

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

**Bakalářská práce**

Lenka Babjarová

**Son-Rise program z pohledu rodičů dítěte s PAS a  
z pohledu asistentky dítěte**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Lucie Pastierikové, Ph.D. a použila jen prameny uvedené v seznamu bibliografických citací.

V Olomouci dne

Lenka Babjarová

## **Poděkování**

Děkuji všem, kteří mi věnovali svůj čas pro účely této práce, zejména vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Lucii Pastierikové, Ph.D. za cenné rady a připomínky. Dále děkuji Markétě, Ivanovi a Marii, díky kterým jsem mohla realizovat praktickou část této práce a se kterými stále ráda trávím svůj čas. A nakonec chci poděkovat i své rodině a přátelům za podporu v průběhu tvorby.

Děkuji.

# OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA .....	11
1.1 Historie.....	11
1.2 Klasifikace poruch autistického spektra dle MKN-10.....	12
1.3 Klasifikace poruch autistického spektra dle DSM-IV a DSM-V.....	17
1.4 Etiologie poruch autistického spektra.....	20
1.5 Diagnostika poruch autistického spektra .....	22
1.6 Triáda symptomů .....	23
2 TECHNIKY PRÁCE S OSOBAMI S PAS.....	27
2.1 ABA .....	28
2.2 Floortime.....	30
2.3 HANDLE přístup .....	30
2.4 Hanen program .....	31
2.5 Higashi program – Terapie každodenního života .....	32
2.6 Holding therapy .....	32
2.7 SPELL přístup.....	33
2.8 TEACCH Program.....	33
2.9 Terapeutické techniky .....	34
2.10 Walden program .....	35
2.11 Další – farmakoterapie, dietetická opatření .....	36
2.12 Eklektický přístup .....	37
3 SON-RISE PROGRAM .....	38
3.1 Vznik metody.....	39
3.2 Základní principy metody Son-Rise .....	40
3.3 Son-Rise program v zahraničí.....	42
3.4 Son-Rise v České republice .....	45
3.5 Klady, záporny a dopad Son-Rise programu na rodinu.....	47
PRAKTICKÁ ČÁST .....	50
4 POHLED VYBRANÉ RODINY NA SON-RISE PROGRAM A POZOROVÁNÍ JEJICH DÍTĚTE V HERNĚ .....	50
4.1 Úvod do praktické části a vymezení cíle .....	50
4.2 Základní informace o rodině, která je objektem šetření .....	50
4.3 Metody sběru dat .....	51

4.4 Zpracování získaných dat .....	52
4.4.1 Dotazníkové šetření.....	52
4.4.2 Pozorování.....	55
4.5 Výsledky a analýza dat .....	62
4.5.1 Výsledky dotazníkového šetření .....	62
4.5.2 Výsledky pozorování.....	63
ZÁVĚR.....	67
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ .....	68
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	74
SEZNAM PŘÍLOH .....	75
PŘÍLOHY	
ANOTACE	

## ÚVOD

Práce se zaměřuje na program Son-Rise, který je určen pro práci s osobami s poruchami autistického spektra. V České republice není tato metoda příliš rozšířená na rozdíl od zahraničí, kde je praktikována více. Důvodem může být fakt, že není vědecky podložena a odborníci tedy místo ní doporučují postupy jiné, ověřené, dokázané. Přesto je na rodičích, jak budou se svým dítětem pracovat a měli by mít možnost volby takového postupu, který jim i jejich dítěti bude nejvíce vyhovovat. Z toho důvodu je vhodné, zvýšit povědomí veřejnosti o metodách a přístupech, které nejsou u nás tak časté a právě jedním z nich je Son-Rise program.

Cílem práce je poskytnout informace o metodě Son-Rise a ve zkratce i o jiných přístupech ve vztahu k osobám s PAS. V praktické části bude cílem získat informace a názor na program od jedné rodiny, která jej praktikuje. Jejich názor se pokusím doplnit vlastními zkušenostmi a pozorováním. Z dat vyvodím klady a zápory této metody.

V teoretické části bude pojednáno o poruchách autistického spektra obecně – z hlediska historie, klasifikace, etiologie, diagnostiky a příznaků. Dále budou zmíněny některé techniky práce s osobami s PAS, do kterých patří i Son-Rise program. Vzhledem k tomu, že jemu se má tato práce hlavně věnovat, bude podrobně rozebrán až v kapitole následující po daných technikách. U programu Son-Rise se zaměřím na historii jeho vzniku, na jeho využívání v zahraničí a v České republice a na základní principy, dle kterých funguje.

V praktické části zpracuji získané informace a náhled na metodu od rodičů, kteří ji praktikují. Doplním údaje o své vlastní zkušenosti s tímto programem. Ze všech takto získaných údajů se pokusím vyvodit klady a zápory Son-Rise programu tak, aby byl případný čtenář tohoto textu obeznámen s možnými riziky a zisky, pokud by chtěl metodu začít praktikovat.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že program Son-Rise rozšiřuje nabídku práce s osobami s PAS, ale přesto u nás není tolik znám. Chtěla jsem se s ním seznámit a zjistit důvody, proč není více rozšířený. Dalším důvodem je, bez ohledu na to jak moc pomůže dítěti „se vyléčit“, že pracuje s rodiči tak, aby mysleli pozitivně, s nadšením, užívali si svého dítěte, a tak alespoň jim může pomoci snáze se s tímto postižením u svého dítěte vyrovnat.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

### 1.1 Historie

Termín autismus zavedl Eric Bleur (1911) pro popis egocentrického myšlení, jež je typické pro schizofrenii. Slovo pochází z řeckého autos, v překladu sám, které vystihuje typickou uzavřenost. „V roce 1943 popsal Leo Kanner u malých dětí autistickou poruchu afektivního kontaktu a později ji nazval Kannerovým syndromem.“ Užil tedy termín v jiném slova smyslu než Bleur. I když na počátku se domníval, že má schizofrenie k dětskému autismu, jak jej dnes nazýváme, přímý vztah. Později se Kannerův syndrom od schizofrenie odlišil. Dnes tedy za termínem autismus nevidíme souvislost se schizofrenií, ale dětský autismus. (Gillberg, Peeters, 2008, s. 7-8).

Dle Vermeulena (2006) přirovnával Kanner děti s autismem k robotům, jelikož se mu jejich chování zdálo mechanické a rigidní. Schopler (1999) dodává, že některé z hlavních znaků, které Kanner popsal, byly později potvrzeny výzkumy a zahrnuty do Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace. Jde o oblasti sociálních vztahů, dorozumívání, stereotypních vzorců chování a zvláštních zájmů. Schopler (1998, s. 16) upřesňuje: „Kanner děti charakterizoval: 1. jejich neschopností navazovat vztahy s rodiči a reagovat na ně od útlého dětství; 2. neosvojením si řeči takovým způsobem, jak je to běžné u normálních dětí, dále tím, že často se u nich řeč vůbec nerozvine nebo že mluví zvláštním způsobem, který ztěžuje komunikaci; 3. projevuje se u nich stereotypní chování, a to na různých vývojových stupních, od prostých opakovaných pohybů těla až ke komplexním rituálům, které sestávají z prvků chování následujících v přesném pořadí; 4. projevují se u nich problémy při zpracování smyslových informací.“ Preißmann (2010, s. 10) k tématu ještě píše: „pacienti, které zmiňuje Leo Kanner, byli mentálně retardováni, zdáli se být zcela zakletí ve vlastním světě“.

Nezávisle na Kannerovi použil slovo autismus ve svém habilitačním spise v roce 1944 i Hans Asperger a označil tak děti s neobvyklými zájmy, inteligencí v normě či vyšší, neopožděným řečovým vývojem a s autistickými rysy za autistické psychopaty. Dnes se slovo psychopat užívá v jiném smyslu, proto došlo k novému označení Aspergerův syndrom (Preißmann, 2010).

Kannerův syndrom se dočkal světového zájmu, ale Aspergerův syndrom byl až do 80. let 20. století zapomenut. V té době byl Aspergerův syndrom uznán v souvislosti s publikací britské psychiatričky Lorny Wing. Ta také popsala 3 hlavní oblasti narušení, které se dodnes

používají k diagnostice a nazvala je triádou narušení. Je to tedy porucha sociální interakce, porucha v oblasti verbální i neverbální komunikace a porucha představitosti, která se projevuje omezenými stereotypními zájmy (Preißmann, 2010; Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

*„Obtíže v zařazování jedinců do určitých diagnostických kategorií a jejich vzájemné překrývání vyvolaly v praxi potřebu vzniku všeobecného termínu, který by zastřešoval děti s co nejširší škálou i mírou symptomů. Ve světě se rozšířil a v současné době je běžně používán termín poruchy autistického spektra, který v roce 1979 poprvé navrhly Lorna Wing a Judith Gould.“* (Thorová in Čadilová, Jůn, Thorová a kol, 2007, s. 12-13).

## 1.2 Klasifikace poruch autistického spektra dle MKN-10

Podle aktualizované verze k 1. 4. 2014 Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize se poruchy autistického spektra (zde nazývány pervazivní<sup>1</sup> vývojové poruchy) řadí pod kapitolu V. Poruchy duševní a poruchy chování F00–F99, konkrétně pod Poruchy psychického vývoje F80–F89. Pervazivní vývojové poruchy F84 jsou charakterizovány: *„kvalitativním porušením reciproční<sup>2</sup> sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci.“* Pro označení současně se vyskytující somatické vady nebo mentální retardace, lze užít dodatkový kód.

Pervazivní vývojové poruchy patří mezi závažné poruchy dětského mentálního vývoje, kdy je vývoj narušen do hloubky a v mnoha směrech. Jejich vnímání a prožívání je jiné a v důsledku toho se i jinak chovají. Existuje zde značná variabilita symptomů a nikdy nenajdeme dvě osoby se stejnými příznaky, stejným chováním (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007). I přes to můžeme dle MKN-10 vymezit tyto základní typy:

### Dětský autismus

Nese v klasifikaci označení F84.0. Je to pervazivní vývojová porucha, u které je přítomen abnormální nebo porušený vývoj, který se manifestuje do 3 let věku dítěte. Jsou pro něj typické abnormální funkce všech tří charakteristických oblastí psychopatologie, tedy narušení reciproční sociální interakce, komunikace a opakující se omezené stereotypní chování. Dále se mohou přidružovat i nespecifické problémy: fobie, poruchy spánku, návaly zlosti, autoagrese a další. Další termíny užívající se pro označení dětského autismu jsou: infantilní autismus, infantilní psychóza, Kannerův syndrom.

---

<sup>1</sup> všeprostupující, pronikající celou osobností jedince

<sup>2</sup> vzájemný



Čadilová, Jůn, Thorová a kol. (2007) a Gillberg a Peeters (2008) k dětskému autismu dodávají, že triáda příznaků musí být zřetelná, nemůže jít jen o obecné vývojové opoždění. Často se k němu přidružuje mentální retardace. Do kategorie kvalitativního narušení sociální interakce spadá: nepřiměřené vyhodnocení sociálních situací, nedostatečná odpověď na emoce druhých, nepřizpůsobení se sociální normě dostatečným způsobem, nevyjadřování sociálně-emoční blízkosti, omezená schopnost užití sociálních dovedností, neschopnost vytvářet přiměřené vztahy, není u nich potřeba vyjádřit spontánní radost, neschopnost užívat neverbální projevy (pohled do očí, mimiku, gesta) v sociální interakci.

Tito autoři dále také dodávají, že kvalitativní narušení komunikace se vyznačuje těmito projevy: opožděný vývoj řeči nebo se řeč vůbec nevyvine, stereotypní repetitivní užití jazyka, snížená schopnost iniciovat a udržet konverzaci, nedostatek spontánních her napodobujících sociální situace, nedostatek tvořivosti a fantazie v myšlení, nedostatečná gestikulace podporující řeč, narušená melodie a rytmus řeči.

Z oblasti stereotypních zájmů a chování lze zmínit tyto problémy: rutinní každodenní chování, přichylnost k předmětům pro daný věk netypickým, speciální rituály, stereotypní zájmy (abnormální svým zaměřením, intenzitou), pohybové stereotypie, odpor ke změnám v průběhu činností a ke změnám v prostředí, zájem o nefunkční části předmětů (tamtéž).

Mezi další obtíže pojící se k dětskému autismu uvádí ve svých publikacích Čadilová, Jůn, Thorová a kol. (2007) a Gillberg a Peeters (2008) tyto nespecifické projevy: poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, fobie, agrese, sebezraňování, výbuchy vzteku, absence iniciativy a tvořivosti, potíže s vytvářením osnov, problémy s užíváním zájmen, zejména „já“, chůze po špičkách, fascinace pohybem, hypersenzitivita na světla/zvuky/pachy/doteky/chutě, bezdůvodný pláč nebo smích, hyperaktivita nebo hypoaktivita, požívání nejedlých předmětů a další.

