se pocitem sounáležitosti jejích členů, poskytující samostatnost a individualitu a zároveň jistotu vzájemné pomoci a pochopení. Není omezující.

Další princip – **adaptabilita** - funkce takové rodiny, která dokáže reagovat a přizpůsobit se požadavkům života, změnám a nově vzniklým situacím. V případě nutnosti pak dokáže změnit zaběhnuté fungování nebo svůj životní styl.

Třetím principem je **rodinná komunikace**. Jako důležitá součást života každého člověka a to nejen v rodinách. Funguje při vytváření rodinné atmosféry a rodinného klimatu.

Pokud společně všichni členové dokáží smysluplně komunikovat, snadno eliminují negativní vlivy a stresové faktory, ve kterých se rodina může ocitnout. (Kantorová, 2010)

## 2.2 Funkce a význam rodiny

V životě každého člověka je rodina důležitou součástí, utváří jeho podstatu. Ukazuje hodnoty, dává vzor mezilidským vztahům, formuje postoje a udává základy etiky a životního stylu. Jedná se o tradiční prostředí, které nabízí předěl mezi společenskými a individuálními zájmy. Tvoří ve společnosti **velmi významnou nezastupitelnou funkci**. Žádná jiná instituce nedokázala v historii rodinu nahradit. (Kantorová, 2010)

Rodina funguje také proto, aby se lidé mohli náležitě starat a vychovávat své děti. Ty se v nich učí základní vzorce sociálního chování. Dochází k sociálnímu učení, tedy důležitému prvku socializace jedince. Člověk si osvojuje předpoklady pro život ve společnosti, učí se komunikovat, přijímat svou sociální roli a uznávat společenské normy. Vytváří se vztahy a postoje, jaké bude zastávat v budoucnosti k ostatním skupinám lidí a určuje jeho další vývoj. Dítě se v rodině setkává s prvním a velice důležitým modelem společnosti. Hovoříme tedy o **socializační funkci rodiny**. (Matoušek, 2003; Kantorová, 2010)

Na rozdělení dalších základních funkcí rodiny se shoduje většina autorů odborných publikací např. Matoušek 2003 či Kantorová 2010. Toto společenské uskupení má dle jejich názoru za úkol plnit následující funkce:

- a) **Biologická – reprodukční funkce** – zajišťuje reprodukci lidského rodu a ukazuje dětem, jaká je jejich role dle pohlaví. Důležitým obdobím pro pochopení této role je předškolní věk. Velmi podstatná je také přítomnost kvalitního dospělého vzoru a kompletní rodiny. Dívky se učí jak být vyrovnanou a společenskou ženou, chlapci jak být dobrým mužem. Zároveň je pro mladé jedince důležitý i kontakt s rodičem druhého pohlaví. (Matoušek, 2003)
- b) **Emocionální funkce** – základem jsou citové vazby jednotlivých členů rodiny. Emocionálně funkční rodina dodává dětem veškeré kladné pocity napomáhající v jejich vývoji např. pocit jistoty, optimismus, radost, lásku, soudržnost, stabilitu a bezpečí chráněného domova.
- c) **Ekonomická – zabezpečovací funkce** - každá rodina by měla dostatečně zabezpečit své děti po všech stránkách – materiální i ekonomické. V dnešní době

toto ne všechny rodiny dokáží, proto může částečně vypomoci i stát pomocí příspěvků a dávek sociálního zabezpečení.

Dalším úkolem rodiny v ekonomické funkci je naučit děti hospodařit s majetkem a penězi tak, aby se v dospělosti dokázaly postarat samy o sebe i o své stárnoucí rodiče – v rámci ekonomické stability a solidarity.

Prezentuje se zde i účast všech jednotlivých členů ve výrobním procesu společnosti. Schopnost zajišťování potřeb členů rodiny a jejich hmotných podmínek. (Kantorová, 2010)

**d) Výchovná funkce** – jedná se o výchovu, kterou rodina působí především na děti. Jedná se o cílevědomé, záměrné a dlouhodobé působení, které má všestranně formovat osobnost dítěte a další členy rodiny. (Kantorová, 2010)

*„Prostor, který mají rodiče na vychovávání dětí, se v civilizovaných zemích v posledních staletích zužuje. Moderní západní stát přebírá úlohu zajišťovatele výchovy dětí nejpozději od doby, kdy dětem začíná povinná školní docházka. V současnosti se považuje rodina za nenahraditelné podpůrné a výchovné prostředí pouze u předškolních dětí.“* (Matoušek, 2003, str. 9)

### **2.3 Specifika rodiny dítěte s poruchami autistického spektra**

*„Je patrné, že to, co se označuje jako intuitivní rodičovství a o co se každý běžný rodič může spolehlivě opřít jako o zdravý základ výchovy, dítě s PAS popírá. Těžko můžete popsat horší chvíle v životě rodiče než právě tuto beznaděj. K tomu je potřeba přičíst názory širšího okolí, které každého takového rodiče označí za neschopného a zahrnuje ho doporučeními o nutnosti větší důslednosti.“* (Straussová – Knotková, 2011, str. 7)

Každá rodina, do které se narodí dítě s poruchami autistického spektra, musí najednou čelit mnoha změnám. Všichni její členové jsou postaveni před novou situací, která je pro všechny neznámá. Prochází si několika stádii této situace:

- *„Stadium šoku: zklamání v očekávání, skepse, zmatek, střídání zoufalství a naděje.*
- *Stadium deprese: uvědomění si situace, beznadějná perspektiva, pesimismus co se týče přítomnosti i budoucnosti, bezradnost, pochybnosti, pocity viny a selhání v rodičovské roli.*

- *Stádium činnosti: ambivalentní pocity (odmítání postižení, přehnané ochránářství), horečné hledání pomoci, hledání viníka.*
- *Stádium realistické: funkční adaptace na změnu situace, realistická očekávání, reálné aktivity.*“ (Hrdlička – Komárek, 2004, str. 177)

Velmi důležitá v tomto momentě bývá podpora nejbližších, pohybujících se v okruhu rodiny. Pokud jí rodina cítí, může dítě přijmout jako svou součást a pomoci mu. Postižení dítěte zasáhne celou rodinu. Matky však nejvíce zůstávají v emocích, nejvíce času tráví s dítětem. Často ztrácí zaměstnání a kontakt s okolím a věnují se naplno dítěti. Nejvíce se také setkávají s neadekvátními reakcemi a nepochopením okolí. Ztrácejí přehled o přátelích a přestávají se věnovat volnému času. Psychická pohoda a rozpoložení matky povětšinou velmi zasahuje do chodu celé rodiny. Nejčastěji tedy ony jako první **vyhledávají odbornou pomoc** terapeutů a lékařů.

Dalším problémem v rodině dítěte s PAS můžeme vidět ve vzájemném **propojení sourozenců**. S příchodem postiženého dítěte do rodiny automaticky všechna pozornost směřuje k němu. Rodiče musí vysvětlit zdravému dítěti, v čem spočívá postižení bratra nebo sestry. A je nutnost nastavit pravidla tak, aby vyhovovala všem sourozencům. Snaží se porozumět potřebám zdravého i postiženého dítěte, ty od sebe rozlišovat a zároveň dodávat zdravým sourozencům stejnou péči a pozornost jako ostatním. Zdravý sourozenec se potřebuje zapojit do péče o autistického bratra nebo sestru tak, aby pro něho nebyla přítěž a vnímal ji pozitivně. Může se z něho díky této zkušenosti stát tolerantnější a sebevědomější jedinec. (Hrdlička – Komárek, 2004)

Každý rodič se učí, jak správně dítě vychovávat. Musí vědět, kdy může přitlačit a kdy je potřeba projevy akceptovat a tolerovat. Dítě s poruchami autistického spektra trpí nedostatkem porozumění okolnímu světu a tato hranice bývá daleko nižší než u dítěte zdravého. Nedovede si říci a určit své emoce ani rozlišit emoce ostatních okolo sebe. Reaguje na stresové a neznámé situace problémovým chováním. Rodiče musí neustále **nastavovat pravidla**, která pomáhají takto postiženému dítěti ve světě přežít. Snad každý rodič autistického dítěte stojí v situacích, kdy řeší strach objevit se před lidmi, například když jejich dítě předvádí ono problémové chování. Někteří rodiče v naději na zlepšení svým dětem ustupují a podřizují své plány a chod rodiny plně potřebám postiženého dítěte. Mnozí lidé uvíznou v této době a nedovedou vystoupit ze zaběhnutého systému. (Straussová – Knotková, 2011)

Dříve ve společnosti platil názor, že dítě s autismem pochází z nefunkční rodiny. Chování autistických dětí, i jinak mentálně postižených dětí, bylo považováno za výsledek nesprávné výchovy. Dnes tato teze neplatí, avšak **názory společnosti mnohdy nepřekračují tento stín**. Rodiče se často dostávají do situací, kdy si sami začínají myslet, že ve výchově selhávají. (Langer, 1996)

Každé dítě s PAS je jiné a **potřebuje jiný přístup a obměny způsobů komunikace**. Celá rodina je konfrontována s názory pedagogických pracovníků i jiných odborníků např. sociálních pracovníků, muzikoterapeutů, logopedů, psychologů, herních a pracovních terapeutů, dietetiků aj. Dítě s PAS cítí stálou nejistotu a selhává při hledání samostatnosti. Je tedy potřeba pomoc okolí, aby mohlo dojít k samostatnosti a zdravému odpoutání. Rodič společně s terapeutem musí **najít srozumitelný způsob**, jak vysvětlit a objasnit, co se po dítěti chce a co se v následujícím čase bude dít.