### **Atypický autismus**

V klasifikaci MKN-10 je k nalezení pod kódem F84.1. Tato pervazivní vývojová porucha je zde popsána jako typ, který se od dětského autismu liší buď věkem začátku, tedy se objevuje až po třetím roce věku nebo tím, že nespĺňuje všechny tři oblasti důležité pro diagnostiku. Atypický autismus vzniká často u výrazně retardovaných jedinců a jedinců s těžkou vývojovou receptivní poruchou řeči. Lze pro něj užít i označení atypická dětská psychóza a mentální retardace s autistickými rysy.

Jde o velmi heterogenní diagnostickou jednotku a tento termín můžeme brát jako zastřešující pro osoby, které by bylo možno označit za jedince s autistickými rysy nebo sklony. Sociální dovednosti u nich bývají narušeny méně, než je tomu u dětského autismu,

avšak potřebnou péči se od něj nemusí nijak lišit. Najdeme u něj různé sociální, emocionální, behaviorální symptomy stejné jako u osob s klasickým autismem, avšak osoby nesplňují přesně diagnostická kritéria pro to, aby mohly být zařazeny pod jinou kategorii (Volkmar, Klin, Cohen, 1997 in Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

### **Rettův syndrom**

Mezinárodní klasifikace nemocí jej značí F84.2 a říká o něm, že byl dosud zjištěn pouze u dívek a je charakteristický začátkem mezi 7. a 24. měsícem života. Ranné období vývoje probíhá běžně, až poté se objevuje částečná pozvolná ztráta řeči, poruchy obratnosti při chůzi, poruchy užívání rukou – objeví se kroutivé pohyby, zastaví se růst hlavy, začnou se projevovat spontánní hyperventilací<sup>3</sup>. Zastaví se u nich vývoj hry i sociální vývoj, ale sociální zájmy zůstávají zachovány. Od čtyř let se vyvíjí ataxie<sup>4</sup> trupu a apraxie<sup>5</sup>, poté často následují choreatoidní pohyby<sup>6</sup>. Téměř vždy se u nich projeví těžká mentální retardace.

Gillberg a Peeters (2008) doplňují symptomy o skřípění zubů, němotu, plácání rukama, zvláštní přerušovaný smích. K tomu se přidávají somatické obtížemi jako je epilepsie, zakrnělý vzrůst, chladné ruce a nohy a skolióza<sup>7</sup>.

Do MKN byl zařazen v roce 1992, ale zařazení mezi PVP je sporné z toho důvodu, že vývoj a kvalita sociální interakce zejména u starších dívek se od autismu liší. Mají rády fyzický kontakt, disponují krátkým rozsahem pozornosti, jsou emočně labilní, rozumí více, než dokáží vyjádřit, mohou být precitlivělé na hluk, slunce, bolest, zhoršená oromotorika se projevuje potížemi v polykání.

Můžeme jej rozdělit na klasický a atypický Rettův syndrom – ten je mírnější formu, kdy dívka sedí, chodí, mluví nebo jí chybí nějaký typický znak (neprošla normálním vývojem, nemá menší obvod hlavy apod.). V České republice se diagnostikuje od roku 2001 a musí platit, že prošly normálně prenatální a perinatální vývoj, prvních 6 měsíců je běžný psychomotorický vývoj a při narození mají normální obvod hlavy (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

Ze stránek [www.rettsyndrome.org](http://www.rettsyndrome.org) a z kazuistik čerpá Čadilová, Jůn, Thorová a kol. (2007) informace o průběhu poruchy. Mezi 6. – 18. měsícem bývá častá hypotonie, lekavost, noční děsy, zhoršuje se oční kontakt. Období regrese nastává mezi 1 – 4 roky, kdy se jazyk pohybuje v ústech, přichází záchvaty pláče, křiku a smíchu. Kolem 4 let dochází ke stabilizaci

---

<sup>3</sup> prohloubené zrychlené dýchání

<sup>4</sup> porucha koordinace pohybů

<sup>5</sup> ztráta schopnosti vykonávat koordinované, účelné a naučené pohyby

<sup>6</sup> mimovolní pohyby, nejčastěji končetin a obličejů, obvykle pomalé – kroucení končetinami, prsty, jazykem, rty

<sup>7</sup> chorobné vychýlení páteře do strany

symptomů – dívka vyžaduje společnost a nesnáší nudu, více vnímá, komunikuje očima, je klidnější a vyrovnanější. Mezi 5. a 25. rokem dochází k zhoršení motorických funkcí. Dožívají se asi 40 – 50 let a v průběhu života psychicky dozrávají.

### **Jiná dětská dezintegrační porucha**

Označuje se kódem F84.3 a je v MKN-10 charakterizována jako pervazivní vývojová porucha, typická obdobím normálního vývoje, po kterém nastává trvalá ztráta dříve nabytých dovedností v různých oblastech během několika měsíců. Provází ji ztráta zájmu o okolí, stereotypní motorický manýrismus, porušení sociálních interakcí a komunikace. Někdy může docházet ke spojení s encefalopatií<sup>8</sup>, ale diagnóza má být založena na projevech chování dítěte. Klasifikace pro ni uvádí ještě další názvy: infantilní demence, dezintegrační psychóza, Hellerův syndrom, symbiotická psychóza. Ale výše zmíněný Rettův syndrom sem nespadá.

Někdy je porucha nazývána pozdní začátek autismu, což značí normální vývoj do 18 až 24 měsíců. Pro diagnostiku je důležitá klinicky významná ztráta dosažených dovedností (Gillberg, Peeters 2008). Syndrom poprvé popsal speciální pedagog Theodor Heller v roce 1908, kdy si všiml, že u 6 dětí došlo mezi 3. a 4. rokem k výraznému regresu a těžké mentální retardaci. Standartní vývoj probíhá do 2 let, poté nastává ztráta expresivní nebo receptivní řeči, sociálních dovedností, kontroly močení a defekace, motorických dovedností, hry (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007). Můžeme jmenovat i kvalitativní poškození sociálních interakcí a komunikace, omezené opakující se vzorce chování, zájmů, pohybu, emoční labilitu, agresi, záchvaty vzteku, hyperaktivitu, deterioraci intelektu<sup>9</sup> a další (Fombone, 2002 in Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

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

Porucha je v MKN zařazena s označením F84.4 a z popisu vyplývá, že ji lze obtížně definovat a má „nejistou nozologickou validitu<sup>10</sup>“. Patří sem děti s těžkou mentální retardací, které trpí hlavně hyperaktivitou, poruchami pozornosti a stereotypním chováním. Na rozdíl od osob s inteligencí v normě u nich stimulancia nenapomáhají zlepšení a může u nich docházet k těžkým dysforickým reakcím<sup>11</sup>, jež mohou být doprovázeny psychomotorickou retardací. Po podání psychostimulancií a v době dospívání má hyperaktivita tendence nahradit se hypoaktivitou, což u běžných hyperkinetických dětí s inteligencí v normě nebývá. Často bývají přidružena různá vývojová opoždění. Do jaké míry je tento typ příznaků způsoben nízkým IQ nebo organickým poškozením mozku, není přesně známo.

<sup>8</sup> onemocnění mozku; též lehká dětská encefalopatie/lehká mozková dysfunkce

<sup>9</sup> postupující zhoršení, oslabení, úbytek, redukce výkonnosti intelektu

<sup>10</sup> nozologie = nauka o třídění nemocí, validita = platnost

<sup>11</sup> podrážděnost, duševní napětí, špatná nálada

## **Aspergerův syndrom**

Tento syndrom nese v MKN označení F84.5. Opět je zde uvedeno, že má nejistou nozologickou validitu. Je charakterizován kvalitativním porušením reciproční sociální interakce, čímž se podobá klasickému autismu. Vyskytuje se u něj stereotypní opakující se a omezený repertoár zálib a aktivit. Od autismu se liší tím, že zde chybí opoždění ve vývoji řeči a kognitivních schopnostech. Osoby často trpí též nemotorností a v mladé dospělosti občasnými psychotickými epizodami. Pro označení se uvádí i názvy autistická psychopatie a schizoidní porucha v dětství. Dříve se jako diagnostické kritérium brala i motorická neobratnost (Howlin, 2005).

Howlin (2005) uvádí, že díky zachovalým kognitivním schopnostem a nenarušenému vývoji řeči se na Aspergerův syndrom pohlíží jako na mírnější formu autismu. Preißmann (2010) k tomu dodává, že veřejnost má náhled tento syndrom spíše omezený, nevnímá obtíže z něj plynoucí, ale pouze speciální schopnosti, kreativitu a nadání.

Mezi typické příznaky v oblasti komunikace a řeči patří to, že musí do 2. roku vyslovovat jednotlivá slova a do 3. let by si měli osvojit řečové obraty. Nesmí tedy trpět žádným významným opožděním ve vývoji jazyka a v kognitivním vývoji. Těmto osobám chybí obyčejný „selský rozum“, jejich intelekt může být podprůměrný, průměrný i nadprůměrný. Řeč těchto dětí je nepřírozeně perfektní, mluví pedanticky a formálně, zvláštní je i tón a hlas, nechápou některé výrazy (ironii, metaforu, humor, dvojí význam), často mluví příliš mnoho nebo naopak málo, ulpívají na tématu, nechápou a neumí vést společenskou konverzaci, gesta a mimiku užívají omezeně a špatně je chápou, mají neobratnou řeč těla, potíže s očním kontaktem, neschopnost číst emoce z mimiky druhého, staví se k ostatním příliš blízko, abnormálně skloňují, v konverzaci si lépe rozumí s dospělými (Boyd, 2011; Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007; Gillberg, Peeters, 2008; Howlin, 2005; Preißmann, 2010; Vosmik, Bělohávková, 2010).

Obtíže v sociální interakci můžeme u osob s Aspergerovým syndromem pozorovat tyto: nezájem o interakci, egocentrismus, neschopnost najít si a udržet přátele, omezený kontakt s vrstevníky, neschopnost interakce s vrstevníky a nezájem o ni, špatný odhad sociálních situací, společenská pravidla nechápou nebo dodržují příliš rigidně, nechovají se sociálně a emočně přiměřeně, nepochápou city druhých a mají obtíže vyjádřit vlastní city, mohou být agresivní, impulzivní, podhodnocují se, trpí úzkostí, afektivními záchvaty, chybí jim spontánní sdílení zájmů s druhými, mají problémy s telefonováním, vyhýbají se tělesnému kontaktu (podání ruky), je u nich časté společensky nevhodné chování, jsou to samotáři a perfekcionisté (tamtéž).

A co se omezených zájmů, stereotypního chování a adaptačních obtíží týká, zmiňují stejní autoři tyto příznaky: nezájem o široké spektrum aktivit, nepřiměřené ulpívání na určitém zájmu, záliba v memorování, opakující se témata v zájmech, neschopnost fantazijní hry, rituály, nemají rádi změny v prostředí ani lidech, neodhadnou důsledky svých činů, vyžadují předvídatelnost, mají obtíže v plánování, dělají neúčelné věci, kladou nepřiměřené nároky na sebe i druhé, jejich zájmy jsou abnormální svým zaměřením nebo intenzitou, vyskytuje se u nich motorický manýrismus, zaujetí částmi předmětů, dobrá schopnost logického uvažování vede k zálibám v přírodních vědách a matematice.

V krátkosti ještě abnormality v motorice: dysgrafické obtíže, dyspraxie, neobratná jemná i hrubá motorika, špatná koordinace pohybů, zvláštní pohyby, nepřirozené pozice (tamtéž).

### **Jiné pervazivní vývojové poruchy**

K nim MKN uvádí jen označení F84.8. Často se nepoužívá, protože diagnostická kritéria nejsou přesně definována. Komunikace, sociální interakce i hra je narušena, ale ne do takové míry, aby to odpovídalo dětskému autismu nebo atypickému autismu (Vzdělávání a autismus).

### **Pervazivní vývojová porucha NS**

Jde o poslední kategorii s označením F84.9 a zkratka NS značí pervazivní vývojovou poruchu nespecifikovanou.

## **1.3 Klasifikace poruch autistického spektra dle DSM-IV a DSM-V**

**DSM-IV** je Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, který vydává Americká psychiatrická asociace. Manuál DSM-IV (1994) popisuje méně poruch v této oblasti (chybí Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby a Atypický autismus je pod Pervazivní vývojovou poruchou jinak nespecifikovanou). Panují i další terminologické odchylky (Hrdlička in Hrdlička, Komárek a kol., 2004). Kvůli odlišným diagnostickým kritériím sem DSM-IV pro porovnání s MKN-10 vkládám.

### **Autistic disorder, 299.0 (autistická porucha):**

#### *Kategorie I.*

K diagnóze je třeba min. 6 symptomů z kategorie I – nejméně 2 z odstavce A, nejméně 1 z B, nejméně 1 z C.

#### *A. Kvalitativní narušení sociální interakce*

1. Výrazně narušená schopnost přiměřeného používání neverbální komunikace (oční kontakt, mimika, gesta, postoj těla) při sociální interakci.
2. Neschopnost vytvářet vztahy s vrstevníky, které by odpovídaly úrovni vývoje.
3. Nižší schopnost spontánně projevovat radost, úspěch, zájmy (neukazuje na věci ostatním, aby se podívali).
4. Nedostatečně rozvinutá dovednost sociální a emoční empatie.

*B. Kvalitativní narušení komunikace*

1. Vývoj řeči je opožděn/ řeč se nevyvine a osoba se nesnaží kompenzovat to mimikou, gesty či jinak.
2. Osoby s rozvinutou řečí těžko iniciují či udržují konverzaci s druhým člověkem.
3. Řeč je stereotypní, opakuje se nebo obsahuje výstřední výrazy.
4. Chybí různorodá, fantazijní, spontánní, napodobivá hra odpovídající vývojové úrovni.

*C. Omezené, opakuje se nebo stereotypní vzorce chování, zájmů, aktivit.*

1. Výrazné, nápadné zaměření na jednu či více aktivit, které jsou abnormální svou intenzitou nebo zaměřením.
2. Ipění na určitých nefunkčních rituálech a rutinních činnostech.
3. Opakuje se stereotypní motorické pohyby (třepetání prsty, určité pohyby celého těla).
4. Ulpění na části předmětu.

*Kategorie II.*

Opožděný vývoj nebo abnormální chování před 3. rokem alespoň v jedné z kategorií: sociální interakce, řeč v sociální interakci, symbolická či fantazijní hra.

*Kategorie III.*

Diagnostická kritéria dětské dezintegrační poruchy, Rettova syndromu či Aspergerova syndromu nevyhoví lépe.

*Risy nespécifické*

Nerovnoměrné kognitivní schopnosti; problémy s použitím jazyka a gramatikou; dává přednost perifernímu sledování; hůře imitované pohyby (chůze nachýlená, po špičkách, tleskání); fascinace pohybem věcí (točí talíře, otevírá dveře); nepřiměřená reakce na smyslové podněty (přecitlivělost na světlo, hluk, dotyk); emocionální reakce jsou neúměrné

(bezodůvodný brekot, smích, náladovost); problémy v chování (agrese, autoagrese, vztek); problémy se spaním, jídlom (DSM-IV., 1994 in Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

V **DSM-V** (2015) zahrnuje **porucha autistického spektra** tyto diagnostické kategorie z DSM-IV: autistická porucha, Aspergerův syndrom, dětskou desintegrační poruchu, Rettův syndrom, pervazivní vývojovou poruchu jinak nespecifikovanou. Projevy jsou ve dvou oblastech – obtíže v sociální interakci a komunikaci a omezené, opakující se zájmy, chování a aktivity. Porucha autistického spektra, zde označená číslem 299.00 odpovídá v MKN-10 označení F84.0.

Diagnostická kritéria DSM – V (2015) pro poruchu autistického spektra jsou:

A. Deficity v sociální interakci a komunikaci v různých souvislostech. Jsou přítomny nyní, nebo je lze prokázat v minulosti. Mají tyto příznaky:

1. narušení sociálně emočních vzájemných vztahů (selhávání v komunikaci, nesdílení zájmů a emocí, neschopnost interakce,...)
2. narušení neverbální komunikace (nenormální oční kontakt, abnormální řeč těla, neporozumění gestům, bez výrazu tváře,...)
3. narušení schopnosti navazovat a udržovat vztahy a rozumět jim (nedostatečné přizpůsobení se chováním, fantazijní hra je obtížná, až nezám o kontakt s vrstevníky,...)

B. „*Omezené, repetitivně vzorce chování, zájmů, aktivit, které se projevují nejméně dvěma příznaky, které jsou přítomny nyní nebo byly přítomny v minulosti*“ (DSM-V, 2015, s. 51):

1. opakované nebo stereotypní pohyby při manipulaci s věcmi či v řeči (echolálie, točení předměty, rovnání věcí, stereotypní pohyby,...)
2. trvání na neměnnosti, vyžadování rutiny, rituály v chování (těžce se přizpůsobují změně, rigidní myšlení, rozruší je malé změny,...)
3. striktně vymezené zájmy abnormální intenzity či zaměření, ulpívání na nich (zájem o neobvyklé předměty,...)
4. zvýšení či snížení citlivosti na smyslové podněty nebo nezvyklé smyslové zájmy (narušené vnímání tepla, bolesti, citlivost na zvuky, přílišné ohmatávání a očíhávání věcí, fascinují je světla,...)

Tyto příznaky (kategorie A a B) lze ještě dále specifikovat dle jejich závažnosti na 3 stupně: „*3. stupeň – vyžadující velmi značnou podporu, 2. stupeň – vyžadující značnou podporu, 1. stupeň – vyžadující podporu*“ (tamtéž, s. 53-54).

C. začátek poruchy spadá do doby raného vývoje (ale nemusí se plně projevit)

D. projevy musí způsobovat „*klinicky významné funkční narušení v sociální, školní, pracovní nebo jiných důležitých oblastech života*“ (tamtéž, s. 52).

E. příznaky nejsou způsobeny poruchou intelektu nebo vývojovým opožděním.

Narušení sociální interakce a komunikace je zde na rozdíl od předchozí verze DSM zahrnuto pod jeden bod.

## 1.4 Etiologie poruch autistického spektra

Přesná příčina autismu nám není dosud známá, názory odborníků se různí a vyvíjí. Pravděpodobně je příčina autismu multifaktoriální, tedy autismus vzniká působením více různých faktorů. V etiologii dochází ke kombinaci faktorů z vnějšího prostředí s genetickými dispozicemi. Někteří autoři spojují příčinu s konkrétními geny, které mají vliv na vývoj a fungování mozku (Nováková, 2013). Také věk obou rodičů může mít vliv na narození dítěte s PAS. Čím jsou rodiče starší, tím je údajně riziko vyšší. I děti předčasně narozené, děti matek s vysokým krevním tlakem, děti matek, které trpí onemocněním diabetes mellitus 2. typu nebo matek obézních mají větší riziko vzniku PAS (Slomková, 2013; Thorová, Šporclová, 2012 in Nováková, 2013). Strunecká (2009) řadí k příčinám také vlivy látek, jako jsou glutamáty, aspartam, fluorid, hliník, rtuť a další, které narušují nezralý mozek, ve kterém dochází k odumírání buněk z důvodu nadměrné stimulace těmito látkami.

Tímto výčtem ale teorie nekončí, jsou i další, které se zaměřují na negativní vlivy stresu, látek znečišťujících životní prostředí, vakcinace, imunitní poruchy a metabolické poruchy. Ovšem tyto teorie nejsou kladně přijímány všemi odborníky (Thorová, 2012 in Nováková, 2013).

Hrdlička, Komárek a kol. (2004) vymezují dva modely postižení – neurobiologický a psychologický:

**Neurobiologický model** vnímá jako příčinu autismu časné poškození vyvíjejícího se mozku léky či teratogeny. V jejich mozku nezanikají nadbytečné synapse a v důsledku toho mají sníženu schopnost analýzy, dedukce a rozhodování dle aktuální situace. Nejúplnější neurobiologický model zavedl Waterhouse v roce 1996, který popsal 4 poruchy limbického systému: „emotivní slepotu“, nezájem o sociální vazby, jednokanálové vnímání a smyslovou hypersenzitivitu (Komárek in Hrdlička, Komárek a kol., 2004).

Pod **psychologické modely** postižení řadí Thorová a Beranová (in Hrdlička, Komárek a kol., 2004) Teorii mysli, Teorii centrální koherence a Teorii exekutivních funkcí.



S koncepcí **teorie mysli** přišli v roce 1985 Baron-Cohen, Leslie a Frith. Teorie mysli je schopnost, která nám umožňuje tvořit si soudy a názory na duševní stavy, které nelze přímo vnímat smysly (např. co si kdo myslí, co chce). U zdravého dítěte se díky predispozici začne vyvíjet od 4 let. U dětí s autismem je tato schopnost nedostatečná, a tak když nechápu duševní stav druhého, nerozumí ani příčině jeho chování. Okolí se pro ně stává nesrozumitelným, nepochopitelné jednání osob narušuje svět dítěte a to si pak vytváří rituály, které jsou pro ně bezpečné. Porucha vychází z nedostatečné pozornosti, narušené představivosti. Stav není neměnný a učení a nácvikem lze dospět ke zlepšení kognitivní funkce teorie mysli (Thorová, Beranová in Hrdlička, Komárek a kol., 2004).

V roce 1989 Uta Frith popsala **teorii centrální koherence**, která vnímá autismus jako poruchu myšlení – nedostatečnou schopnost spojování souvislostí. Běžně má člověk vrozeno spojovat informace dohromady, aby tvořily smysluplný celek. Autisté mají problém se syntézou a dávají přednost analytickému myšlení. Nevnímají celek, ale jednotlivé detaily a celkový význam nezachytí. O dva roky později vystoupil Ozonoff s **teorií exekutivních funkcí**. Jsou to funkce, které řídí naše jednání jistým směrem a tlumí první reakci. Teorie tvrdí, že je autismus způsoben poruchou exekutivních funkcí. Osoby s autismem mají horší výsledky v testech, které se na tyto funkce zaměřují, než by odpovídalo jejich mentálním schopnostem. Zkoumá se v nich plánování, řešení problémů, efektivní strategie, pozornost zaměřená správným směrem (tamtéž).

Gillberg a Peeters (2008) upozorňují na onemocnění a postižení, která se často vyskytují spolu s autismem. Jedním z nich je mentální postižení, uvádějí, že 80 % osob s dětským autismem má IQ 69 bodů a nižší. Dále u cca 20 % předškolních dětí s PAS se objeví v raném věku epilepsie a u dalších 20 % se epilepsie dostaví v období kolem puberty. Pětina osob s autismem má obtíže s viděním. I sluch bývá u 25 % z nich poškozen, přijímání zvuku může být neobvyklé a to v tom smyslu, že se dítě jeví jako hluché, ale v některých situacích slyší i zvuky velmi tiché.

Možné příčinné faktory jsou různé chromozomální poruchy, poškození plodu zarděnkami, encefalitida,... Spojitost není přesně dokázána, ale předpokládá se, že tato onemocnění poškozují mozek tak, že pak jedinec není schopen běžného vývoje v oblasti sociálních vztahů, komunikace a představivosti. Vliv dědičnosti může být ukázán na výskytu autismu u sourozenců dětí s autismem: jeden z 20 sourozenců trpí také autismem, přičemž u běžné populace je to 1:1000. Výskyt je vyšší u dvojčat jednovaječných. U Aspergerova syndromu je v polovině případů podobně postižen i další přímý příbuzný. Osoby s autismem utrpěly častěji než zdravá populace v prenatálním, perinatálním a raně postnatálním období

poškození mozku, které vzniklo v důsledku neoptimálních podmínek pro rozvoj mozku. (tamtéž).

## **1.5 Diagnostika poruch autistického spektra**

Včasná diagnostika je základem pro následnou intervenci a práci s dítětem. V prvním roce života nelze spolehlivě říci, zda jde o PAS. Diagnózu lze stanovit až po výraznějším rozvinutí příznaků (Thorová, 2006). Při diagnostice PAS se odborníci opírají o pozorování dítěte, informace od rodičů – rozhovor a anamnézu. V praxi se nejčastěji využívá k diagnostice kritérií uvedených v MKN nebo v DSM. Pro doplnění se užívají škály, v České republice často CARS = Childhood Autism Rating Scale, která dokáže odlišit děti s mírným až těžkým postižením. Pro co nejdříve odhalení autismu lze požit screeningové nástroje jako DACH = Dětské autistické chování, M-CHAT = Modified Checklist for Autism in Toddlers. Slouží ke stanovení alespoň předběžné diagnózy u dětí kolem 18. měsíce života (Hrdlička, Komárek a kol., 2004; Nováková, 2013).

Důležité je také stanovit vývojovou úroveň dítěte a jeho schopnosti. K tomu užívají psychologové vývojové škály zaměřené na různé oblasti, jako je škála Bayleyové nebo Gesellova. Kognitivní schopnosti se posuzují podle standardizovaných testů (Wechslerovy testy inteligence, Ravenovy progresivní matice, Stanford-Binetův test (Nováková, 2013).