Potřebná je **vzájemná důvěra** a podpora, aby rodiče spolu s pedagogy a terapeuty spolupracovali při vytváření individuálních vzdělávacích a výchovných plánů. Pokud mají tyto plány fungovat, nastává nutnost **pochopení rozličností v mentálních potřebách dítěte** a v neposlední řadě i mentality a stylu života rodiny. Rodič potřebuje získat naději v úspěšnost zvládnutí problémového chování. Vhodné pro rodinu jsou možnosti alternativních řešení, které dodávají naději na úspěch, povzbuzení a sílu uvědomit si, že ne každý ústupek bývá prohrou. Například pokud dítě nereaguje adekvátně na příkazy bezprostředně ohrožující jeho bezpečnost, můžeme zajistit jeho prostředí tak, aby pro něho bezpečným bylo. Například pokud dítě utíká ze zahrady na silnici, pro rodiče bude snazší oplotit dvůr, než stále znovu s neúspěchem dítěti vysvětlovat příkaz stůj. (Schopler – Reichler – Lansing, 2011; Straussová – Knotková, 2011)

Funkční program sestavený pro takovou rodinu není pro terapeuta či pedagoga lehkou prací. Potřebuje **zahrnout veškeré aspekty života rodiny**, aby každý člen mohl žít naplněný život. A také aby při péči o dítě s PAS každému z nich zbýval čas i na naplňování svých potřeb a jeho volnočasové aktivity. Odborná pomoc rodině by měla být přímo návazná stanovené diagnóze dítěte. Nutnost **eliminovat stres**, v němž se rodiny nacházejí, souvisí i s již avizovanou nutností reagovat na předsudky společnosti. Autismus není na první pohled viditelný a nedostatečná osvěta také nepřispívá. Pokud se v médiích setkáváme s PAS, bývá to často v souvislosti se zázračnými terapiemi a náhlým uzdravením. Z hlediska vědy toto není možné a rodičům podobné informace velmi ubližují. Každý terapeut a odborník rodičům nabízí pouze podporu a trpělivost, která vede k pokrokům dítěte. (Hrdlička- Komárek, 2004)

## 3 LÉČITELSTVÍ A ALTERNATIVNÍ METODY

### 3.1 Historie léčitelství a alternativních metod

Datovat vznik léčitelství a jeho technik se zdá být takřka nemožné. O přírodní bylinné tinktury, čaje a různé druhy masť se lidstvo zajímalo již před vznikem lékařství, jak ho známe v moderních podobách. Důkazem nám mohou být existence indiánských šamanů, středověkých mastičkářů, léčitelů a kořenářek ze starých dochovaných spisů a kronik. V evropských zemích se nejčastěji setkáváme právě s bylinkářstvím. V dobách středověku zastávali funkci bylinkářů a částečně lékařů porodní báby nebo místní kat. Formy léčení se kontinent od kontinentu liší, každá kultura objevovala svá vlastní specifika a je spojena s určitou vírou v nadpřirozené schopnosti léčitele. V středoevropských zemích tato víra vedla, právě v dobách středověku, ke strachu z neznámého vyhroceného v pronásledování a upalování tzv. čarodějnic.

Současné nejčastěji používané techniky a metody alternativ **vycházejí ze staroasijského lékařství**. Tisíciletá tradice, jež v téměř nezměněné podobě přetrvává dodnes. Asijské léčebné umění pracuje podle nalezené literatury a zdrojů datovaných do druhého a prvního století před naším letopočtem. V této době vzniká učení o pěti prvcích: kov, dřevo, voda, oheň a země. Prvky ovládají nejen přírodní jevy, ale také tělesné funkce každého živého organismu. Podle této metody učení lidský život a koloběhy přírody probíhají přirozenou cestou a nejsou řízeny žádnou vyšší vůlí. Každá energie má kladný a záporný pól, při léčení lidského těla se klade důraz na vyváženost mezi nimi. Orientální léčitel stavěl na znalosti problematiky energetické rovnováhy (harmonie) a celý jejich diagnostický systém vycházel z problému regulace organismu. Podle prvku, ve kterém se nacházela disharmonie, byl dodán lék (v podobě bylin, cvičení nebo zábalů) podporující jeho opětovné nastartování správným směrem. (Jonáš, 1993)

V roce 1962, na popud doktora **Lewis Thomase**, prezidenta Ústavu pro výzkum rakoviny v USA, vzniká **Světová organizace alternativní medicíny**. Alternativní v tomto případě znamená jiné než standardní, tedy ne nahrazující, ale odlišné metody léčení. Vznikají první kliniky a soukromé ordinace nabízející mimo klasické medicíny i tu alternativní. Avšak používání termínu **alternativní medicína** bylo popsáno poprvé již ve Francii ve 30. letech 20. století. (Janča, 1991)

V České republice zaznamenáváme vývoj léčitelství a alternativní medicíny až po revoluci v roce 1989. Doba komunismu podporovala pouze metody, které odpovídaly

materialistickému pojetí světa. Jednalo se o akupunkturu, **magnetoterapii a psychotroniku**. Z těchto tří pouze akupunktura přetrvává do současnosti. Magnetoterapie ani psychotronika nemají v dnešní době podstatné zastoupení. Ostatní metody nebyly v komunistických zemích vyloženě zakázány, ale neexistovala možnost jejich rozšíření i vzhledem k zákazu soukromého podnikání. (Heřt, 2011)

Po roce 1989 se markantně objevují nové metody – například **reflexologie, aromaterapie, Bachova květinová terapie, irisdiagnostika (diagnostika z očí), kineziologie, léčba dotykem (rei-ki), různé metody léčení vírou a energetické techniky**. Dochází k imigraci zahraničních léčitelů a objevuje se mnoho nových směrů a v neposlední řadě i náboženských sekt. Nastalá svoboda vede k až přehnanému uctívání těchto technik. (Heřt, 2011)

V současné době některé z metod používají pouze léčitelé, mnoho z nich však využívají i lékaři. Akupunktura byla dokonce akceptována Českou lékařskou komorou. Vedle individuálně působících lékařů a léčitelů vznikají i specializovaná centra a organizace věnující se alternativní medicíně např. Institut celostní medicíny, Homeopatická klinika, Paracelsium, Naturcentrum Salvea a další. (Heřt, 2011)

### 3.2 Vymezení základních pojmů

V léčitelství a alternativní medicíně se nejčastěji setkáváme s následujícími uvedenými pojmy. Jedná se o hesla, která se prolínají téměř všemi metodami. Jsou pro většinu z nich určující, odrážejí podstatu a směr, kterým se snaží alternativní medicína jít a působit. S většinou z nich se setkáváme i v klasické medicíně a psychologii. (Heřt, 2011; Janča, 1991; Jonáš, 1993)

- a) **Psychosomatika nemocí** – onemocnění, která závažně postihují nemocného, ovlivňují i jeho smýšlení. Naopak mnoho onemocnění bývá ovlivněno ba dokonce i vyvoláno psychikou člověka. Jak se každý člověk k nemoci staví, záleží na třech oblastech jeho života a to na somatice, psychice a sociální situaci. Hranice mezi zdravím a nemocí může mnohdy být velmi malá a není s rozhodující přesností stanovena. Medicínské hledisko v mnoha případech není zcela určující. V tom případě se jedná „pouze“ o medicínské profesionální a objektivní stanovisko k nemoci. Důležitým faktorem bývá často i **sociální (subjektivní) povědomí okolí**. Profesionální označení nemocí určuje postoj společnosti k nemocnému. Vždy tedy záleží, co společnost a věda dané oblasti a doby za nemoc považuje. Tento postoj ovlivňují následně i vnější znaky



choroby, všeobecně prezentované názory a určité předsudky podpořené i medializací nemoci. Názory společnosti přejímá i nemocný a vše se projevuje v subjektivním pohledu na jeho zdravotní stav.(Vágnerová, 2002)

Psychická a somatická část člověka jsou součástí jednoho organismu, spojenou regulačním vlivem nervové soustavy a jejich vztah je velmi těsný. Pokud jedna z těchto složek zůstává narušená, ovlivňuje zákonitě i tu druhou. Psychosomatické i somatopsychické vztahy mohou existovat nenápadně a fungovat za normálních okolností. Mohou ale nabývat i patologických forem. Pokud člověk nezvládá dlouhotrvající stresovou zátěž, mohou být ovlivňovány i fyziologické funkce. Vzniklé tělesné obtíže se s přidanou narušenější psychikou déle udržují nebo rozšiřují. (Vágnerová, 2002)

- b) Holistický přístup k člověku** – v překladu celostní, komplexní, hloubkový přístup. Vychází z předpokladu potřeby **léčit celého nemocného člověka** a ne nemoc jednotlivých orgánů a částí těla. Např. pokud klient přijde s bolestí v oblasti ledvin, lékař odebere vzorek moči, případně krve a z výsledku určí léčbu onemocnění ledvin. V tuto chvíli by dle ideálního stavu, podle alternativních přístupů, měl nastoupit léčitel a zajistit „psychologickou“ podstatu nemoci. Při stanovení anamnézy se léčitel ptá na vše od stravovacích návyků, přes sociální prostředí až po názory klienta na život a svět obecně. Dle zjištěného nastavuje terapii na míru léčenému. Podle homeopatie ledviny souvisí s oblastí vztahů, doporučuje se tedy kombinace podporující vyrovnaní životní v této oblasti. (Jonáš, 1993)
- c) Vědomí, nevědomí a změněné stavy vědomí** – *„Laická psychologie většinou s určitou samozřejmostí předpokládá, že se člověk skládá z těla a duše (psychiky a mysli), které vstupují do vzájemných interakcí. S tímto obecným míněním, které je v souladu s přirozenou lidskou zkušeností a kulturní, především náboženskou tradicí, koresponduje filosofický dualismus. Jeho nejvýznamnějším představitelem je francouzský filosof a matematik René Descartes, který předpokládal existenci dvou radikálně odlišných substancí, jimiž jsou rozprostraněná hmotná substance (rex extensa) a duchovní substance (rex cogitans), jež nezabírá žádný prostor a jejímž hlavním atributem je myšlení. Podle Descarta je vědomí esencí ducha a zásadně se liší od těla, které je součástí hmotné substance.“* (Plhánková, 2005, str. 57)

**Vědomí** zastává funkce, které pomáhají člověku v přizpůsobivosti vůči okolnímu světu a napomáhají přežití. Jedná se o vjemy, city, myšlenky, vzpomínky,

rozhodnutí a plány, které jsou v něm přesně odraženy. Díky vědomí dokáže jedinec ovládat sám sebe, vyhodnocovat zkušenosti a **adekvátně reagovat** na nastalé situace. Probíhá tzv. vědomá reakce.

Stavy, které se výrazně liší od běžného projevu člověka, se nazývají **změněné stavy vědomí**. Jedná se o jev považovaný téměř ve všech případech za patologický. Uvádí se například: projevy deliria během somatických onemocnění nebo situace, kdy se jedinec špatně orientuje v čase a prostoru nebo vnímá zvukové a vizuální halucinace. Naproti tomu existují nepatologické změny stavu vědomí – ty mohou být spontánně vzniklé (spánek) i uměle navozené (užívání drog, hluboké dýchání, meditace). (Plháková, 2005)

Podle řady psychologických teorií probíhá v lidské mysli mnoho procesů, které mohou ovládat prožitky a způsoby chování, figurujících mimo vědomí samotné. Obecně zde hovoříme o **nevědomí** jinak nazývaném také předvědomí či podvědomí. Díky nemožnosti důkladného empirického zkoumání v této oblasti vzniká mnoho odlišných názorů na úlohu nevědomí v životě člověka. Podle Freudovy teorie se jedná o reprezentaci pudových sil. Doslova o skladiště primitivních pudových impulsů, kam se ukládají zážitky, které zraňují, zákazy a přijatá dogmata. Naproti tomu dle teorie objektivních vztahů se jedná o zkušenosti získané na základě mezilidských vztahů. Dle Junga jde o pozitivní inspiraci a zdroj tvůrčí síly. **Milton Erickson**, hypnotizér působící v polovině 20. století, využíval nevědomí pomocí hypnotického transu jako konstruktivní prostředek k léčení pacientů. (Plháková, 2005)

Vzhledem k různorodosti názorů na nevědomí nastává nutnost opatrnosti při psychoterapeutických postupech a alternativních metodách. Nešetrný zásah a nekvalitní následná zpětná vazba mohou u pacientů způsobovat závažná poškození. (Plháková, 2005)

### 3.3 Charakteristika léčitelství a alternativních metod

*„K alternativní medicíně se počítají všechny metody a prostředky, které jsou přírodního původu a nepoužívají nefyziologické prostředky (přístroje s nefyziologickým působením, chemické prostředky, násilné metody), tedy prakticky skoro všechny metody a léčby jiné než v současné medicíně“ (Janča, 1991, str. 18)*

Mezi alternativní medicínu a léčitelství se dnes řadí velké spektrum **diagnostických a terapeutických** metod. Některé jsou jednoduché až primitivní a není k nim potřeba

náročnější průpravy. Jiné zase zacházejí s nejmodernější technikou a jsou vysoce propracované. Mnohé však podléhají pouze módě a počáteční nadšení brzy odeznívají. Podle českého klubu skeptiků alternativní medicínou a léčitelstvím jsou takové formy léčení, které nebyly prokázány standardním vědeckým postupem, a jejich účinek je zprostředkován neznámými duchovními silami. (Heřt, 2011)

Tento druh léčení se vyznačuje tzv. **komplexním přístupem ke člověku**. Terapeut se zaměřuje na psychické i fyzické projevy jedince a podle nich volí způsob léčby. Metodu, podle které pracuje, by měl dokonale ovládat. Lékaři, kteří ve své praxi některou z nich volí, nebo se jim začínají věnovat, často kritizují neakreditované léčitele z řad laické veřejnosti pro jejich nedostatečné medicínské vzdělání. U každého terapeuta se zdůrazňuje nutnost neustálého zdokonalování, vzdělávání a praxe. Není nutné lékařské vzdělání, ale každý by si měl stále uvědomovat, co jeho metoda nedokáže a na které případy již nestačí. Dobrý terapeut by nejlépe také měl spolupracovat s lékaři. Například pouze léčení pomocí rukou nebo akupunktura nedokáže do těla dodat příslušné vitamíny a minerály, nebo bylinný čaj nedovede napravit zlomené končetiny. Je potřeba tedy neustále zdůrazňovat **komplexnost ve všech sférách léčitelství**. (Janča, 1991)

### 3.4 Léčitelství a autismus

Za rozhodnutím rodiny vyhledat léčitele může stát mnoho faktorů. Samotné dítě s PAS podporu léčitele nevyhledá. Spíše se opravdu jedná o rodiče a sourozence, kteří potřebují podporu, vyrovnat se s novou životní situací a hledají nový životní směr. Například výše zmiňované **problémy dítěte navázat sociální a emoční kontakt** s lidmi ve svém okolí. Mnoho rodin se s autismem, do příchodu jejich dítěte s postižením, nesetkalo. Logicky tak často v rodině vzniká chaos, zmatek a zoufalství. Léčitelství pak v takovýchto situacích nabízí vítaný únik, příslib pomoci a úlevy. Ať se již jedná jen o možnost blízkých vypovídat a svěřit se s problémy beze strachu z nepochopení nebo o pár hodin pro sebe při terapii. Každý však musí dávat pozor, aby terapeut byl opravdu rozumným a kvalifikovaným odborníkem v dané oblasti terapií. Často se v souvislosti s autismem setkáváme s metodami slibujícími zázračné uzdravení nebo markantní zlepšení stavu. Terapeut by měl sloužit podobně jako psycholog či psychiatr ve formě podpory a pomoci rodině. (Šula, 2009; Říhová, 2009)

Přímý vliv klasických alternativních metod na děti s autismem je zatím v počátcích. Hovoříme o homeopatické medicíně v součinnosti s dietami, kdy podle amerických vědců (výzkum ze 70. let 20. století) určité potraviny zhoršují chování či zdravotní stav dítěte. Jedná se zejména o lepek a přebytek cukru v kombinaci s doplněním vitamínu B6 a hořčíkem.

Lékaři ve spolupráci s rodiči a homeopaty začínají postupně toto rozvíjet a zkoumat. (Šula, 2009; Říhová, 2009)

Americký psycholog **Bernarda Rimland** se v tzv. Rimlandově terapii nyní zabývá studií, ve které zkoumá větší náchylnost některých dětí z určitého prostředí k autismu. Další pohled nabízí opět americká neuroložka **Candace Pert**, dívající se na autismus skrze imunitní a neurologické vztahy v lidském těle. Nové výzkumy dokazují větší přetíženost imunitního systému autistických dětí. Z hlediska spolupráce klasické medicíny a alternativní medicíny v oblasti autismu se nejčastěji setkáváme s obory homeopatie, kineziologie a automatické kresby (viz. níže). Ostatní obory alternativ se zaměřují spíše na péči o rodiče těchto dětí. (Šula, 2009)

## 4 POPIS JEDNOTLIVÝCH METOD VYUŽÍVANÝCH V RODINÁCH DĚTÍ S PAS

Na začátek této kapitoly bychom rádi uvedli informaci, že žádná z níže jmenovaných technik (s výjimkou jógy) doposud nebyla vědecky uznanou metodou. Probíhá mnoho pokusů a testů v oblasti neuropsychologie a klasické psychologie. Avšak žádné z těchto výzkumů nepřinesly hlubší odpovědi. V některých pramenech<sup>3</sup> se dozvídáme o změnách v reakcích mozku při zkoušení na přístrojích EEG<sup>4</sup> či magnetické resonanci. Nenalezli jsme však žádnou studii, o kterou by bylo možné se se stoprocentní jistotou opřít, a říci ano, dle vědeckých výzkumů metody fungují a jsou podložené. Faktem ovšem zůstávají výpovědi lidí, kteří terapie absolvovali a jsou si jisti přínosem, jež pro ně měly. Ať už se jedná o placebo efekt nebo o skutečnou funkčnost následujících metod, pokud pomáhají, je jejich místo mezi lidmi jistě oprávněné.

Následující námi uváděné metody vycházejí z praktické části práce. Zabýváme se popisem metod, které sledované rodiny uvedly jako jimi využívané.

### 4.1 Rei – ki

Tato metoda vznikla v Japonsku na konci 19. století, zakladatelem se stal **Dr. Mikao Usui**. Objevil ji údajně při svém cestování po zemi, během meditace. Do Evropy se jako terapie poprvé dostává z USA v 80. letech 20. století, kde se velmi rychle šíří. (McKenzie, 2004)

Podle čínské i japonské medicíny tělem každého člověka proudí nejen krev, ale také energie, která velmi ovlivňuje jeho zdravotní stav. Terapeut používající tuto metodu pomocí přikládání rukou na bolavá místa pročišťuje energetické kanály v těle, jimiž ona energie proudí. Mělo by tak docházet k harmonizaci a tím pádem i uzdravování člověka. Metoda se snaží řešit nejen nemoc samotnou, ale i její příčinu, odkud pochází. (Steinová, 1995)

Terapii provádí léčitel, který prošel jedním ze tří druhů školení. V Rei – ki se používá název zasvěcení. Jednotlivé stupně opravňují vždy ke konkrétním úkonům.

- **V prvním stupni** se školení jedinci učí energeticky působit na sebe samé a své fyzické tělo, nestávají se tedy terapeuty, pouze se učí, jak pracovat se svým tělem.

---

<sup>3</sup> Heřt, 2011; Janča 1991; Strunecká, 2009

<sup>4</sup> **Elektroencefalogram** (zkráceně EEG) je záznam časové změny elektrického potenciálu způsobeného mozkovou aktivitou. (McKenzie, 2004)

- **Při získávání druhého stupně** je již kladen důraz na léčení druhých, a to nejen fyzického těla, ale také psychiky. Oba tyto stupně je možné získat během většinou víkendových školení.
- **Třetí stupeň** je pak tzv. Mistrovským stupněm – pro jeho získání musí adept trávit nějakou dobu prací s touto metodou a zdokonalovat se praxí. Po jeho dosažení je pak žák uznán za Mistra Rei – ki a je oprávněn ke konání kurzu a školení dalších zájemců. (Charlishová-Robertshawová, 2001)

*„Rei – ki je metodou patřící do rámce metod parapsychologických, předpokládajících existenci jakési „božské energie“, ale obsahuje i prvky spirituální. Leží tedy na hranici parapsychologie a léčení vírou. O žádné novum ovšem nejde, princip i technika je obdobná výše i níže uvedeným metodám. Rei – ki je metoda neškodná. Její event. účinek, podobně jako u všech podobných metod, spočívá v sugestivním, autosugestivním, relaxačním, tedy v podstatě v placebovém efektu.“ (Heřt, 2011, str. 139)*



Obrázek č. 1 Příkládání rukou při terapii Rei – ki <sup>5</sup>

## 4.2 SRT - terapie pomocí kyvadla

Metoda SRT (Spiritual Response Therapy – volně přeloženo: terapie duchovních odpovědí) byla založena v roce 1985 **Robertem E. Detzlerem**. Vychází z jeho spolupráce se sociologem doktorem **Cameronem**, který ve své praxi používal **kyvadlo** při získávání odpovědí na otázky klientů. Detzler následně tuto techniku zdokonalil o systém 40 tabulek s konkrétními odpověďmi. Ty terapeutům ulehčují práci a díky nim je i možné metodu předávat a vyučovat dále. SRT stejně jako Rei-ki je dostupné široké veřejnosti. Každý má

<sup>5</sup> Veškeré obrázky pocházejí ze soukromého archivu rodin nebo terapeutů.

možnost zakoupit kyvadlo a knihu a působit sám na sebe. Ovšem ne v takové míře jako terapeut. Ten musí být vždy vyškolen některým z učitelů této techniky. (Detzler, 2003)

Jak již bylo výše řečeno, jako pomůcka pro tuto terapii slouží kyvadlo – často nazývané siderické (v překladu: kovové nebo hvězdné). Jedná se o prsten, kamínek nebo jinou věc, kterou lze umístit na řetízek, nit či jiné vlákno. V současnosti se nejčastěji používají drahé kameny (křišťál, ametyst, růženín) ve tvaru koule, jehlanu nebo kuželu, zavěšené na stříbrném řetízku (Heřt, 2011)

Kyvadlo v tomto případě slouží jako tzv. prodloužení nervové soustavy a ukazuje informace z nevědomí. Technika se zakládá na myšlence ukládání negativních i pozitivních událostí v těle člověka. Tyto události, obzvláště pokud jsou velmi intenzivní, vědomá mysl zapomíná a vytváří negativní vzorce chování.