Konečné stanovení diagnózy závisí na dětském psychiatrovi, ostatní odborníci pracují pod jeho řízením. Stanovení diagnózy není jen splnění kritérií MKN nebo DSM, ale je nutné vyloučit diferenciální diagnostikou jiné obtíže, které se autismu podobají (Hrdlička, Komárek a kol., 2004). Diferenciální diagnostika odlišuje PAS od mentální retardace, schizofrenie, poruch chování, obsedantně-kompulzivní poruchy, poruch řeči a jazyka, mutismu, úzkostných poruch, poruch pozornosti a aktivity, psychosociální deprivace apod. Na stanovení diagnózy se tak podílí tým odborníků z oblastí psychiatrie, psychologie, neurologie, genetiky (Nováková, 2013).

Speciálněpedagogická diagnostika sleduje vývojovou úroveň a chování dětí s PAS. Mezi nástroje patří Edukačně hodnotící profil pro věk 0-7 let a pro věk 8-15 let. Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb pro osoby s autismem užívají pracovníci SPC. Obsahuje osm diagnostických oblastí: mezilidské vztahy, dovednosti v komunikaci, kognitivní schopnosti a učení, smysly, obtíže v chování, volný čas, motorika, každodenní aktivity (Čadilová, Thorová, Žampachová a kol., 2012 in Nováková, 2013).

O důležitosti včasné diagnostiky není pochyb, odborníci se shodují, že bývá autismus diagnostikován pozdě, ale průměrný věk dětí, kdy je jim stanovena diagnóza se snižuje. Správnost diagnostiky závisí na mnoha faktorech – kdy dojde ke kontaktování odborníka, na jeho zkušenostech, na hloubce postižení, ... (Nováková, 2013). Rodiče si dle výzkumu všimají odlišností v 50 % případů již před prvním rokem dítěte. V kojeneckém období je přesné stanovení diagnózy obtížné, je ale dobré brát podezření v úvahu a zahájit práci s dítětem. Příznaky začnou být nejvýraznější v období 3 – 6 let. V ČR je diagnóza stanovena v cca 6 letech, u Aspergerova syndromu až v 10. roce života. Stejně tak je obtížná diagnostika i v období dospělosti. Projevy poruchy se časem mění, a tak se v pozdějším věku příznaky skrývají. Osoby s PAS se za svůj život již naučily své chování kompenzovat a získaly určité zkušenosti. V dospělosti se nejčastěji diagnostikují jedinci s Aspergerovým syndromem nebo vysoce funkční autisté, kterým byla diagnóza stanovena chybně nebo vůbec (Masopustová, Lacinová, 2006 in Nováková, 2013).

## **1.6 Triáda symptomů**

S triádou charakteristickou pro diagnózu přišla v sedmdesátých letech minulého století Lorna Wing a patří do ní problémy v oblasti sociální interakce, v oblasti komunikace a v představitosti (Thorová in Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007):

### **Sociální interakce**

Thorová rozlišuje několik typů jedinců dle jejich sociální interakce:

1. typ osamělý – žádná snaha o fyzický kontakt, nezajímá se o komunikaci s vrstevníky, není empatický, oční kontakt neudrží
2. typ pasivní – kontaktu se nevyhýbá, ale sám ho nevyhledává, většinou mu chybí dovednosti jako sdílení radosti, prosba o pomoc, empatie, nechápe pravidla sociální interakce, děti mají rády fyzický kontakt
3. typ aktivní – zvláštní – kontakt navazuje, ale nepřiměřený, je bezohledný k druhým, nevidí sociální normu, má své téma hovoru, pokládá nevhodné otázky, navazuje kontakt i se zcela neznámými lidmi
4. typ formální – snaží se napodobit okolí, ale jeho chování působí zvláště, lpí na určitých pravidlech a chování, není přizpůsobivý, nejedná dle kontextu situace, dobře se vyjadřuje, působí strojeně, má potíže s ironií a vtipem
5. typ smíšený – jeho chování se různí dle prostředí a situace, jeví prvky předchozích typů, jeho chování se jeví zvláště (Vosmik, Bělohávková, 2010).

Kromě těchto projevů uvádí Thorová (in Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007) ještě další dva body, které se týkají vztahů s lidmi (typ smíšený vynechává): prvními jsou potíže se začleněním mezi vrstevníky – neumí se zapojit mezi vrstevníky, nezvládá kolektivní hru, dělá mu problémy dodržovat pravidla, do vztahu vstupuje nevhodným chováním, okolí ho špatně přijímá pro jeho odlišnosti a může být šikanován. Druhým bodem jsou potíže s nápodobou – jde o nápodobu řeči, pohybů, chování, které jsou napodobeny nepřesně, pozdě nebo se o ni ani nezajímají. Jednání, které vidí v okolí, nezapojuje do hry.

### **Komunikace**

Mezi symptomy narušené komunikace se řadí tyto obtíže:

1. mutismus – jedinec nemluví vůbec nebo jen málo, na řeč a pokyny ostatních může, ale nemusí reagovat
2. omezená mimoslovní komunikace – příliš neukazuje, oční kontakt neudrží tak dobře jako intaktní dítě, gesta ani mimika není tak bohatá, při nesouhlasu nekýve hlavou, při souhlasu se nepodívá do očí
3. jednostranná komunikace – preferuje vlastní témata, nezajímá se o to, o čem mluví druhý, obtížně se od něj získávají informace o jiných tématech, dává otázky z okruhu svého zájmu
4. omezené praktické užití komunikace – vulgární mluva, společensky nevhodné výrazy, záměny vykání a tykání, obtížně společensky konverzuje, těžce vyjadřuje své pocity, neumí přizpůsobit komunikaci různým situacím
5. zvláštní projevy v řeči – echolálie, obtíže v gramatice, neužívá příliš souvětí, zaměňuje zájmena, intonace a hlasitost nejsou přiměřené, skládá slova za sebe bez významu, opakuje určité věty a slova stále dokola (tamtéž).

### **Stereotypní činnosti**

Jinými slovy též opakující se zájmy, aktivity, chování. Tento bod bývá nazýván jinými autory také jako poruchy představivosti. Je zřejmé, že pokud člověk nemá schopnost představivosti v normě, jeho činnosti jsou chudé, málo kreativní, opakující se.

Thorová (in Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007) člení tento znak autismu na 6 položek:

1. zvláštní zájmy – zájem o zvláštní vyhraněná témata (kanály, čísla), věci, které mají určitý řád, nejsou schopní věnovat se jiným činnostem, tato odlišnost je zřejmá v aktivitě, rozhovoru či kresbě

2. stereotypní zacházení s předměty – bouchání s věcmi, rozsvěcování a zhasínání světla, třepetání, pouštění vody, s věcmi a hračkami si nehraje dle jejich funkce
3. obliba symetrie a řádu – tvoří obrazce, rovná věci a umísťuje na jejich správná místa, skládá věci do řad
4. encyklopedické a akademické zájmy – zájem o určitá fakta vyhraněného oboru, nadání je jednostranné a vývoj ostatních schopností není rovnoměrný, může brzy rozeznávat číslice a písmena, a tak brzy číst a psát, zájem často o témata jako je matematika, astronomie, dinosauři, počítače,...
5. fixace na předměty – má věc/věci, které nosí stále s sebou, nechce se od nich odloučit
6. stereotypní a opakující se činnosti – opakuje určité pohyby těla, opakuje pohyb s nějakým předmětem, stereotyp je zřejmý i v myšlení a řeči – nedokáže měnit téma hovoru

Mezi další příznaky řadí autoři obtíže v oblasti motoriky, myšlení, emocí, vnímání, aktivity a pozornosti, adaptability a chování, citlivost smyslů.

**Motorika:** osoby s autismem mohou chodit po špičkách, třepetají rukama, ruce staví do různých poloh, skáčou a tleskají, mohou se bít hlavou o zeď, motorický vývoj může být opožděn, neobratnost v jemné motorice, učí se chodit později, hraní si s míčem je pro ně obtížné, stejně tak jízda na tříkolce, nebo naopak jsou děti velmi obratné – lozí po nábytku, kolébají tělem, drží ruku těsně před okem a otáčí ji rychle sem tam, rukopis může být nečitelný a neúhledný (Thorová in Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007; Gillberg, Peeters, 2008; Hrdlička in Hrdlička, Komárek a kol., 2004; Vosmik, Bělohlávková, 2010).

**Myšlení:** obtížněji a déle se učí novému, hůře spolupracují, vývoj je skokový, obtížně si aktivity plánují, problémy v orientaci, hůře zvládají každodenní činnosti, chápou doslovně, těžce oddělují důležité od nedůležitého, zaměřují se na detaily nikoli na celek, mají potíže dělat více věcí najednou, nemají dostatek sociálního citění (Thorová in Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007; Schopler, 1999).

**Emoce:** mají černý pohled na svět – jsou rozmrzelí, smutní, depresivní, podezíraví, litují se, obviňují sebe i druhé, emoce jsou nepřiměřené dané situaci, směje se a brečí neadekvátně situaci, špatně se orientuje v emocích jiných lidí, nálady se prudce střídají, nízká frustrační tolerance, agrese, zkratovitě jednání, vztek, mohou působit egocentricky, jako emočně ploší, emoce jsou různě intenzivní, emoce jsou labilní (Thorová in Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007; Hrdlička in Hrdlička, Komárek a kol., 2004; Vosmik, Bělohlávková, 2010).

**Vnímání a smysly:** předměty poznává netypicky například očíháváním, ťukáním do nich, dlouze je pozoruje, věci vkládá do pusy, málo nebo nadměrně citlivě reaguje na smyslové podněty – může mu vadit hluk (zejména vysoké tóny), světlo, bolest může být vnímána méně nebo více citlivě, mohou odmítat doteky, také chuť je ovlivněna a děti jsou zaměřeny na určitá jídla, jiné pojídají nejedlé předměty, zrakové vnímání zaměřují spíše na detaily, termoregulace může být narušena, rádi sledují světelné efekty, špatně snášejí stříhání nehtů, vlasů nebo česání (Thorová in Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007; Hrdlička in Hrdlička, Komárek a kol., 2004; Vosmik, Bělohávková, 2010).

**Aktivita a pozornost:** dítě může být jak hyperaktivní, tak i pasivní, pozornost se upoutává obtížně, vidíme psychomotorický neklid, vykřikuje, neustále mluví, běhá, odchází od činností, na činnosti pro které je vnitřně motivován se soustředí déle, zaměřuje se na nedůležité detaily, nevydrží dlouho sedět, dítě je neklidné a potřebuje prostředí strukturovat (Thorová in Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007; Schopler, 1999).

**Adaptabilita a chování:** dítě se obtížně přizpůsobuje situacím, déle si zvyká na školní docházku, hůře obstojí ve škole či zaměstnání, není tak odolné vůči zátěži, silně na tyto osoby působí stres, kterému podléhají, na změny reagují až nepřiměřeně, častá je zvýšená unavitelnost, při výchově je dítě negativistické, tvrdohlavé, staví se do opozice, nedbá pokynů, nekontroluje své jednání, nepředvídá nebezpečí, trvá na dodržování řádů, změny nepřijímá kladně, chce mít předvídatelné okolí, touží po neměnnosti a uskutečňuje své rituály. Potíže mohou mít jedinci se spánkem (spí krátce, budí se, režim dne je posunut) a s příjmem potravy (trávicí obtíže, vybíravost v jídle, nechut'). Člověk s autismem nerad zkouší nové věci, neumí se podřídít pravidlům. Potíže s adaptací jsou patrné při změně aktivity, změně osob, se kterými pracují, změně prostředí apod. a je nutné člověka na změny vždy připravit. Zvláštnosti v chování jsou důsledkem narušené představivosti, která jim neumožní jednat dle širšího repertoáru chování. Na nevhodném chování se podílí i neschopnost plnohodnotné komunikace, což dítě frustruje a vede k nevhodnému chování (sebezraňování, destrukce, agrese, rituály). Narušení adaptability se projevuje například: lpěním na pravidelnosti a posloupnosti činností během dne, tvořením rituálů, nutností přesného umístění předmětů na jejich místo (Thorová in Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007; Gillberg, Peeters, 2008; Hrdlička in Hrdlička, Komárek a kol., 2004; Schopler, 1999; Vosmik, Bělohávková, 2010).

## 2 TECHNIKY PRÁCE S OSOBAMI S PAS

Druhou kapitolu věnuji kratším popisům různých přístupů a metod, které se objevují v literatuře dostupné v České republice a užívají se při práci s osobami s poruchami autistického spektra. Výběr nebude jistě všezahrnující, jelikož by to přesáhlo možnosti této práce, ale zmíním alespoň programy, které mne zaujaly a chtěla bych se o nich dozvědět více informací a tyto znalosti pak zprostředkovat čtenářům mé práce.