Během sezení klient pokládá jednoduché, povětšinou uzavřené otázky, na které je možnost odpovědi ano či ne, nebo ukázáním kyvadla do tabulky. Jedná se o ideomotorické odpovědi, které slouží pro zjištění informací vedoucích k uzdravení nebo zlepšení stavu nemocného. SRT ruší negativní informace v mozku a nahrazuje je pozitivními. Během terapie se pracuje na odstranění negativních zážitků z minulosti uložených v nevědomé mysli, které vedou k dysfunkčnímu chování v současném životě jedince. SRT pracuje na odstranění bloků a naučení pozitivního přístupu k životu a pozitivnímu myšlení. (Detzler, 2003)



Obrázek č. 2 Různé druhy používaných kyvadel

### 4.3 Alternativní arteterapie a automatická kresba

První zmínky o malování a kreslení jako formě terapie známe ze začátků 2. světové války, kdy malíř **Adrian Hill** tímto způsobem učil odreagovat se a „vymalovat“ ze sebe traumata války a nemoci. Ve 40. letech 20. st. psychoterapeutka **Irene Champernowneová** zavedla toto vyjadřování jako styl terapie a začala s obrazy lidí pracovat. Terapeut společně s klientem rozebírá jím vytvořený obraz a postupně pracují na odstranění traumat. Nyní

je arteterapie rozšířenou metodou doporučovanou lidem s emocionálními a psychickými problémy (Attenborough, 1997)

Automatická kresba se často používá jako jiný název pro arteterapii. Také pod tímto pojmem rozumíme intuitivní podvědomě řízené impulsy, které vedou ruku malíře. Ten vytváří kresbu pro léčeného. Takový obraz má podle léčitelů vliv na psychiku jedince a měl by pozitivně ovlivňovat jeho život. Nebo terapeut zakresluje do náčrtu těla klienta místa, kde se nachází problém. Pokud automatickou kresbou tvoří klient, vyjadřuje podvědomé příčiny svých problémů. Obraz pak slouží podobně jako v SRT kyvadlo ve formě informačního zdroje odpovědí. Podle vědců se často automatická kresba zneužívá a slouží mnohým jako výdělečný šarlatánský prostředek. (Heřt, 2011)



Obrázek č. 3 Obrázek pro uklidnění – z pokoje autistického chlapce

#### 4.4 Kineziologie

Tradiční kineziologie studuje pohyb těla a svalové uspořádání. Nachází své uplatnění v řadách fyzioterapeutů a trenérů. První zmínka o kineziologii pochází z období kolem roku 1964 od amerického lékaře **George Goodhearta** zabývajícího se chiropraxí (léčení mechanického postižení kloubů). Ten začal využívat testování série svalů jako zpětnou vazbu a hodnocení účinnosti své práce. Pomocí masáží a tlaku na postižené svaly reguloval jejich napětí, které následně snížilo bolestivost postiženého místa (kloubu) v těle. (Holdway, 1999)

Terapeutická část této techniky pracuje se zkušenostmi z tradiční čínské akupunktury spojené s moderními západními znalostmi v oblasti osteopatie, chiropraxe a přírodního léčení. Dle terapeutické i tradiční kineziologie tělo neustále vysílá informaci o tom, co se děje uvnitř něho pomocí svalů. V nich se ukládá prožitá napětí a životní traumata. Mozek přijímá skrze



míchu ze svalů informace, které jeho zpětnou reakcí způsobují akci v těle. Takovéto reakce si můžeme nejvíce všimnout například při změnách tělesné teploty nebo subjektivních pocitů – jedná se o třes, tiky či jiné projevy zvýšeného svalového napětí. Terapeut **pomocí svalového testu** vyhledává problematické stavy a snaží se pracovat s klientem na jejich řešení. Ke kineziologii patří důkladná znalost svalstva lidského těla. Potřebné jsou i vědomosti z dalších odvětví léčitelství (aromaterapie, homeopatie, bylinkářství, reflexní terapie) i lékařství. (Holdway, 1999; Silva – Rydl, 1999)

Terapie obvykle probíhá vsedě či vleže. Test se provádí na 14 svalech. Nejčastěji používaným bývá tzv. delta test – pracující s ramenním deltovým svaem. Léčitel působí na upaženou ruku klienta a pokládá otázky. Když paže pacienta klesne, znamená to problém tzv. zablokování. Pokud se toto objeví, následuje další postup dle problému, o kterém se hovoří, aby došlo k rovnováze v těle. Nejčastěji terapeuti používají masáže, jiní doporučují diety, působí na akupresurní body, hledají vhodnou medikaci, tělesná cvičení kombinují kineziologii s homeopatií a podobně. (Holdway, 1999; Silva – Rydl, 1999)



Obrázek č. 4 Terapeut (sedící) provádí svalový test na rukou

## 4.5 Jóga

*„Jóga je cílevědomá snaha o dosažení duševní vyrovnanosti. Všechno, co se v józe dělá, slouží k dosažení tohoto cíle. Použití jógy je vědecky zdůvodněno. Na jejím účinku není nic nepřirozeného nebo dokonce nadpřirozeného. Je pravda, že v józe lze dosáhnout velmi*

*zvláštních tzv. extatických stavů, a to v jejím vyšším stádiu. Ani na nich však není nic fyziologicky či psychologicky nepochopitelného“ (Dvořák- Šťastná 1990, str. 4)*

Jedná se o různé polohy těla tzv. **ásany**, které slouží ke zvýšení pružnosti a tělesné zdatnosti. Těchto ásan existuje podle indických textů okolo 840 000. Pro evropské země je nejznámějších a nejčastěji vyučovaných **200 základních poloh** (ásan). Na rozdíl od předchozích metod, jóga patří spíše mezi skupinové než individuální terapie. Spíše zde také hovoříme o cvičení, nežli o terapii. Cvičení jógy obsahuje dynamické i klidové pohyby. Dochází k automatickému zlepšení napětí svalů, větší vytrvalosti, pohyblivosti a zlepšení zdraví. (Mehta, 2001)

Z hlediska psychologického vlivu dokáže cvičení pomoci deprimovaným osobám a zklidnit příliš temperamentní jedince. Napomáhá při léčbě onemocnění způsobených stresem, i při léčbě srdečních obtíží a astmatu. Významně také přispívá při bolestech zad a špatném postavení páteře. Často se s tímto druhem cvičení můžeme setkat u rehabilitačních sester nebo v lázeňských zařízeních. Mnohé z poloh, prováděných při již přítomných zdravotních potížích, nemůže jedinec provádět sám. Zkušený cvičitel, rehabilitační sestra či lékař jsou důležitými rádci a pomocníky při cvičení. (Mehta, 2001)



Obrázek č. 5 Pozice Psa prováděná v pravidelném skupinovém kurzu jógy

## 4.6 Homeopatie

Homeopatii založil lékař, chemik, botanik a autor mnoha knih **Samuel Hahnemann**. Během mnoha let vyvinul samostatný léčebný postup, jenž se opírá o dva následující principy:

- a) **Zákon podobnosti** – pokud zdravému člověku podáváme určitý lék, dojde k vyvolání symptomů podobných léčené nemoci u pacienta. Tento lék pak nejlépe dovede odstranit nemoc.
- b) **Zákon minimální dávky** – jedná se o obsah účinné látky (převážně rostlinného původu) v homeopatickém léku. Pokud pacient dostane dávku větší než je minimální, může docházet ke zhoršení jeho zdravotního stavu. (García – López, 1998; Janča, 1992)

S homeopatickými přípravky se můžeme často setkat v lékárnách ve formě granulí a kuliček, kapek, krémů i čípků. Užívány jsou při tělesných potížích vnímaných pacientem ze subjektivního i objektivního pohledu. Lze těmito přípravky regulovat a povzbuzovat i psychický stav léčeného. Zkušený homeopat vždy doporučuje i změny životního stylu (spánek, strava, pohyb) (García – López, 1998; Janča, 1992)



Obrázek č. 6 Homeopatické preparáty

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 Vliv a využití alternativních metod a léčitelství v rodinách dětí s PAS

V praktické části práce se budeme zabývat průzkumným šetřením rodin dětí s autismem, které využívají alternativní metody a léčitelství. A které jejich praktikování vnímají jako přínos a podporu v životě. Práce není primárně zaměřená na využívání těchto metod přímo dětmi s autismem, ale spíše nejbližší rodinou v jejich okolí. Pro tuto případovou studii byly vybrány tři rodiny, které používají alternativní metody a pomocí nich řeší krizové i běžné situace v rodině. Všechny byly ochotné účastnit se rozhovorů a spolupracovat při tvorbě bakalářské práce.

### 5.1 Cíl práce

Hlavním cílem praktické části práce bylo nahlédnout do problematiky využívání alternativních metod a léčitelství v rodinách dětí s autismem.

Dále nás zajímalo a chtěli jsme zjistit následující:

- Co a proč vede rodiny k vyhledávání těchto terapií?
- Jak často navštěvují terapeuta nebo kurz?
- S jakými výsledky?
- Mají-li skutečně změny nastalé po terapii výraznější charakter pro chod a funkčnost rodiny.
- Také chceme blíže proniknout do názorů těchto rodin na alternativy a léčitelství. Které z metod jsou pro ně nejpřínosnějšími. Zda spolupracují také s klasickou medicínou a s jakými zkušenostmi. A mohou-li alternativy doporučit dále ostatním rodinám a proč.

### 5.2 Metody

Pro účely této práce jsme zvolili kvalitativní formu průzkumu. K získávání informací sloužila metoda **rozhovoru**, převážně sestavená z otevřených otázek. Předem bylo stanoveno 14 hlavních otázek. Ty byly, vzhledem k průběhu rozhovoru, doplněny o doplňující otázky. Kompletní otázky nalezneme v kapitole 5.4 u jednotlivých rozhovorů.

Samotný rozhovor probíhal záměrně ve všech případech **v domácím prostředí sledovaných rodin**, většinou za účasti dětí s PAS i zdravých sourozenců. Prostředí domova rodin vedlo, dle našeho názoru, k většímu uvolnění všech členů rodiny během rozhovoru. Zároveň bylo možné sledovat chod dané domácnosti a prostředí, ve kterém žijí.

Délka rozhovoru se pohybovala okolo 2 – 3 hodin. Čas byl odvozen také od přítomnosti dítěte s PAS, které potřebovalo během rozhovoru svou pozornost. Toto hodnotíme také jako klad a přínos k práci, vzhledem k možnosti pozorovat reakce dítěte. Například při ukázce obrázku automatické kresby, při sledování matky při cvičení jógy či při názorné ukázce některých technik. V momentě, kdy matka dítěti ukázala obrázek, začalo s ním pobíhat po místnosti a hlasitě se smát. Nebo naopak, během cvičení tiše sedělo a sledovalo prováděné pohyby. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, což hodnotíme také kladně, jelikož všichni přítomní po několika minutách zapomněli na určitou formálnost rozhovoru a brzy se volně rozhovořili.

Jako další prostředek k doplnění informací v této práci slouží **rodinná anamnéza**. Díky ní máme možnost zjistit počet členů rodiny, jejich věk, povolání rodičů. Také sociální umístění rodiny, prostředí, ve kterém se nachází a jak částečně funguje. V našem případě pracujeme s dvěma rodinami s dětmi v pěstounské péči, z nichž jedna má také vlastní děti a rodiče jsou rozvedení. Ve druhé figuruje pouze matka pěstounka. Třetí rodina žije s vlastními třemi dětmi, rodiče mají dle jejich slov, fungující manželství.

### 5.3 Výběr vzorku šetření

Pro výběr vzorku šetření byla stanovena následující kritéria – vybrat rodiny, které:

- užívají alternativní terapie a léčitelství
- využívají nebo využívaly terapie alespoň jednou za poslední půl rok
- mají dítě s poruchami autistického spektra
- jsou ochotné se svěřit se svým příběhem

V hledání vyhovujících respondentů pomohly organizace zabývající se problematikou péče o děti s PAS a rodiny dětí s PAS (např. SPC Kamínek, O. s PAS, Speciální ZŠ Žamberk, Speciální ZŠ Rychnov nad Kněžnou, Speciální ZŠ Svitání Pardubice), také spolupracovali studenti Univerzity Palackého v Olomouci. Všichni byli

požádání o rozeslání informačního e-mailu rodinám s žádostí o poskytnutí rozhovoru. Celkem, dle zpětné vazby od studentů i organizací, bylo rozesláno okolo sta e-mailů s naším kontaktem. Text emailu je uveden v příloze č. 1. Od některých víme, že mnoho rodin reagovalo na email od organizace nebo daného studenta s tím, že se s problematikou setkávají poprvé anebo nebyli ochotní spolupracovat a podělit se o své zkušenosti z blíže nespecifikovaných důvodů.

Přímo nám se ozvalo dvacet rodin, z nichž některé alternativní terapie využívaly doposud velmi málo nebo pouze jednou v životě. Jiné se ozvaly spíše ze zvědavosti a zajímaly se, o co konkrétněji se jedná. Některé byly zásadně proti alternativním terapiím a pro zadané cíle tudíž nevyužitelné.

Před konečným výběrem byl celkem pěti rodinám rozeslán další e-mail s informacemi, které budeme pro účely této práce potřebovat. A s hlavními otázkami, na které budou odpovídat. Na základě tohoto se nazpět ozvaly tři rodiny. Tyto nejen že splňovaly všechna výše zmíněná kritéria, ale byly také ochotné spolupracovat, otevřeně hovořit o své situaci a odpovídat na otázky rozhovoru. Také každá z nich pochází z jiného prostředí. V zastoupení zde máme Pardubický, Královéhradecký a Olomoucký kraj. Vyskytuje se zde rodina žijící v bytě ve městě, další v rodinném domku s hospodářstvím na samotě a třetí v rodinném domě uprostřed vesnice. Jedna z rodin žije ve funkční rodině s vlastními dětmi, druhá v modelu matka pěstounka a děti v pěstounské péči, a třetí je rodina rozvedená s vlastními dětmi i dětmi v pěstounské péči.

## **5.4 Zpracování výsledků šetření**

### **5.4.1 Rodina č. 1**

**Rodinná anamnéza**

**Počet členů rodiny:** 5

**Matka:** 45 let pracuje jako obchodní referentka

**Otec:** 50 let pracuje jako obchodní zástupce

Oba rodiče mají vystudované vysoké školy. Žijí v manželství dvacet pět let.

**Děti:** Nejstarší dcera (23 let) vystudovala úspěšně osmileté gymnázium a nyní studuje pátým rokem vysokou školu, obor mezinárodní obchod.

Syn (21 let). Vystudoval úspěšně osmileté gymnázium a nyní studuje ČVUT obor, architektura.

Nejmladší je třináctiletý autistický chlapec T.. První signály autismu u nejmladšího syna rodiče zpozorovali po očkování v sedmém měsíci věku dítěte. Třetí den od očkování měl alergickou reakci v okolí vpichu. Během několika hodin mu otekla celá pravá noha a došlo k nástupu vysokých teplot trvajících následující dva dny. Poté následovala celková nestabilita (padal ze sedu) a byl plačtivý. Po této příhodě došlo k prvnímu zpomalení vývoje a rodiče pozorovali stagnaci oproti vývoji ostatních dětí ve stejném věku. Ve dvou letech došlo k akutní operaci tříselné kýly a po té se jeho stav dále zhoršoval. Dětský autismus a epilepsie byly diagnostikovány od 3 let na dětské psychiatrické klinice v Praze v Motole.

Do operace kýly chlapec používal funkčně dvacet slov. Nyní vůbec nemluví a s okolím téměř nekomunikuje. Vydává pouze zvuky při projevech radosti a nepohody. V rodině i ve škole používá komunikační knihu a procesuální schémata. Mluvené řeči rozumí pouze omezeně, je potřeba na něho mluvit jedno až dvouslovně a pokyny několikrát opakovat.

Kontakt s rodinnými příslušníky vyhledává pouze pro naplnění okamžitých potřeb.

**Bydlení:** Celá rodina bydlí na vesnici, která čítá 350 obyvatel, v rodinném domě u lesa.

**Rozhovor:** Rozhovor probíhal s matkou za přítomnosti starší dcery a autistického syna. Dítě po celou dobu rozhovoru živě pochodovalo po místnosti, nebo stereotypně otáčelo kolečkem u modelu auta. Kontakt s matkou a sestrou vyhledával pouze tehdy, když se kolečko zaseklo. Přítomnost cizí osoby a průběh rozhovoru nevnímal. Jeho chování podle matky bylo stejné jako každý běžný den.

Obě ženy nyní tvrdí, že rodina působí harmonicky a vyrovnaně. Dříve docházelo k častým rozporům a nepohodě mezi jednotlivými členy. Rodina zlepšení připisuje převážně alternativním terapiím. Právě proto, že ke změnám atmosféry v rodině začalo docházet až po té, co matka poprvé navštívila terapeutku SRT (viz. níže)

## **1. Kdo nebo co mělo vliv na Vaše rozhodnutí navštívit alternativní terapii?**

Po stanovení diagnózy to přišlo tak nějak samo od sebe. Už si přesně nevzpomínám, co bylo prvním impulsem.

Hodně jsme se pak na terapii zaměřili, když T. nastoupil do školy. S paní asistentkou, jsme jezdili po kurzech a školeních, kde zahraniční lektori mluvili o léčitelství jako o běžné součásti práce s dětmi s autismem a měli výborné výsledky.

## **2. Kdy jste poprvé navštívili terapeuta?**

Když byli T. 3 roky. V podstatě hned na začátku.

**3. Jaký typ terapie to byl?**

Klasická kineziologie v Rychnově nad Kněžnou. Byli jsme ale tehdy hodně zklamaní. Terapeutka měla dost necitlivý přístup. Člověk se tím ale nesmí nechat odradit. Pracovali jsme dál s Rei-ki. Zkoušeli jsme jiné terapeutky kineziologie, astrologie, jógu, posílání energií, automatickou kresbu.

**4. Jaké varianty alternativní terapie nejčastěji volíte v současnosti?**

Pokračujeme ve cvičení power jógy (*maminka a sestra*), chodíme na hodiny samy a cviky doma s T. cvičíme. A terapie, na kterou nedám dopustit je odblokování pomocí kyvadla (metoda SRT) tu teda navštěvuji zatím jenom já. (*maminka*) a T. má nad postelí obrázek malovaný automatickou kresbou a moc rád se na něho dívá.

**5. Jsou terapie finančně náročné? V jakých cenových relacích se vámi navštěvované pohybují?**

Pokaždé když na terapii jdeme, tak většinou potřebujeme něco řešit, nebo víme, že nám pomáhá a stejně tak cvičení. Tím pádem člověku není líto peněz, které za terapie dáme. Ale samozřejmě, že něco to stojí. Například SRT terapie třista korun za hodinu a člověk na ní tráví dvě až tři hodiny. Power jóga se pohybuje šedesát až osmdesát korun za hodinu.

**6. Jak často terapeuta navštěvujete?**

Power jógu každý týden, jedná se o skupinové cvičení. A SRT jednou za měsíc až dva. Jednou za rok až dva zajdeme k astroložce.

**7. Od kdy cvičíte?? A od kdy chodíte na SRT?**

Jógu 5 let. A SRT rok.

**8. Jaký měla terapie (SRT) vliv na změnu funkčnosti rodiny?**

Za ten rok, co chodím na SRT pozoruju velkou změnu. Mám pocit, že se konečně věci mění a něco se děje i s celou rodinou. Jsme schopni společně víc sdílet a víc o všem mluvit a fungujeme víc jako rodina. Vnímám větší soudržnost mezi námi i posun v partnerském vztahu – díky té terapeutce, která s námi o všem mluví a vše nám vysvětlí, kde je příčina a proč se dějí. Člověk získá nadhled a vidí všechny věci i z jiného úhlu pohledu.

U těch ostatních terapií byly spíše změny jen u T. a celkově nás to moc neovlivňovalo, možná jako určité ulehčení.



**9. Pozorujete po jednotlivých terapiích změnu v chování dítěte?**

Určitě je na T. vidět, že to všechno nějakým způsobem vnímá. Před SRT byl velmi zakřiknuté dítě, často sedával se sklopenou hlavou a nevydával vůbec žádné zvuky. Teď je čilejší. Víc se vyjadřuje a hledá náš kontakt. Mám pocit, že si i víc hraje a víc zkoumá, co se kolem něho děje. I pani učitelky ve škole říkají, že více spolupracuje. Dokonce se začal učit i psát, to je velký pokrok - ještě minulý rok jenom přiřazoval jednoduché obrázky. Začal i lépe růst, přibírá a vyvíjí se tělesně. I lidé kolem říkají, že se mu mění výraz v obličeji.

**10. Mění se i Váš přístup k dítěti po absolvování terapie?**

Určitě ano. Jsem vyrovnanější, klidnější a spoustu věcí lépe zvládám. Když jsem šla poprvé na SRT, tak jsem vlastně byla úplně na dně. Nemohla jsem spát a bylo mi hodně zle i po zdravotní stránce. To se pak odráží i v tom přístupu. Kdyby se neobjevila, vůbec nevím, jak bych to dál zvládala. Ona (terapeutka) je vlastně tak trochu takový můj psycholog. Od té doby co k ní chodím, tak lépe spím a vše se mění k lepšímu. Dřív jsem se o T. taky hodně bála, nemohla jsem nikam pořádně jít, abych nemyslela na to, co s ním je. V podstatě jsem mu nedávala žádnou svobodu. To se taky potom změnilo.

**11. Vnímáte změny, které nastanou po terapii, jako trvalé nebo spíše krátkodobé?**

Spíše trvalejší, hodně se posouváme a vnímáme věci jinak. Člověk se i na terapiích učí, jak je používat v běžných denních situacích a jak je začlenit do běžného života. Tím pádem jsou i změny trvalejší, protože nepotřebujeme terapeuta stále u sebe, ale můžeme sami cvičit.

**12. Plánujete v brzké době další návštěvu?**

Určitě.

**13. Máte v plánu ještě vyzkoušet nějaké další alternativy?**

Chtěli bychom ještě zkusit homeopatii.

**14. Navštívili jste i odborného poradce, psychologa nebo psychiatra?**

Ano, dětského psychologa, po stanovení diagnózy. Hledali jsme pomoc, rady do začátků a možnosti co dále. V Praze v Motolské nemocnici jsme byli u psychiatra ještě jednou po stanovení diagnózy.