Research Autism je britská organizace, která se zabývá výzkumem efektivity programů užívaných pro práci s autisty. Snaží se o co nejkvalitnější výzkum, a to zapojováním samotných osob s autismem, jejich pečujících, institucí, politiků a jiných osob do výzkumu (Research Autism, 2015). Dle údajů na jejich webu přikládám tabulku, znázorňující efektivitu programů, o kterých se v této kapitole budu zmiňovat:

Program	Hodnocení efektivity
<b>ABA – Aplikovaná behaviorální analýza</b>	Silný pozitivní důkaz
<b>Foortime (DIR metoda)</b>	Málo výzkumu, ale hodnocena pozitivně
<b>HANDLE přístup</b>	Research Autism jej nezmiňuje
<b>Hanen program</b>	Research Autism jej nezmiňuje
<b>HIGASHI– Terapie každodenního života</b>	Málo výzkumů, ale obsahuje strukturalizaci, která je prospěšná
<b>Holding therapy</b>	Nelze doporučit – neexistuje důkaz o účinnosti, může až uškodit
<b>SPELL přístup</b>	Research Autism jej nezmiňuje
<b>TEACCH program</b>	Silný pozitivní důkaz, ale studie nedělali nezávislí odborníci
<b>Terapeutické techniky (zooterapie, muzikoterapie, dramaterapie)</b>	<b>Terapie se zvířaty</b> je široká oblast, využití psů může zlepšovat kvalitu života jedince s PAS. Terapii s delfíny nedoporučují, jelikož není prokázána její účinnost <b>Muzikoterapie</b> má pozitivní vliv na osoby s PAS, ale je nutné provádět více kvalitních výzkumů. <b>Dramaterapie</b> nemá pro jedince s PAS přínos, ale je málo studií na toto téma.
<b>Walden program</b>	Research Autism jej nezmiňuje
<b>Farmakoterapie</b>	<b>Antipsychotika</b> – výzkum účinnosti právě probíhá, <b>Antidepresiva</b> – špatné dávkování může být ohrožující, <b>Aripiprazol</b> – je účinný na snížení hyperaktivity, podrážděnosti, stereotypního chování u dětí a mládeže s PAS, <b>Dimethylglycin</b> – nezlepšuje sociální fungování autistů, <b>Methylfenidát</b> – účinný u hyperaktivity, nepozornosti dětí a mládeže s PAS, ale má vedlejší účinky, <b>Melatonin</b> – účinný při poruchách spánku, <b>Olanzapin, Risperidon</b> – účinné při sebepoškozování, agresi, ale mají vedlejší účinky, <b>Secretin</b> – nevhodný, v některých případech škodlivý, ...

<b>Diety</b>	<b>GFCF dieta</b> – bez lepku a kaseinu, u ní nebyly nalezeny důkazy o účinnosti. Dieta založená na konzumaci jen <b>jednoduchých sacharidů</b> , ale též nebyla prokázána. Dieta <b>bez kvasinek</b> také nemá účinek prokázán.
<b>Eklektický přístup</b>	Nelze jej zmínit, každý si může sám vybrat dle přehledu ty metody, které mu jsou nejbližší.
<b>Son-Rise Program</b>	Není jasný důkaz o účinnosti, pouze neoficiální zprávy, které mluví o jeho pozitivním účinku.

*Tab. 1 Hodnocení efektivity metod pro práci s jedinci s PAS (autorka dle Research Autism)*

Thorová v knize Poruchy autistického spektra z roku 2006 člení přístupy na ty, které fungují: strukturované učení, TEACCH program, Higashi, behaviorální přístupy, AAK, interaktivní přístupy, herní terapie, muziko-, arte-, ergo- a zooterapie, relaxace, pohyb a fyzioterapie, dobrá atmosféra v rodině, rodinná psychoterapie, komunitní bydlení, eklektický přístup a farmakoterapie. Naopak jako neúčinné označila tyto metody: Son Rise program, Facilitovanou terapii, psychoanalytický přístup, dietická opatření, homeopatika a Holding Therapy. To ovšem neznamená, že všichni specialisté užívají jen osvědčené metody (jak ukazuje i výzkum níže) a že si rodiče nemohou pro své dítě vybrat přístup, který oni vidí jako ten správný.

Říhová a kolektiv (2010 in Nováková, 2013, s. 126) nabízí pohled na využívání TEACCH programu, ABA, AAK a Son-Rise programu: „Z výzkumu v Olomouckém kraji, kterého se zúčastnilo 61 odborníků (z toho 17 speciálních pedagogů, 11 pedagogů a 3 asistenti pedagoga) z oblasti rané péče, vyplynulo, že 42,62 % z nich nepoužívá žádnou speciálně intervenční metodu. 24,59 % využívá TEACCH program, 14,75 % užívá AAK a 4,92 % užívá ABA a stejně tolik i Son-Rise program.“

## 2.1 ABA

ABA neboli Aplikovaná behaviorální analýza vychází z předpokladu, že určité chování je spouštěno podněty, které mu předcházejí, a pak je udržováno následky, které přichází po chování (Jůn in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007; Hrdlička, Komárek a kol., 2004).

Program vytvořil profesor Lovaas a je úspěšně používán při práci s osobami s autismem. Volba postupu práce s autisty záleží na rodičích nebo pečujících, ale tento program stojí za vyzkoušení, jak uvádí Moor (2010). Jde o domácí program, na kterém pracuje tým - rodiče, dobrovolníci, asistenti pod vedením vyškoleného odborníka v Aplikované behaviorální analýze. Jde o intenzivní, až 40hodinovou práci s dítětem za týden, jejíž hlavní princip spočívá v rozdělení úkolů na menší a motivování pomocí odměn (tamtéž).



Jak uvádí Jůn (in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007), lze pracovat nejen s behaviorální terapií, ale i KBT – Kognitivně-behaviorální terapií, která je zaměřena nejen na změnu chování, ale i myšlení. Jelikož velké procento osob s autismem má přidruženou mentální retardaci, je u nich vhodné využití behaviorální terapie, tedy např. ABA přístupu. KBT je výhodná pro práci s osobami s Aspergerovým syndromem.

Pro práci s obtížným chováním se vychází z terapie EDM – Eden Decision Model (Holmes, 1997 in Hrdlička, Komárek a kol., 2004), která je rozdělena do pěti kroků, jak popisuje Jůn (in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007) a Hrdlička, Komárek a kol. (2004):

**První krok** je záznam problémového chování, jeho analýza a lékařské vyšetření. Zjišťuje se, kdy, kde, při čem, s kým se problémové chování objevuje, co mu předchází a co nastává po něm. Pokud spouštěč není jasný, je možné, že jsou jím fyzické obtíže, které osoba nedokáže sdělit. K druhému kroku se přistoupí, pokud fyzické obtíže nejsou příčinou a pokud není okamžitě jasné, z čeho chování pramení.

**Druhý krok** se zabývá působením prostředí na osobu i působením osoby na okolí. Primárně mohou negativně působit vlivy jako špatné osvětlení, nevhodná teplota, nepadnoucí oblečení,... Sekundárně může být osoba ovlivněna okolním ruchem, chováním lidí v okolí, kterému nerozumí, chaotickým uspořádáním pracovní plochy či denního režimu,... A aby člověk sám mohl působit na své okolí jinak než agresí, je nutné u něj vybudovat vhodný komunikační systém.

**Třetí krok** přichází ve chvíli, kdy osoba s autismem žije ve srozumitelném prostředí, dokáže se vyjádřit, ale obtíže v chování přetrvávají. Pak je čas na analyzování činností a volného času – zda jsou aktivity srozumitelné, zábavné, přiměřeně dlouhé, strukturované. Pokud jsou činnosti takto vhodně nastavené a problémové chování pokračuje, přejdeme ke kroku 4.

**Čtvrtý krok** spočívá v odměňování vhodného chování, čímž dochází k tomu, že se toto jednání do budoucna upevňuje. Jako odměna mohou sloužit materiální věci (jídlo, obrázky, hračky), aktivity (pohoupání, jízda na kole) či sociální odměny (mazlení, pohlazení).

**Pátým krokem**, ke kterému samozřejmě nemusí vždy dojít, je restrikce a averzivní tlumení. Restrikci volíme, pokud dochází k ohrožení osoby nebo lidí v jejím okolí a může být fyzická (držení, úchopy), mechanická (umístění do místnosti, kde se nemůže zranit) nebo farmakologická (tlumící léky). Averzivní terapie se užívá za účelem změny v jeho chování, patří do ní např. time-out (čas, kdy po nevhodném chování není poskytován příjemný stimul), přesycení (paradoxně stimulujeme činnost, kterou chceme z jeho chování odstranit, tím dojde k únavě a ta je pro něj trestem), další. Pokud se chování nelepší, vracíme se ke kroku jedna.

Thorová (2006) uvádí, že Lovaasovy děti, na kterých program zkoušel, měly lehčí formu autismu, výběr tak nebyl reprezentativní. Také nebral ohledy na úspěchy/neúspěchy v socializaci, emoce a přizpůsobivost chování. Výsledky programu mohou být u některých dětí dobré, ale u jiných třeba žádné. I přes intenzitu ABA programu, nelze brát tento model jako ten, který dokáže dítě vyléčit. Kromě toho je časově a finančně náročný.

## **2.2 Floortime**

Je metoda, která není behaviorální, zaměřuje se více na sociální a emoční rozvoj dětí s autismem v předškolním věku. Floortime je součástí modelu DIR (Development, Individual-Difference, Relationship-Based), který si klade za cíl ne jen potlačovat příznaky autismu, ale i podporovat zdravý vývoj dítěte. Pomáhá dítěti procházet vývojovými úrovněmi od té, kterou již dítě nezvládá. Dítě se učí schopnostem, které nejsou vyvinuty běžným způsobem (navazovat vztahy, smysluplně komunikovat, uvažovat logicky a tvořivě). S přístupem lze pracovat v domácím i školním prostředí (Nováková, 2013).

Floortime se snaží následovat přirozené emocionální potřeby dítěte a zároveň ho vyzývá k osvojování si lepších emocionálních, intelektových a sociálních schopností. Samotný DIR Model je komplexní rámec, který umožňuje pedagogům, lékařům a rodičům sestavit program dle potřeb konkrétního dítěte. Umožňuje pochopit vývoj dítěte a nabízí intervenci pro co nejlepší rozvoj potenciálu. Floortime je tedy aplikace DIR Modelu v praxi (The Interdisciplinary Council on Development and Learning).

Studie ukázaly zlepšení v obousměrné komunikaci, zpětné vazbě od dítěte, zlepšilo se chápání příčin a následků a porozumění emocím. Těchto pokroků bylo dosaženo skrze hru, která dítě baví. Jak už název napovídá, je to doba, kdy se rodiče přesunou za dítětem „na zem“, kde si s ním hrají. Program je používán v USA, kde bylo s programem spokojeno 100 % rodičů. Zlepšily se nejen dovednosti dětí, ale u pečujících, kteří s metodou pracovali, poklesla míra stresu (tamtéž).

## **2.3 HANDLE přístup**

HANDLE vnímá gesta, mimiku, držení těla a další chování, jako způsob komunikace (Haverty, 2008 in Nováková, 2013). Za pomoci stimulace skrze aktivity posiluje HANDLE narušené funkce a může zlepšovat funkce centrální nervové soustavy a proces učení (Baptie, 2008 in Nováková, 2013).

HANDLE - Holistic Approach to NeuroDevelopment and Learning Efficiency (Celostní přístup k neurologickému vývoji a efektivitě učení) hledá příčiny obtíží a nesnaží se jen pracovat se symptomy autismu. Nejsou přitom užívána farmaka ani speciálně určené pomůcky. Slouží rodině pro práci s osobou s autismem v domácím prostředí. Jedinec je vnímán jako celek, ve kterém všechny soustavy spolupracují a ovlivňují se. Výchozí teorií je, že náš nervový systém je schopen přizpůsobování a že struktury mozku jsou ovlivňovány stimuly. Kombinace pohybu a správné stravy dokáže ovlivnit biochemickou rovnováhu v těle a tím tvarovat struktury mozku. Nervový systém při přesytení stimuly reaguje stresem a nepracuje, jak by měl (Dobromysl, 2012).

Program jednoduchých cviků je ušit na míru každému jednotlivci, na základě informací získaných pozorováním, rozhovorem či dotazníkem. Podle těchto dat je zhotoven neurovývojový profil osoby, tedy to, jak smysly a nervy fungují a dle toho se volí vhodná cvičení. Cca 6 až 13 cviků nezabere více než půl hodiny. Přitom je důležité sledovat, kdy organismus dosahuje stresu a dále již nepokračovat (tamtéž).