**15. (pouze při kladné odpovědi na 14) Vnímáte podstatný rozdíl mezi přístupem kvalifikovaného odborníka (psycholog, psychiatr) a alternativním terapeutem?**

Určitě. Vždycky mi připadalo, že odborníci neléčí člověka komplexně. Vždy při každé návštěvě jsme museli vyplnit testové otázky a na víc se nás málokde ptali. Vždy s námi zacházeli jako s pořadovým číslem. Nesnažili se nám pomoc a najít vhodné řešení našich osobních problémů, které nám díky autismu v rodině vznikly. Alespoň takový pocit jsme z toho vždy měli. Proto volíme raději alternativní metody.

**16. Jaký je Váš názor na alternativní terapie obecně?**

Každý by si měl najít, co mu vyhovuje. Nedat na první špatnou zkušenost. Hlavně by každému měl terapeut, ke kterému chodí, vyhovovat. V tomhle je lepší vždy dát na doporučení dalších maminek. Využít to co už má někdo vyzkoušené, aby se nenapálil. To je hodně důležité, protože někteří dokáží být třeba až necitliví. Musí mít nějakou zkušenost s takovými dětmi a rodiči. Nemohou nám říct všechno na tvrdo - musí si dávat pozor, co říkají, aby se jim rodiny nesesypaly. Řekla bych, že u nás rodičů postižených dětí je to obzvlášť důležité. Taky dávat pozor na terapeuty, kteří chtějí moc peněz, to taky je podezřelé. Pokud Vám někde není dobře, tak určitě jít hned od toho.

**17. Doporučili byste alternativní terapie i ostatním? Případně, které?**

Ano, hodně nám to jako rodině pomohlo a díky tomu jsme v pohodě. Doporučuji terapii SRT a pro zklidnění jógu, nebo nějaké další klidné cvičení, co můžete cvičit i s dítětem.

## **5.4.2 Rodina č. 2**

### **Rodinná anamnéza**

#### **Počet členů rodiny: 7**

**Matka:** 44 let pečuje o šest dětí v pěstounské péči. Díky zdravotním problémům nikdy nemohla mít vlastní děti a život bez nich si neumí představit. Pochází z rodiny, která si osvojila v jejích devíti letech malého chlapce. I proto neváhala a rozhodla se v tomto pokračovat. Od samého začátku žije sama s dětmi, bez partnera.

**Děti:** Všechny děti jsou v pěstounské péči a všechny do rodiny přišly z kojeneckého ústavu, kam byly umístěny ihned po narození. O původních rodinách a prostředí, ze kterého děti pocházejí, více nevíme. Ani děti po bližších informacích o původních rodinách netouží.

Syn 20let. V rodině od svých 13 měsíců. Nyní studuje ve 2. ročníku na odborném učilišti, obor strojní mechanik.

Dcera 18let. V rodině od svých 20měsíců. Studuje střední školu ve 3. ročníku obor, logistika a chemie.

Dcera 17let. V rodině od svých 12 měsíců. Studuje odborné učiliště ve 2. ročníku obor, cukrářské práce.

Syn 15let. V rodině od 2let. Navštěvuje devátý ročník základní školy.

Syn 15 let. V rodině od 14 měsíců. Navštěvuje devátý ročník základní školy.

Dcera 12let. Do rodiny přišla v 22 měsících, jako poslední osvojené dítě. V pěti letech dětský psycholog diagnostikoval prvky autismu a ADHD, jako možný důsledek těžké deprivace v útlém dětství. Nyní je integrována do 5. ročníku základní školy. Vzdělávání probíhá na základě individuálního vzdělávacího plánu, prozatím výuku zvládá bez asistenta.

**Bydlení:** Rodina žije v panelákovém bytě v centru města, které má sto tisíc obyvatel.

**Rozhovor:** Rozhovor probíhal s matkou a dvěma mladšími dcerami. Po celou dobu panovala příjemná atmosféra. Dívky si společně hrály na koberci vedle matky. Starší dcera se občas zapojovala do rozhovoru. Mladší se spíše věnovala hře a příliš nás nevnímala. Obvykle je spíše aktivnější a více na sebe potřebuje upoutávat pozornost. V přítomnosti cizích lidí se ale takto chová běžně.

### **1. Kdo nebo co mělo vliv na Vaše rozhodnutí navštívit alternativní terapii?**

K hledání alternativních cest mě přivedl 5letý chlapec, kterého jsem přijala z psychiatrické léčebny. Jeho projevy a chování k mladším dětem byly natolik těžké a traumatizující, že jsem tomu chtěla rozumět.

### **2. Kdy jste poprvé navštívili terapeuta?**

Nehledala jsem terapii. Zúčastnila jsem se kurzů zaměřených na sebepoznávání, např. One Brain, který mi pomohl podívat se na tuto záležitost z nového úhlu, poznat sama sebe a uvědomit si právo každého zvolit si svou cestu. Tím jsem pomáhala a dělala terapeuta vlastně sama sobě.

**3. Jaké varianty alternativní terapie nejčastěji volíte?**

Vzhledem k tomu, že si uvědomuji všestrannou provázanost celé rodiny, nechala jsem všechny děti zasvětit do rei-ki, naučila je metodu EFT a používat automatickou kresbu. Sama jsem si udělala kurz B. M. T. masáží.

**4. Jak často terapeuta navštěvujete?**

Mám potřebu občas s ním konzultovat při nahromadění problémů, asi 1x za 9 měsíců. Volím buď svou učitelku automatické kresby, terapeuta EFT nebo svého mistra Rei-ki. Ale vzhledem k finanční náročnosti snažím se pomoci si sama.

Pracujeme podle vlastního uvážení společně i samostatně. S jednou dcerou jsem raději docházela k EFT terapeutce. Někdy děti terapii odmítají – je to jejich cesta a nenutím je.

**5. Proč terapii odmítají?**

To s jistotou nevím. Možná je za tím určitá forma vzdoru, nebo mívají pocit, že na jejich problém není potřeba a nepotřebují se jím tak do hloubky zaobírat.

**6. Navštívili jste i odborného poradce, psychologa nebo psychiatra?**

Ano, samozřejmě. Navštěvovali jsme psychologa i psychiatra. U dětí v pěstounské péči je to nutnost při přijetí do rodiny a určitá kontrola, jak děti prospívají a v rodině se začleňují. Navštěvovali jsme je pravidelně jednou za půl roku během prvních pěti let po přijetí dítěte. Dcera s autismem byla sledována psychologem již v kojeneckém ústavu, po jejím přijetí do rodiny jsme tedy pokračovali ve všech odborných sledováních.

**7. (pouze při kladné odpovědi na č. 5) Vnímáte podstatný rozdíl mezi přístupem kvalifikovaného odborníka (psycholog, psychiatr) a alternativním terapeutem?**

Odborní lékaři nedávali žádnou naději vzdělavatelnosti, naopak jsem se setkala s výčitkami při každém pokroku ve vzdělávání ve škole, že jde pouze o drill!

Terapeutku (EFT) zajímaly pocity, obavy a co je za nimi a práce s nimi. Reiki terapeutka vnímala duchovní otevřenost a vnímavost dítěte. Vlastně jsem se od obou dočkala podpory. Terapeutka mi pomocí automatické kresby objasnila souvislosti v těchto případech, čímž mi pomohla zbavit se pocitu viny, a najít v sobě důvěru pokračovat dál.

**8. Co se po absolvování terapie změnilo? (pár příkladů nejpodstatnějších změn)**

Po absolvování EFT terapie dcery jsem se přihlásila na půlroční kurz EFT terapeuta. Naučila jsem se zvládat své nejistoty, obavy, zpracovávat napětí své i dětí. Děti samy přicházely s problémy, které potřebovaly řešit. Rychle jsme svorně zpracovali i naši autonehodu. Syn si zpracoval problémy s enkoprézou alespoň tak, aby byl schopen normálně fungovat. Vyjasnění psychických problémů u dcery a jejich zlepšení. Osobně si zpracovávám pocity strachu, zklamání, vyčerpání a je mi lépe.

**9. Jaký měla terapie vliv na změnu funkčnosti rodiny?**

V mém případě došlo k vyrovnání se s věcmi, které nemohu ovlivnit, otevřít se dětem a více je vnímat s duchovního hlediska jako dokonalé takové, jaké jsou. Tím jsem uvolnila některá napětí i mezi dětmi. Zpracovávání osobních problémů mezi dětmi také vede k uvolnění a nápravě, smíření...

**10. Pozorujete po jednotlivých terapiích změnu v chování dítěte?**

Ano, dojde k uvolnění a rozjasnění každého dítěte, protože se zpracuje a odstraní zrovna ten balvan, který je tížil. Jsou klidnější a spokojenější

**11. Mění se i Váš přístup k dítěti po absolvování terapie?**

Cítím zmírnění napětí na obou stranách. Je to, jako by se nám otevřely oči a my mohli znovu vidět to, co nám bolest nebo stresy zastínily.

**12. Vnímáte změny, které nastanou po terapii, jako trvalé nebo spíše krátkodobé?**

Po EFT terapii, pokud se podařilo vytáhnout skutečnou příčinu problému, je změna trvalá. Někdy jde o velmi hlubokou záležitost, takže je nutné podstoupit více terapií.

**13. Plánujete v brzké době další návštěvu?**

Momentálně neplánuji. Snažíme se řešit problémy včas a předcházet jim, pokud je to možné.

**14. Jaký je Váš názor na alternativní terapie obecně?**

Jsem přesvědčena, že mají své místo – důležité místo v životě lidí. Problém je v tom, že alternativa očekává a vyžaduje aktivní přístup klienta, protože dobře ví, že pokud

klient nechce, tak ke změně nedojde. A hlavně vnímá člověka jako celistvou bytost, která vždy řeší všechny stavy a situace na všech úrovních – těla, duše i ducha.

#### **15. Doporučili byste alternativní terapie i ostatním, případně, které?**

Určitě ano, pokud člověk má opravdu zájem hledat skutečná řešení svých problémů a zpracovat je!

Skvělou metodou pro práci na sobě je automatická kresba, vede k meditativnímu prožitku, který navozuje hluboké uvolnění. Terapie EFT – syn se zbavil astmatu, dcera zvládá učivo ZŠ (přes předpokládanou nevzdělavatelnost). Rei-ki bych doporučila a přála úplně všem lidem, absolvování 1. stupně by bylo prospěšné opravdu pro všechny.

### **5.4.3 Rodina č. 3**

#### **Rodinná anamnéza**

**Počet členů rodiny:** 7

**Matka:** 56 let vedoucí v prádelně

**Otec:** 60 let vedoucí na farmě se zvířaty

Rodiče jsou již deset let rozvedení. Mimo dcery z pěstounské péče se všichni pravidelně navštěvují a jsou v kontaktu.

#### **Děti: Vlastní:**

Dcera (33 let) vystudovala osmileté gymnázium a vyšší odbornou školu obor sociální práce. Nyní pracuje jako vedoucí v jídelně pro osoby s lehkou mentální retardací. Žije s manželem a dvěma dětmi v rodinném domě ve stejné vesnici jako rodiče.

Syn (27 let) vystudoval osmileté gymnázium a nyní pracuje jako osoba samostatně výdělečně činná ve Velké Británii.

Poslední vlastní syn zemřel ve věku 20 let při dopravní nehodě. Studoval osmileté gymnázium a nastoupil do prvního ročníku ČVUT.

#### **V pěstounské péči:**

Dcera 30 let v rodině od svých 4 let v pěstounské péči. Týrané dítě z dětského domova, bližší podmínky neznámé. Nyní žije sama a není v kontaktu s rodinou, touží po samostatném životě bez vlivu rodiny a snaží se nevracet do minulosti.

Syn 25 let v pěstounské péči od svých 7 let, z diagnostického ústavu. Biologická matka i otec alkoholici, pochází z velmi nevyrovnaného sociálně nestabilního prostředí. Do rodiny přišel jako ustrašené dítě téměř bez komunikačních schopností a měl problémy s pomočováním. Ihned po přijetí do rodiny prošel vyšetřením u psychologa i psychiatra

s výslednou diagnózou dětský autismus a balbuties. Navštěvoval speciální základní školu a vystudoval střední odborné učiliště, obor kuchař. Nyní pracuje jako zaměstnanec chráněného pracovního místa na farmě. Žije v rodinném domě s matkou. S otcem jsou v pravidelném každodenním kontaktu a často se navštěvují.

**Bydlení:** Rodina žije ve vesnici s padesáti stálými obyvateli v Orlických horách. Bydlí v rodinném domě v centru obce.

**Rozhovor:** Rozhovor probíhal s otcem dětí za přítomnosti syna s autismem. Matka je nakloněna alternativním metodám, ale sama je nevyužívá. Všechny dospělé děti terapie nyní aplikují a využívají v běžném životě. Terapeuta a léčitele v současné době vyhledává pouze otec. Syn seděl po celou dobu vedle nás a rozhovor poslouchal. Příliš se nezapojoval, spíše se věnoval čtení knihy před sebou.

**1. Kdo nebo co mělo vliv na Vaše rozhodnutí navštívit alternativní terapii?**

Paní psychologka, ke které jsme začali chodit se synem s autismem, která sama používala alternativní terapie.

**2. Kdy jste poprvé navštívili terapeuta?**

Asi půl roku na to (r. 1993).

**3. Jaký typ terapie to byl?**

Jednalo se o týdenní cvičení jógy.

**4. Jaké varianty alternativní terapie nejčastěji volíte v současnosti?**

Kineziologie, jóga, homeopatie, rodinné konstelace a různé druhy diet. Například bezlepkové diety a vegetariánské stravování. Ty mají také velký vliv na pohodu člověka.

**5. Jak často terapeuta navštěvujete?**

Většinou tak jednou až dvakrát za rok. Když nepočítáme semináře a různé kurzy, tak to může být tak jednou za měsíc až dva.

**6. Jaký měla terapie vliv na změnu funkčnosti rodiny?**

Vždy po absolvování nějaké terapie nebo kurzu, tím že člověk na sobě pracuje a velká spousta věcí se mu vyjasní, je schopný i ostatní členy rodiny více chápat a naslouchat jim. Často ostatní členové rodiny jezdili i k paní kartářce. Vždy jednotlivým členům vlila novou energii do žil a určité naděje.

Velký problém ze začátku byl také s přijetím syna s autismem u vlastních dětí, konkrétně u nejstaršího syna. Hodně na něho žárlil a nedokázal ho přijmout. Po terapiích se toto zlepšilo.

**7. Pozorujete po jednotlivých terapiích změnu v chování dítěte?**

Určitě, po každé terapii se zlepšilo synovo koktání a dokázal se lépe soustředit.

Většinou například na kineziologii dostane vždy i nějaké domácí úkoly, na kterých má pracovat a dokud úkoly plní, změny tam jsou.

**8. Vnímáte změny, které nastanou po terapii, jako trvalé nebo spíše krátkodobé?**

U nás dospělých a zdravých jedinců v rodině určitě dlouhodobé. Člověk sám je schopný i na sobě pracovat. Ale u syna musím, bohužel, říct, že spíše krátkodobé. Není ochotný jezdit k terapeutovi znovu, tak často, jak by bylo potřeba a tím pádem stagnuje a vrací se po nějaké době zpět. Nedá se říct, že úplně k původnímu svému stavu. Nemohu ale říci, zda za to mohou alternativní terapie nebo vývoj.

**9. Plánujete v brzké době další návštěvu?**

Určitě.

**10. Jakou terapii máte v plánu?**

Rád bych opět navštívil nějaký seminář jógy a kineziologii.

**11. Navštívili jste i odborného poradce, psychologa nebo psychiatra?**

Ano. Museli jsme jako rodiče, se žádostí o děti do pěstounské péče, navštěvovat pravidelně psychologku, která posuzovala, jestli jsme vhodní. Psychologové měli hlavní slovo při přijetí dětí a pomáhali s jejich začleněním do rodiny.

**12. (pouze při kladné odpovědi na č. 11) Vnímáte podstatný rozdíl mezi přístupem kvalifikovaného odborníka (psycholog, psychiatr) a alternativním terapeutem?**

Měli jsme velké štěstí na psychologku, která už v té době pracovala s alternativními přístupy. Dělala se synem automatickou kresbu, hypnózu a arteterapii. Ale vím o rodinách, které přístupem odborníků nejsou nadšené a raději volí alternativy.

**13. Jaký je Váš názor na alternativní terapie obecně?**

Někteří terapeuti neberou ohledy na potřeby celé rodiny. Každá rodina funguje jinak a jde i o způsob jakým je člověk zvyklý žít, jaké má rodina priority a v neposlední řadě i náboženské přesvědčení. Proto si myslím, že je důležité, aby každý alternativní terapeut byl vzdělaný člověk a tak trochu psycholog.



#### 14. Doporučili byste alternativní terapie i ostatním, případně, které?

Určitě ano. Každý by si měl najít takovou terapii a takového terapeuta, kterému věří a vyhovuje mu. Důvěra je velmi důležitá. Doporučuji takové terapie, které se můžete sami naučit a aplikovat. Například jóga, prvky kineziologie a sebeovládání, rodinné konstelace.

### 5.5 Výsledky šetření a doporučení pro další praxi

V praktické části práce jsme se snažili blíže proniknout do problematiky léčitelství a alternativní medicíny v souvislosti s rodinami dětí s autismem. Sledované rodiny se nejčastěji dostávají k alternativám skrze psychologa nebo psychiatra, který určitou formu alternativ ve své práci aplikuje. Také se často jedná o touhu po změně a zmírnění nežádoucího či odlišného chování dítěte oproti ostatním zdravým dětem. Hledají pomoc, kde jen je to možné.

Všechny rodiny také **spolupracují s klasickými lékaři**, ale práci alternativních terapeutů vnímají jako komplexnější. Cítí větší zájem z jejich strany a větší účast na svém životě. Po návštěvě kterékoliv z alternativních metod rodiny popisují změny z hlediska **lepšího fungování rodiny**. Některé jsou trvalejší, jiné krátkodobější, avšak vždy popisované jako přínosné. Toto připisují možnosti probrat s léčitelem problémy, strachy a veškeré negativní pocity. Ten také nabízí možnost jiného způsobu rozebrání problému a jeho řešení než klasický lékař. Jednotliví členové rodiny mají tak možnost **přehodnotit náhled na vzniklou životní situaci** a jsou schopni ji, dle svých slov, lépe přijímat.

Četnost návštěv terapeuta se odvozuje například od vzniklých stresových situací, zhoršení chování dítěte, zhoršení vztahů v rodině, nastalých zdánlivě neřešitelných situací a podobně. Jedná se především o terapie **zaměřené individuálně** na řešení těchto situací (reiki, kineziologie, SRT). Ty jsou navštěvovány nárazově v nepravidelných intervalech. **Skupinové terapie** fungující k uvolnění napětí (jóga, automatická kresba) jsou navštěvovány pravidelně, podobně jako fungují dětské kroužky či jiné pravidelné zájmové aktivity. Jiné slouží naopak jako podpora při větší zátěži v podobě preparátů (homeopatie).

Sdílíme stejný názor jako uvedené rodiny, které potvrzují nutnost nad volbou terapeuta přemýšlet. Doporučujeme zvolit takového, který se zajímá o celkový chod rodiny a vnímá její odlišnost oproti rodinám ostatním. Měl by také brát v úvahu odlišnost dítěte s PAS od dětí zdravých. Nutná je vzájemná důvěra a pochopení. Pro každého se hodí jiná metoda a každý věří něčemu jinému a i na toto se musí brát ohled. Rodiny zásadně nedoporučují terapeuty,

kteří slibují zázračná uzdravení, za své služby inkasují mnoho peněz a neberou ohledy na výše zmíněné.

Pro další zkoumání této problematiky, bychom doporučili zaměřit se také na kvalitativní výzkum, abychom tuto problematiku mohli lépe zobecnit. Jistě zajímavým by také byl pohled respondentů s negativní či žádnou zkušeností s alternativními metodami.

## Závěr

Při výběru tématu práce jsme vycházeli z vlastní praxe ve speciální škole, kdy stále více rodičů dětí s autismem hovořilo o metodách léčitelství. S tímto tématem jsme se také často setkávali při schůzkách těchto rodin v rámci táborů a různých setkání. Při hledání vzorku šetření se však ukázalo, že tento fenomén se nachází teprve v počátcích zájmu. Ze zpětné vazby bylo možné pro tuto práci vybrat pouze několik málo konkrétních rodin.

V teoretické části bakalářská práce seznamujeme v první kapitole s poruchami autistického spektra, zaměřujeme se na historii, charakteristiku a projevy autismu, jeho neurobiologický a psychologický model a uvádíme také poslední zjištěnou četnost výskytu autismu. V druhé kapitole se zaměřujeme na charakteristiku a funkce rodiny. Speciální část této kapitoly je věnována rodinám dětí s PAS a upozorňuje na základní rysy, které by mohly následně vést k zájmu o vyhledání léčitele či terapeuta. Třetí a čtvrtá kapitola práce popisuje léčitelství a alternativní medicínu, také jejich metody a způsoby aplikace a využití. Jedná se o obecný pohled do problematiky. Metod léčitelství existuje nepřeborné množství a rozsah práce by na vše nebyl dostačující. Proto výběr z nich v této části práce vychází z rozhovorů s rodiči v části praktické, kde uvádějí konkrétní příklady, jež využívají.