## **2.4 Hanen program**

Hanen program se zaměřuje na rozvoj komunikačních dovedností u osob, které mají v této oblasti z různých důvodů obtíže a mezi ně patří i osoby s PAS. Od roku 1975 The Hanen Centre pomáhá rodičům a dalším pečujícím podporovat vývoj komunikačních dovedností u dětí s autismem. Pro děti s autismem vyvinuli přístup zahrnující 3 body: Prvním je klíčová role rodičů a pečovatelů při logopedické intervenci pro jejich dítě. Druhým prvkem je důraz kladený na časně zahájení péče. Čím dříve se začne s dítětem logopedicky pracovat, tím lepší budou výsledky práce. Třetí bod je nazván „síla každodennosti“. Spočívá v tom, že se dítě učí v běžných situacích a rozhovorech s dospělými, kteří znají Hanen program (The Hanen Centre, 2011).

Nejúžejí zaměřený program pro rodiče dětí s PAS se jmenuje More Than Words. Ukazuje jim, jak vytěžit maximum z potenciálu jejich dítěte při budování komunikačních schopností během každodenní rutiny. U dětí s autismem se osvědčilo nechat se jimi vést a komunikovat s nimi způsobem, který si zvolily ony samy. Taktéž se osobám s PAS komunikace učí lépe, když ví, co mohou očekávat. More Than Words pomáhá rodičům v podpoře jejich dítěte v oblasti: zlepšování sociálních dovedností, obousměrné interakce a porozumění jazyku. Pro rodiče je dostupné návodné DVD a The Hanen Centre pořádá po celém světě workshopy pro odborníky, kde je učí pracovat s rodinami (tamtéž).

## **2.5 Higashi program – Terapie každodenního života**

Higashi je specializované vzdělávání pro děti s autismem, které navštěvují jednu ze dvou škol, která se programu věnuje – v Tokiu v Japonsku nebo v Bostonu v USA. Kromě toho i další školy vychází z filosofie terapie každodenního života (v České republice se s ním setkáme jen teoreticky (Nováková, 2013). Higashi je japonský název pro naději. Program založila v šedesátých letech Kiyo Kitahara a i když se s ním u nás nesetkáme, jeho principy lze využít v celostním přístupu (Thorová, 2006). Tento japonský přístup je celostní a má na zřeteli fyzickou, psychickou i duchovní stránku jedince. Výuka má pět hlavních bodů: probíhá ve skupině, děti se snaží napodobovat druhé, činnosti jsou strukturované, je kladen důraz na fyzické cvičení a výuka se zaměřuje hodně na pohyb, hudbu a výtvarné umění. Terapie pomáhá dětem tvořit si vazby k ostatním lidem, učí je komunikovat a pracovat s úzkostí tak, aby si osvojily schopnost učení a myšlení, což jim umožní nezávislost (Research Autism, 2015).

Research Autism hodnotí pozitivně fyzické aktivity, které jsou pro děti s autismem vhodné, také strukturalizace je hodnocena kladně, stejně jako v jiných programech (TEACCH a další). Naopak otázkou zůstává, jestli si děti, které absolvovaly výše zmíněné školy, udrží dovednosti i po studiu a zda budou schopné přenést tyto schopnosti do nového prostředí, každodenního života (tamtéž).

## **2.6 Holding therapy**

Jinými slovy také Terapie pevným objetím dle Prekopové, cuddle time (čas mazlení) nebo Welch method je psychologická intervence, která má pomáhat dětem, které mají obtíže s vytvořením vztahu k matce. Terapie spočívá v nuceném držení dítěte rodičem nebo terapeutem do té doby, než uplyne stanovená doba, nebo než se dítě přestane bránit či se podívá do očí. Pak pečující oplátí pohled a projeví své city k dítěti. Základní myšlenkou přístupu je, že intenzivní fyzický a emocionální kontakt dítěte s matkou mezi nimi vytvoří pouto, které je základem zdravého vývoje. Nevyužívá se jen u osob s autismem, ale i u dětí s poruchou citové vazby, hyperaktivních, poruchou opozičního vzoru, poruchou chování nebo učením a depresí (Research Autism, 2014; Pevné objetí podle Jiřiny Prekopové, 2008).

Jak už jsem zmínila v tabulce výše, Research Autism shledal tuto terapii neprokázanou, nepodloženou vědeckými výzkumy a nemůže ji tedy doporučit. Byly zaznamenány mnohé případy, kdy Holding therapy lidem s autismem a jinými obtížemi více uškodila, než pomohla. Důvodem může být vyšší citlivost smyslů, nechť k fyzickému

kontaktu a dotykům, násilné přerušování stereotypní činnosti tímto držetím, které vyvolá nepohodu u osob s PAS (tamtéž).

## 2.7 SPELL přístup

Samotná zkratka SPELL je složena ze slov Structure (struktura), Positive approaches and expectations (pozitivní přístup a očekávání), Empathy (empatie), Low arousal (nízká vzrušivost) a Links (spojení). SPELL staví intervenci na individuálních potřebách každé osoby s PAS. Přístup vytvořila National Autistic Society ve Velké Británii, v České republice není zatím tak známý, přesto jej zmiňují, jako novou cestu, kterou je možné se alespoň inspirovat. Program je vhodný pro celou škálu poruch autistického spektra, včetně Aspergerova syndromu a lze jej vhodně zkombinovat s TEACCH programem, který je u nás rozšířený (Nováková, 2013; The National Autistic Society, 2016).

**Struktura** činí svět předvídatelný a bezpečnější, čímž pomáhá osobám s PAS být samostatnějšími a nezávislejšími na okolí. Prostředí a činnosti jsou upraveny tak, aby jedinec věděl, co může očekávat. **Pozitivní přístup a očekávání** tkví ve vysokých očekáváních, která jsou ale reálná a vychází z důkladného posouzení stavu jednotlivce. Snažíme se posílit sebeúctu a sebedůvěru stavěním na silných stránkách jedince, přirozených zájmech a schopnostech. **Empatie** je důležitá pro schopnost vidění světa z pohledu osoby s autismem. Umožní nám lépe porozumět tomu, co je motivuje a baví, i tomu co je přivádí k úzkosti. Efektivní vedení osoby s PAS vyžaduje od pečujícího vyrovnanost, předvídatelnost, dobrou náladu, empatii a analytickou schopnost. **Nízké vzrušení** je zaručeno v prostředí bez rušivých vlivů (světlo, hluk, barvy, vůně,...), kde má jedinec dostatek času pro zpracování informací. Jedinec nemá být informacemi a prací přetěžován. Je vhodné rozšiřovat zkušenosti jedince, ale plánovaně a citlivě. K relaxaci může přispět i hudba, masáže či pobyt ve Snoezelenu<sup>12</sup>. **Spojením** se myslí spolupráce rodičů, učitelů a dalších osob tak, že bude poskytována komplexní péče a předejde se nedorozuměním. Osoby s PAS a jejich rodiče jsou při terapii vnímáni jako rovnocenní partneři (The National Autistic Society, 2016).

## 2.8 TEACCH Program

Treatment and Education of Autistic and Communication-Handicapped Children (TEACCH) je přístup založený na vědeckých důkazech, který pracuje s rodinou osoby s PAS.

---

<sup>12</sup> Snoezelen je multisenzorická místnost pro relaxaci a stimulaci smyslů za pomoci světelných, vodních válců, světél, vodních postelí, hudby, aromaterapie,...

Je vhodný pro všechny věkové kategorie osob s autismem i vývojové úrovně (UNC School of Medicine - TEACCH Autism Program, 2015). Byl vytvořen týmem specialistů, v čele s Erikem Schoplerem, v Severní Karolíně v USA v roce 1966 na univerzitě Chapel Hill. Spolupracovali na něm i rodiče dětí s PAS a vznik programu byl reakcí na tvrzení, že autisty nelze vzdělávat a porucha je způsobena nevhodnou výchovou (Nováková, 2013; APLA Jižní Čechy, 2016).

Filozofií programu je individuální přístup, rozvoj dovedností ve školním i domácím prostředí, práce s rodinou, integrace osob s PAS do společnosti, pozitivní přístup i k dětem s poruchami chování. Hlavními a nejznámějšími principy patří strukturalizace, vizualizace a individualizace. **Individuální přístup** je nutný, jelikož je každé dítě jedinečné. Je třeba zjistit vývojovou úroveň dítěte v různých oblastech, vybrat vhodný komunikační systém, vytvořit plán výchovy a vzdělávání, zvolit nejvhodnější řešení problémového chování, pokud se u osoby vyskytuje. **Struktura** se týká zejména času (vizualizované denní programy) a prostředí. Pomáhá mu orientovat se v prostředí i na jeho pracovním místě. Prostor by neměl být rušivý a postup jde zleva doprava či shora dolů (nalevo jsou nesplněné úkoly, napravo ty hotové). **Vizuální podpora** je vhodná pro poskytování informací osobám s PAS, protože snižuje obtíže v komunikaci, abstrakci a paměti. Pomáhá s orientací v čase a s odlišováním aktivit, které následují po sobě. Vizuální znázornění postupu činností či rozvrhu dne vede k větší samostatnosti osoby. Sloužit k podpoře mohou konkrétní předměty, fotografie, obrázky a piktogramy a nakonec i samotné popisky (APLA Jižní Čechy, 2016).

Mezi principy dále Chapel Hill na webu uvádí: porozumění kultuře osob s autismem a užití individuálního plánu místo obecných osnov (UNC School of Medicine - TEACCH Autism Program, 2015). Thorová (2006) ještě přidává mezi důležité body zajištění předvídatelnosti, zaznamenávání práce je vhodné pro další plánování, důležitá je také motivace.

## 2.9 Terapeutické techniky

**Terapie se zvířaty** zahrnují léčebné postupy, kdy se setkává člověk a zvíře. Osoba s autismem může užívat asistenčního psa, plavat s delfiny, jezdit na koni nebo chovat doma křečka. Cíle jsou různé: přestat se bát zvířat, naučit se nést zodpovědnost a starat se o mazlíčka, zlepšit sociální a komunikační schopnosti a trávit příjemně volný čas (Research Autism, 2015).

Jak uvádí Research Autism, asistenční pes u dětí s PAS zaručuje větší nezávislost rodiny, zajišťuje bezpečí tím, že brání útěku dítěte (jde v postroji vedle psa, rodič dává zvířeti pokyny). Při terapii s delfíny se dítě může o ně starat, plavat s nimi, hladit je, nebo se s delfíny setkat za odměnu po tom, co vykonalo určitý úkol. Hippoterapie je využití koně ke zlepšení neurologických a smyslových funkcí a psychoterapie s koňmi přispívá ke zlepšení duševního zdraví.

**Dramaterapie** pracuje s psychologickými potřebami osob s PAS a to buď jednotlivě, nebo v malé skupině klientů. Drama je užíváno k dosahování psychologických, emocionálních a sociálních změn u dané osoby. Klienti hrají role, pantomimicky se vyjadřují, pracují s rekvizitami (Research Autism, 2015).

**Muzikoterapie** využívá zpěvu, živé hudby – poslechu, hraní na nástroje. Každý má údajně schopnost reagovat na hudbu a zvuky, což může vést k pozitivnímu ovlivnění chování a emocí. Muzikoterapie má vést ke zlepšení sociálních a komunikačních dovedností. Klient nemusí mít hudební nadání, na rozdíl od terapeuta, který potřebuje hudební i terapeutické dovednosti na vysoké úrovni. Může být využívána spolu s jinými terapiemi, jako je např. taneční (tamtéž). Hudba usnadňuje projevoování emocí, je komunikačním kanálem, přispívá k sociální interakci a slouží k relaxování (Thorová, 2006).

## 2.10 Walden program

Walden Early Childhood Center pracuje s dětmi s autismem v batolecím a předškolním věku. Snaží se obohatit přirozený vývoj pomocí systematických instrukcí, které napomáhají rozvíjet jazyk a sociální dovednosti dítěte. Personál pracuje s náhodným učením a využívá přirozenou zvědavost dětí a zájem učit se novým věcem prostřednictvím hry. Zábava a učení mají jít ruku v ruce. Během dne probíhají individuální i skupinové aktivity, nácvik péče o vlastní osobu a samostatnosti. Starší děti se učí základům čtení a matematiky během hry nebo s pomocí počítače. Děti mají možnost si samy zvolit, o co se budou zajímat, což je efektivnější, než striktní určení programu. Učí se lásce k jazyku a jeho zvládnutí, stejně jako sociálním dovednostem, které užijí i po předškolním vzdělávání. Děti navštěvují třídu s intaktními spolužáky, kde společně pracují, což je velmi přínosné – komunikace a sociální schopnosti se lepší během interakce s ostatními zdravými dětmi. Spolupráce a vztahy ve skupině jsou podporovány prostřednictvím her a pozitivního hodnocení učitelů (Walden Early Childhood Center).