V praktické části práce se zabýváme průzkumným šetřením v rodinách dětí s PAS. Předmětem průzkumu se staly tři rodiny z různého prostředí. Pomocí kvalitativní metody šetření (rozhovor) jsme hledali odpovědi na stanovené cíle. Můžeme se pouze domnívat, zdali tento jev bude mít vzrůstající tendence. Pokud by tomu tak bylo, bude jistě na místě více se této problematice věnovat. Z rozhovorů vyplynulo riziko zneužívání moci léčitelů a také varování před přílišnou důvěrou stran rodin. Vyplývá zde nutnost přemýšlet nad každou volbou terapeuta a stále analyzovat jeho názory a rady se skutečnou situací. Slepá důvěra není na místě. Bližší a rozsáhlejší průzkum by mohl vnést více informací v možnostech metod léčitelství a předejít tak následným problémům. Jistě by také mohlo být zajímavým přínosem porovnat souhlasné a nesouhlasné názory na tuto problematiku a vzájemně je konfrontovat.

Ať již se přikláníme na stranu alternativních metod či nikoliv. Domníváme se, že pokud pomáhají, nezpůsobují další zbytečné problémy špatnou intervencí terapeuta a vedou ke zlepšení stavu (i ve formě placebo efektu), je jejich místo v životě rodiny důležité. Jako podpůrná metoda a možnost získat určitou naději a sílu mohou být doporučeny. Avšak neměli bychom zapomínat na skutečnou realitu a nadále spolupracovat s klasickou medicínou, nejlépe ve vzájemné symbióze obou směrů.

## **Seznam zkratek**

APLA – asociace pomáhající lidem s autismem

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder – neurovývojová porucha pozornosti

B. M. T. – bodová technika masáží

ČVUT – České vysoké učení technické

DMS – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

EEG – Elektroencefalogram – druh funkčního vyšetření mozku s pomocí elektrod

EFT - Emotional Freedom Techniques – Techniky emoční svobody – alternativní metoda léčení

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

O. s. – občanské sdružení

PAS – poruchy autistického spektra

SRT – Spiritual response therapy – terapie pomocí kyvadla

USA – United states of America – Spojené státy Americké

ZŠ – Základní škola

## **Seznam obrázků**

Obrázek č. 1 Přikládání rukou při terapii Rei – ki

Obrázek č. 2 Různé druhy používaných kyvadel

Obrázek č. 3 Obrázek pro uklidnění - z pokoje autistického chlapce

Obrázek č. 4 Terapeut(sedící) provádí svalový test na rukou

Obrázek č. 5 Pozice Psa prováděná v pravidelném skupinovém kurzu

Obrázek č. 6 Homeopatické preparáty

## Seznam použité literatury

- ATTENBOROUGH, A. *Rodinná encyklopedie alternativní medicíny*. Vyd.3. Praha: Reader's Digest, 1997, 400 s. ISBN 80 – 902069 – 3 – X
- DETZLER, R. E. *Osvobození duše*. Vyd.1. Olomouc: Anag, 2003, 232 s. ISBN 80 – 7263 – 188 – 8
- DVOŘÁK J. – ŠŤASTNÁ E. *Jóga všedního dne pro ty, kteří chtějí lépe žít*. Vyd.1. Praha: Spektrum, 1990, 144 s. ISBN 80 – 7107 – 009 – 2
- GARCÍA C. R. P. – LÓPEZ M. J. L. *Naturální medicína: homeopatie*. Vyd.1. Bratislava: Nezávislosť, 1998, 237 s. ISBN 80 – 85217 – 70 – 8
- HEŘT, J. *Alternativní medicína a léčitelství: Kritický pohled*. Vyd.1. Praha: Nakladatelství Věry Noskové, 2011, 240 s. ISBN 978 – 80 – 87373 – 15 – 6
- HOLDWAY, A. *Kineziologie: Testováním svalů a vyrovnáváním energie ke zdraví a dobré pohodě*. Vyd.1. Praha: Pragma, 1999, 147 s. ISBN 80 – 7205 – 671 – 9
- HRDLIČKA M. – KOMÁREK V. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Vyd. 1., Praha: Portál, 2004, 208 s. ISBN 80–7178–813–9
- CHARLISHOVÁ A. – ROBERTSHAWOVÁ A. *Tajemství Rei-ki*. Vyd.1. Praha: Svojtka & Co., 2001, 224 s. ISBN 80 – 7237 – 759 – 0
- JANČA, J. *Alternativní medicína: Komplexní prevence a léčba přírodními prostředky*. Praha: Fortuna, 1991, 268 s. ISBN 80 – 900302 – 1 – 1
- JANČA, J. *Praktická homeopatie: Cesta ke zdraví rádce pro celou rodinu*. Vyd.1. Praha: Eminent, 1992, 151 s. ISBN 80 – 900176 – 0 – 6
- JONÁŠ, J. *Křížovka života: Moudrost orientální medicíny a dnešek*. Vyd.1. Praha: Eminent, 1993, 184 s. ISBN 80 – 900302 – 8 – 9
- KANTOROVÁ, J. a kol., *Vybrané kapitoly z obecné pedagogiky II*. Vyd. 1., Olomouc: Hanex, 2010, 182 s. ISBN 978–80–7409–030–1
- LANGER, S. *Mentální retardace*. Vyd. 3., Hradec Králové: Kotva, 1996, 273 s. ISBN 80 – 900254 8 – X

- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Vyd.3. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. 161 s. ISBN 80 – 86429 – 19 – 9.
- MCKENZIE, E. *Reiki Léčení univerzální životní energií*. Vyd. 1. Praha: Svojtka & Co., 2004. 127 s. ISBN 80-7352-102-4.
- MEHTA, M. *Co je to Jóga*. Vyd.1. Praha: Svojtka a Vašut, 2001. 96 s. ISBN 80 – 7237 – 396 – X.
- PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Vyd.1. Praha: Academia, 2005. 472 s. ISBN 80 – 200 – 1387 – 3.
- SCHOPLER, E. *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Vyd.1. Praha: Portál, 1999. 176 s. ISBN 80–7178–202–5.
- SCHOPLER E. – REICHLER R. J. – LANSIG M. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami: Příručka pro učitele i rodiče*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2011. 232 s. ISBN 978 – 80 – 7367 – 898 – 2.
- Silva K. – Rydl D. R. *Základní kniha Kineziologie*. Vyd.1. Olomouc: Dobra & FONTÁNA, 1999. 208 s. ISBN 80 – 86179 – 27 – 3.
- SKARUPSKÁ, H. *Úvod do kulturní a sociální antropologie*. Vyd.1. Olomouc: Vydavatelství UP Olomouc, 2006. 70 s. ISBN 80-244-1509-7.
- STEINOVÁ, D. *Průvodce Reiki: kompletní průvodce ke starobylému léčebnému umění*. Vyd.1. Praha: Volvox Globator, 1995. 324 s. ISBN 80 -7207 – 531 – 4.
- STRAUSSOVÁ R. – KNOTKOVÁ M. *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra: Jak začít a proč*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 136 s. ISBN 978 – 80 – 262 – 0002 – 4.
- STRUNECKÁ, A. *Přemůžeme autismus?*. Vyd.1. Praha: Miloš Palatka – ALMI, 2009. 280 s. ISBN 978 – 80 – 904344 – 0 – 0.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2006. 198 s. ISBN 80–736–7060–7.
- THOROVA, K. *Poruchy autistického spektra*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 456 s. ISBN 80–7367–091–7.

- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 444 stran. ISBN 80 – 7178 – 678 –0.

### Internetové zdroje

- APLA PRAHA, Asociace pomáhající lidem s autismem. *O autismu, Co je to autismus* [ online ] ©2011 [ cit. 1. 8. 2013 ] Dostupné z: <http://www.praha.apla.cz/o-autismu.html>
- ČÁSLAVSKÁ, Magdalena, Autismus. *Demografický ukazatel výskytu PAS v populaci dle nejnovějších výzkumů* [ online ] ©2007 aktualizace 12.1 2010 [ cit. 1. 8. 2013 ] Dostupné z: <http://www.autismus.cz/odborne-clanky/demograficky-ukazatel-vyskytu-pas-v-populaci-dle-nejnovejsich-vyz-2.html>
- ŘÍHOVÁ, Marie, Meduňka časopis pro zdraví. *Autismus u dětí* [ online ] ©2009 [ cit. 10.9 2013 ] Dostupné z: <http://www.mojemedunka.cz/clanek.aspx/zdravi/clanek/autismus-u-deti>
- ŠULA, Jan, Regenerace přirozená cesta ke zdraví a k poznání: *Pohled lékaře na autismus s využitím posledních výzkumů*. [ online ] © 1992 – 2012 aktualizace 5/2009 [ cit. 10.9 2013 ] Dostupné z: <http://www.regenerace.cz/online/pohled-lekare-na-autismus-s-vyuzitim-poslednich-vyzkumu>
- AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING, American psychiatric association, *DMS – V*. [ online ] © 2014 Dostupné z: <http://www.psych.org/practice/dsm/dsm5>



## Seznam příloh

- Příloha č. 1 Vzor emailu rozesílaného rodinám

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Zuzana Dobešová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2014

<b>Název práce:</b>	Vliv a využití alternativních metod a léčitelství v rodinách dětí s autismem
<b>Název v angličtině:</b>	Influence and use of alternative methods and healing in families of children with autism
<b>Anotace práce:</b>	Práce mapuje vliv a využití alternativních metod a léčitelství u rodin dětí s autismem. Seznamuje s problematikou autismu a životem rodin s dětmi s PAS. Vysvětluje základní pojmy léčitelství a alternativní medicíny, se kterými se rodiny setkávají.
<b>Klíčová slova:</b>	Autismus, poruchy autistického spektra, rodina, alternativní terapie, léčitelství, rozhovor
<b>Anotace v angličtině:</b>	The theses chart the influence and use of alternative methods and healing for families of children with autism. Introduces the issue of autism and the lives of families with children with PAS. It explains the basic concepts of healing and alternative medicine with which families come together.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Autism, autism spectrum disorder, family, alternative therapies, healing, interview
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1 Vzor emailu rozesílaného rodinám
<b>Rozsah práce:</b>	56 stran + 1 příloha
<b>Jazyk práce:</b>	čeština

## **Příloha č. 1:**

### **Vzor emailu rozesílaného rodinám**

Vážený rodiče,

jsem studentkou Pedagogické fakulty univerzity Palackého v Olomouci, kde píše bakalářskou práci na téma: Vliv a využití alternativních terapií a léčitelství v rodinách dětí s autismem.

Pro svou práci hledám rodiče, kteří mají dítě s poruchami autistického spektra a využívají nebo, nejdéle v předchozím půl roce, využívali jakoukoliv z alternativních metod. Jedná se o terapie, které navštěvujete Vy sami nebo sourozenci dětí s autismem. Např. rodinné konstelace, ruš terapie, kineziologie, andělské terapie, automatická kresba a podobné. Práce má poskytnout vhled do této problematiky, její vliv a výsledky na Váš život.

Vaše úloha v mé práci by spočívala v anonymních odpovědích, na předložené otázky, formou rozhovoru. A sdělení základní rodinné anamnézy.

V případě Vašeho zájmu a ochoty zúčastnit se prosím pište na email:

████████████████████

Děkuji za ochotu a Vaši případnou pomoc

Zuzana Dobešová