## 2.11 Další – farmakoterapie, dietetická opatření

### Farmakoterapie

Stále nebyla objevena účinná farmaka, která by zmírňovala triádu symptomů osob s PAS. Léky mohou být doplňující léčbou při agresi, stereotypním chování, depresi, poruchách spánku. Rodiče dětí s autismem často zaujímají dva hraniční postoje k farmakoterapii: buď ji vnímají jako škodlivou a naprosto se jí brání, anebo do ní vkládají přílišné naděje a jsou pak zklamáni (Hrdlička in Hrdlička, Komárek a kol., 2004). Medikamenty nejsou účinné, pokud nejsou zároveň používány jiné behaviorální techniky či jiné vzdělávání pro osoby s PAS (Thorová, 2006).

Hrdlička (in Hrdlička, Komárek a kol., 2004) řadí mezi účinná farmaka: **neuroleptika** neboli antipsychotika, která ovlivňují agresivitu, sebepoškozování, hyperaktivitu a impulzivnost, konkrétně haloperidol a pimozidem. Sedativní neuroleptika (chlorpromazin) ovlivňují agresi, neklid a sebezraňování, ale snižují kognitivní schopnosti. Atypickým neuroleptikem je risperidon a olanzapin, které byly důkladně podrobeny studiím a jeví se jako účinné a s pouze mírnými nežádoucími účinky. **Antidepresiva** slouží k ovlivnění rituálů, depresí a sebepoškozování. Fluvoxamin je účinný hlavně v dospělé populaci trpící obsesí a kompulzí či rigidním chováním. Fluoxetin se osvědčil u léčby dětí. **Psychostimulancia** působí kladně na hyperaktivitu, dobré odezvy jsou na metylfenidát a dextroamfetamin. Pozitivní účinek mají dále clodin (snížení hyperaktivity a impulzivity) a buspiron (proti úzkosti a dráždivosti).

Mezi neúčinné a zastaralé intervence řadí tito autoři: **fenfluramin** pro jeho hojně nežádoucí účinky (špatná nálada, poruchy příjmu potravy, nespavost, neklid,...); **naltrexon**, který zlepšoval hyperaktivitu, sebepoškozování i sociální obtíže, ale nové výzkumy neprokázaly účinek; **sekretin**, což je hormon, který má zlepšovat řeč a sociální dovednosti, což nové studie neprokázaly (tamtéž).

### Dietetická patření

**GFCF dieta**, neboli dieta bez lepku a kasienu. Lepek se nachází v obilovinách (pšenice, žito, oves) a kasein v mléčných výrobcích (mléko, máslo, jogurty). Někteří lidé věří, že autisté nejsou schopni dobře strávit lepek a kasein, který jim pak poškozuje centrální nervovou soustavu. Odstranění těchto složek z jídelníčku má vést ke zlepšení komunikace, inteligence a sociálních schopností. Research Autism ji nedoporučuje z důvodu nepodložených důkazů o účinnosti, a také z důvodu ekonomické náročnosti a omezeného



výběru stravy, kterou pak jedinec může jíst (Research Autism, 2015). Oproti tomu Strunecká (2009) uvádí, že dle výzkumu pomohla GFCF dieta u dvou třetin dotazovaných osob.

**Bezkrasinkovou dietu** doporučují lidé, kteří se domnívají, že autismus způsobuje kvasinka zvaná *Candida albicans*. Může údajně způsobovat zdravotní problémy u autistů a zapříčinit problémy v chování. Pro řešení těchto problémů volí bezkrasinkovou dietu a léčbu, která odstraní kvasinky, které jsou v těle osoby přítomny. To má vyřešit problémy s chováním a zdravím, ale nejsou pro tuto oblast známy vědecké výzkumy, které to mohou potvrdit či vyvrátit (tamtéž).

Dieta založená na konzumaci jen **jednoduchých sacharidů** spočívá v konzumaci stravy, která obsahuje jednoduché sacharidy, které se nachází například v banánech nebo dýni. Konzumace rýže nebo brambor je vyloučena, obsahují sacharidy složené. Vhodně se dieta doplňuje konzumací domácích jogurtů, které pomáhají obnovit kvasinkovou a bakteriální mikroflóru užitečnou pro naše tělo. Celá dieta je postavena tak, aby střeva fungovala, jak mají a došlo tak ke zlepšení chování, komunikačních a kognitivních schopností jedince. Research Autism nyní přezkoumává studie, které se zabývají účinností této diety na osoby s PAS, nelze ji tedy nyní doporučit (tamtéž).

## 2.12 Eklektický přístup

Za nejvhodnější a efektivní se dle různých odborníků jeví eklektický přístup. Jinými slovy také celostní či integrační přístup. Jde o výběr a propojování prvků z různých přístupů dohromady tak, aby se osobě s autismem dle jejích individuálních potřeb a možností rodiny poskytla co nejefektivnější a nejvhodnější intervence (Nováková, 2013; Thorová, 2006).

Dle výzkumů, které publikovala v roce 2010 Říhová a kolektiv, vyplývá, že odborníci kombinování programů v praxi často neprovádí. Eklekticky pracuje pouze jeden specialista z 61 oslovených odborníků. Přitom je důležité zabývat se celou triádou obtíží osoby s PAS (Nováková, 2013).

### 3 SON-RISE PROGRAM

Krejčířová (in Nováková, 2013) zařazuje Son-Rise program pod přístupy, které jsou emočně-motivační. Hlavním cílem je podpora a motivace k sociálním kontaktům, užít si společné sdílení aktivit, zájmů a práce na emocích a vytváření vztahů k blízkým lidem. Program vznikl v USA jako domácí, individuálně upravený terapeuticko-vzdělávací přístup pro rodiny s dítětem, které je autistické, nebo jinak postižené. Je realizován rodiči a dobrovolníky, kteří jsou vyškoleni a vedeni zkušenými znalci této metody. Efektivními strategiemi jsou joining (připojení se k aktivitě dítěte), učení skrze interaktivní aktivity, užívání přirozené motivace dítěte s PAS, nadšení, energie a entuziazmus, nesoudící postoj a optimismus, práce jeden na jednoho v herně (až 40 hodin týdně). Cílem je též navázat vztah se svým dítětem a prohlubovat jej (Nováková, 2013).

Jedním z nejdůležitějších pilířů programu je přístup k dítěti a autismu. Son-Rise se snaží o to, aby si i rodiče z programu vzali něco pro sebe. Pokud dítě z osob cítí nátlak, nedůvěru, obavy, nejsou jeho výsledky a pokroky tak dobré, jako když jej rodiče přijmou takové, jaké je. Nikdo není samozřejmě dokonalý, ale je důležité, aby na sobě člověk pracoval. „*Techniky Son-Rise programu jsou sice skvělé, ale nejsou efektivní bez milujícího přístupu.*“ (Son-Rise Program Therapeut, 2008).

Ve Velké Británii se zkoumalo, proč si rodiče vybrali behaviorální intervenci či Son-Rise pro své dítě s PAS. Výzkumníci předpokládali, že ABA terapii si vybírají rodiče s direktivním stylem výchovy a Son-Rise ti méně direktivní, což se ale nepotvrdilo. Také v efektivitě intervence se neobjevily významné rozdíly mezi těmito dvěma intervencemi (Murphy, Beadle-Brown, Dorey, 2005 in Nováková, 2013). Oproti tomu Research Autism hodnotí ABA terapii pozitivně, účinně a Son-Rise program jako nepodložený (viz. tabulka 1).

Zatím nebyla provedena žádná longitudinální studie<sup>13</sup> efektivitě Son-Rise programu, ale klíčové principy čerpá z aktuální odborné literatury. Výzkumný tým z Northwestern University (USA) a University of Lancaster (UK) nedávno dokončil experimentální studii účinků intenzivního programu Son-Rise u dětí s autismem. Vinlandskou škálou měřili jazykovou úroveň dětí, které byly na úrovni cca 32 měsíců i méně a měly necelé 4 roky nebo 6,5 let. Výsledky ukázaly významné zlepšení v sociální komunikaci a prodloužení doby, během které ke komunikaci dochází, když je používán Son-Rise program. Naopak u dětí, které během sledovaného období nebyly v tomto programu, došlo k poklesu sociální komunikace. Výsledky jsou pozoruhodné, protože děti byly v intenzivním programu pouze

---

<sup>13</sup> dlouhodobý výzkum

týden. V dalším domácím dlouhodobém programu se schopnosti mohou dále vyvíjet. Komunikace a sociální interakce iniciovaná dítětem je velmi důležitá pro rozvoj učení a kognitivního růstu dítěte (Thompson, Sundin, J., Sundin, R. in Autism Treatment Center of America).

### 3.1 Vznik metody

Historii metody tvoří rodina Kaufmanových – Barry Neil a Samahria, kterým se narodil syn Raun, který byl diagnostikován jako nezvratně autistický. Již před diagnózou měli rodiče tušení, že syn není v pořádku. Neudržoval oční kontakt, nenatahoval ručičky k rodičům, nevyvíjela se řeč, točil talíře a nehrál si jako jiné děti. V 17 měsících lékaři odkládaly jakoukoli pomoc, protože je moc malý a říkali, že se s ním dá něco dělat až od 3 let. Co ale dělat do té doby? Kaufmanovi se rozhodli nevzdat se a pracovat s ním sami doma, i když je tak malý (Kaufman, 2004).

Domácí program vyvinutý pro Rauna probíhal v koupelně, kde Raun trávil většinu času, když byl vzhůru se svou matkou, otcem, později i svými sestrami a dobrovolníky. Když se nemohl on dostat do našeho světa, vstoupila Samahria do toho jeho tak, že začala činnosti podnikat s ním. Jeho rituály a stereotypy mu snad dávaly jistotu v jinak matoucím světě. Pro práci se Kaufmanovi rozhodli přijmout postoj, který říkal, že nebudou mít žádná očekávání, nebudou vynášet žádné soudy ani určovat žádné podmínky a budou spokojeni i s jeho ritualizovaným chováním (tamtéž).

Zformulovali tři body programu: 1. postoj přijetí a akceptace při práci s Raunem, 2. motivačně-terapeutická zkušenost, která mu ukáže krásy tohoto světa, 3. vzdělávání, které rozdělí a zjednoduší události a činnosti na jednoduché kroky. Postupně se Raun začal na rodiče více dívat, spolupracovat. Velkým krokem byla jeho předverbální komunikace, když začal brečet, aby si o něco řekl. Později začal říkat zjednodušená slova jako „vo“ pro označení vody, až nakonec začal mluvit v celých slovech a větách. Jeho prvotní zájem výhradně o předměty se pomalu měnil v zájem o lidskou společnost, když začal své „učitele“ tahat za ruku, aby s ním šli hrát nějakou hru. Když už zvládal podněty v koupelně, přesunul se program do jeho pokojíku – více přirozeného prostředí a s mnoha podněty kolem (tamtéž).

Tento postup nebyl rovnoměrný, byla období, kdy se vrátil ke svým rituálům, nespolečně pracoval a jakoby ztratil nabyté dovednosti. Po určité době, se to zlepšilo a uměl toho ještě více než před regresí – vyvíjel se ve skocích. Ve dvou letech se jeho IQ dostalo z 30 bodů do normy. Lékaři byli šokováni tím, co rodina dokázala. V pěti letech začal navštěvovat

mateřskou školu. Dál se vyvíjel jako každé jiné dítě, bez toho aniž by na něm byl znát jeho dřívější autismus (Kaufman, 2004; Son-Rise Program Terapeut, 2008).

O programu se začalo proslýchat, a tak Kaufmanovi přijímali další rodiny, s podobnými dětmi (nejen autismem, ale i vývojově zaostalé, s obrnou, afázií, epilepsií,...) a seznamovali je s jejich přístupem a programem. Naopak většina odborníků byla k programu skeptická, odmítala mu uvěřit. Rodiče jiných dětí měli problémy dostat kontakty na Kaufmanovy od Autism Society of America (společnost věřila, že imitování autistického chování je pro dítě škodlivé). Dokonce se šířila od odborníků fáma, že Raun je umístěn v zařízení, je stále autistický a rodina se rozpadla. V roce 1983 našli Kaufmanovi zařízení v horách v Massachusetts, kde založili The Option Institute and Fellowship (Institut a společenství volby). Začali tam pořádat různě dlouhé kurzy pro rodiče dětí s PAS i další osoby, které chtějí zlepšit svůj život (Kaufman, 2004).

### 3.2 Základní principy metody Son-Rise

**Joining** neboli připojení k rituálům dítěte (běhání, zírání do zdi, třepání rukama,...) pomáhá navázat oční kontakt a dostat se do „jejich světa“. Opakující se činnosti dítě baví a tak jako zdravé děti jsou podporovány ve svých zájmech, můžeme takto podporovat i děti s autismem v jejich zálibě. Pokud se k činnosti dítěte připojíme, může si uvědomit, že není samo a někdo má také rád to co ono (Son-Rise Program Terapeut, 2008).

**Motivace dítěte** je důležitá pro jeho učení. Snažíme se u něj vytvořit lásku k učení, motivací mu chceme ukázat, čím je činnost, kterou ho učíme užitečná. *„Např. jestliže po mě dítě chce, abych mu něco podala, a já vidím, že je dostatečně motivováno, řeknu mu „výborně, teď se na mě ale ještě podívej, abych si byla jistá, že mluvíš se mnou“. Tím pomáhám dítěti navázat lepší oční kontakt a zároveň demonstruji, že pokud se mi (nebo ostatním lidem) dítě podívá do očí, když o něco žádá, my všichni lépe pochopíme, co od nás chce. Dítě se tak učí, že pomocí tohoto způsobu chování, danou věc či činnost dostane mnohem rychleji. Jestliže se přesto dítě na mě nepodívá, za nějakou dobu mu věc stejně dám a pochválím ho alespoň za pokus.“* (Son-Rise Program Terapeut, 2008).

**Energie, entuziasmus, nadšení pro hru** ukazuje, že často není důležité, co děláme, ale hlavně jak to děláme. Pokud dítěti nadšeně představíme nějakou aktivitu, bude se o ni zajímat více, než kdyby z nás cítilo znužení (tamtéž).

**Učení skrze interaktivní hry** probíhá tehdy, pokud dítě jeví o učení zájem, jinak by to nebylo smysluplné. Zájem může projevit pohledem, doteky, tím že se směje legraci,...

Učení samozřejmě začíná od sociálního kontaktu, pohledu do očí, nějaké komunikace, až později se vede k sebeobsluze a akademickým znalostem (tamtéž).

**Optimismus a žádné předsudky** jsou dalším důležitým principem, které uvádí Son-Rise Program Therapeut (2008). Nikdy přesně nevíme, jaký je potenciál osoby, čeho může dosáhnout, a tak ji nebudeme předem soudit. Odborníci mohou vynášet diagnózy a prognózy a rodiče pak přijímají jejich stanoviska, a tak je jasné, že se dítě nevyvíjí, když nikdo nevěří, že by toho mohlo být schopné. Dítě lépe pracuje s lidmi, kteří v něj věří, neodsuzují a nelitují jej.

**Rodiče jako hlavní terapeuti** mohou svému dítěti pomoci nejvíce, díky své veliké motivaci. S dítětem tráví nejvíce času, sledují jej každý den, a tak ho také nejlépe znají. Rodiče potřebují konkrétní rady, ale také podpořit sebedůvěru, protože oni rozhodují za svého potomka, nikoli lékaři (tamtéž).

**Vytvoření herny**, tedy klidného a bezpečného prostředí pro dítě je důležité pro jeho soustředění. Rodina si ve svém domě vyhradí jednu místnost, která bude sloužit pro práci na Son-Rise programu. Mělo by tam být málo rušivých podnětů, aby se dítě zaměřovalo na osobu, která tam s ním pracuje. Herna dává dítěti čas poznat své nejbližší okolí, pak je schopno lépe reagovat i na svět venku (tamtéž).

Kaufman (2004) uvádí ještě postoj **přijetí a akceptace**. Může se prolínat s výše uvedenými principy. Rodič by měl přijímat a akceptovat dítě takové, jaké je a mít jej rád i když bude stále autistické. Měl by brát jeho postoje, chování, žádosti, pokroky. **Motivačně-terapeutická zkušenost** znamená ukázat dítěti, co krásného a zajímavého ho čeká v našem světě. Proto se člověk musí stát velkým bavičem a milovat jej. Třetí bod je **zjednodušení činností**, rozstrukturování na co nejmenší kroky, které učiní věci srozumitelnými.

Kromě toho Kaufman (2004, s. 275) uvádí další čtyři náhledy, které uplatňovali při práci s Raunem a nyní k nim vedou další osoby, se kterými pracují. „**Speciální dítě je vzácný dar pro jakoukoli rodinu**“ a tím jak jsou jiní, dávají možnost dostat se k vlastnímu nejvíce milujícímu místu uvnitř nás samých. „**Rodiče jsou pro své děti nejhodnotnějším zdrojem.**“ Lékaři, pedagogové a psychologové nemusí nařizovat rodičům směr práce s dítětem. Rodiče se mohou naučit pracovat s určitým programem a důvěřovat svým schopnostem. „**Děti se stávají nejlepšími učiteli**“, protože nám svými aktivitami ukazují, jak jim můžeme pomoci. Rodiče by měli respektovat jejich volby a potřeby. Posledním a stručným je náhled: „**šťěstí je postoj, ne událost!**“

Autism Treatment Center of America (2016) na webu uvádí další principy, ze kterých uvedu ty, které v předchozích odstavcích zmíněny nebyly, nebo jen částečně: **Potenciál dítěte**

**je neomezený.** Nelze sice předpovědět, čeho dítě dosáhne nebo nedosáhne, pokud tak někdo učiní, rodiče mu nemusí věřit. Stejně tak by se rodiče neměli omlouvat za to, že oni ve své dítě věří.

**Autismus není poruchou chování.** Je to porucha interakce, kdy mají děti neurologické obtíže, které jim brání připojit se k lidem okolo. Proto Son-Rise program pracuje s nadšením, dynamikou a hrou a zaměřuje se na socializaci a vzájemné porozumění. Nejdůležitější je, že si dítě užívá přítomnost svých blízkých (tamtéž).

**Ve správném prostředí se dítě může vyvíjet.** Osoby s autismem jsou často silně stimulovány i věcmi, které my si neuvědomujeme. Herna jim nabízí prostředí, kde se mohou více soustředit na učení (tamtéž).

**Práce rodičů i odborníků je neefektivnější, když se s dítětem cítí dobře, jsou optimističtí a cítí naději, co se týká budoucnosti dítěte.** Program pomáhá rodičům soustředit se na jejich postoj, budovat optimismus a naději, vidět potenciál dítěte (tamtéž).

**Son-Rise program lze kombinovat s jinými terapiemi,** jako je biomedicínská intervence, smyslová integrační terapie, diety (GFCF dieta), sluchová terapie a další. Program je přizpůsoben individuálně každému jedinci. U osob s různými kombinacemi obtíží se ukázalo, že pokud jsou další metody užity spolu se Son-Rise programem, byla intervence účinnější, než pokud by byly užity jednotlivě. Naopak přístupy, které jsou v rozporu se Son-Rise programem mohou efektivitu programu snížit a dítě mást (např. behaviorální metody (Autism Treatment Center of America, 2016).

### **3.3 Son-Rise program v zahraničí**

Jaké jsou principy programu, jak tedy pracovat s dítětem jsem hojně popsala v předešlých dvou kapitolách. Je jedno, z jakého koutu planety rodina pochází, domácí program postavený na základních principech může začít provádět kdekoli s pomocí dobrovolníků ze svého okolí. Tady popíši programy, které rozšiřují možnosti rodičů a dalších zájemců, kteří chtějí Son-Rise program provozovat.

#### **Vzdělání pro odborníky**

Pro odborníky jediné certifikované programy technik a metod Son-Rise nabízí The Autism Treatment Center of America (2016). Personál v Autism Treatment Center of America prochází komplexními vzdělávacími osnovami o autismu (3 roky pro učitele programu Son-Rise a 1 rok pro Son-Rise program dětského facilitátora), které zahrnují práci s dětmi různého věku a postižení, vyučování, skupinovou výuku, školení, sledování a zpětnou

vazbu od Son-Rise učitelů. Vedoucí pracovníci mají pěti až desetileté zkušenosti se stovkami rodin a dětí ročně. Dalším vzděláním pracovníků je často psychologie, speciální pedagogika, pedagogika, fyzioterapie či sociologie.

### **Kurzy pro rodiny**

Autism Treatment Center of America (2016) nabízí na webu: Son-Rise Program Start-Up (3500 zúčastněných), Son-Rise Program Maximum Impact (1200 zúčastněných), The Son-Rise Program New Frontiers, Son-Rise Program UK Essentials, The Son-Rise Program Intensive: Advanced Training Program (1000 zúčastněných) a další aktivity.

**Start-Up** (Nastartování) je pětidenní program pro rodiče, příbuzné a profesionály, kteří se učí, jak pracovat s dětmi (od 18 měsíců do 60 let) s autismem. Získávají nejdůležitější informace pro to, aby mohli doma začít pracovat na programu. Obětaví učitelé prezentují své zkušenosti, předávají strategie práce, dovednosti a motivují účastníky. Důležitá jsou i dynamická skupinová cvičení, které pomáhají odhalovat klíčové úkoly při práci s dětmi. Součástí je i audio/video školení a prezentace, která vysvětluje matoucí chování dětí. Řeší se kritické situace a obavy. V neposlední řadě je kurz příležitostí pro získání kontaktů na další rodiče či jiné osoby s podobným osudem, řešící stejné obtíže. Hlavní témata programu jsou: pomoc při napojení se na dítě, motivace a výuka dítěte, řeč a vývoj jazyka, schopnost vést domácí program, vytvoření vhodného prostředí pro výuku, práce s náročným chováním, těžit z každodenní příležitosti k učení, vzdělávání k postoji a jeho posilování (tamtéž).

**Maximum Impact** (Maximální dopad) je týdenní program, který má zdokonalit již nabyté schopnosti z programu Start-Up a obnovit nadšení. Jsou nabízena nová řešení a inspirace, která domácí program pozvednou na vyšší úroveň. Individuální sezení nabízí velký prostor pro otázky. Nejen že je určen pro absolventy Start-Up, ti s sebou ale mohou vzít na tento kurz i své rodinné příslušníky nebo třeba dobrovolníky, kteří jim pomáhají. Během týdne se účastníci setkají s Barsem a Samahrií Kaufmanovými. Pracuje se na tom, jak vhodně vést další účastníky domácího programu v rodině. Program účastníky učí: dodržovat závazek k programu, být silným trenérem, vytvořit jasný směr budoucích úspěchů dítěte, udržovat nadšení, vzrušení a energii na výborné úrovni a další dovednosti (tamtéž).

**New Frontiers** (Nové hranice/cíle) je program, který učí vytvářet jasné cíle a učí jak podporovat dítě k pokrokům. Obecně je zaměřen na rozvoj učebních programů a sociální výchovu. Jako předchozí, je určen absolventům Start-Up, kteří s sebou mohou vzít další blízké osoby. Cílem je posoudit sociální úroveň dítěte a dle toho navrhnout cíle tak, aby se dovednosti, postoj dítěte k rodičům i celý program hýbal kupředu. V průběhu se člověk učí

kromě výše zmíněného být tvořivý, navrhovat hry pro dítě, dávat týmu v domácím programu zpětnou vazbu (Autism Treatment Center of America, 2016).

**UK Essentials** (Velká Británie - Základy) je první částí programu, který běží v Londýně. Druhou částí je Son-Rise Program **Next Steps**. Dohromady tyto části dávají účastníkům znalosti, které jsou stejné jako ty, které by získali na Start-Up v Massachusetts. Část první se zaměřuje na vybudování herny, 3E (energy, excitement, enthusiasm), na to jak se k dítěti připojit, jak oslavit jeho úspěchy a jak na něj reagovat. Druhá část se zaměřuje na vybudování interakce s dítětem, na to jak se stát efektivním a kreativním učitelem, na rozvoj sociálních dovedností dítěte. Programu se mohou účastnit rodiče, další pečující osoby nebo jiní zájemci. Rodiče získají základní informace k tomu, aby mohli doma program rozběhnout, učí se vytvořit si interaktivní vztah s dítětem, učí se techniky pro budování očního kontaktu a udržování pozornosti, dostávají nástroje ke zvládnutí výzev (učení dítěte chodit na nočník, jak zvládat záchvaty pláče a vzteku), učí se jak dítě k interakci motivovat, a nakonec se učí, jak poznat pokroky dítěte (tamtéž).

**Advanced Training Program** je zaměřen na efektivní práci s dětmi a rodiči během jednoho 5denního kurzu. Dětská facilitátoři pracují na interakci s dítětem až 8 hodin denně a mezi tím rodiče pracují se Son-Rise učiteli na konkrétních dovednostech, nástrojích a technikách pro zlepšení domácího programu. Podmínkou je ale dokončení Start-Up programu. Výhodou pro dítě je: práce s vyškoleným personálem, pět dní intenzivní práce jeden na jednoho, vývoj komunikačních dovedností, pozitivní atmosféra a ocenění dítěte, pracovníci v dítě věří, zaměření práce na oční kontakt a rozvoj řeči. Pro rodiče je kladem: možnost sledovat pracovníky při práci s jejich dítětem, práce s dítětem na herních dovednostech, možnost mluvit o fungování rodiny a problémech, uvolněné přátelské prostředí, video práce personálu s dítětem, které rodiče mohou použít pro školení dalších osob v domácím programu. Přídavnými komponentami programu jsou: týmová setkání, kde se sdílí zkušenosti z práce s dítětem a hledá se další směr práce; zpětná vazba, kterou dávají na základě pozorování rodičů s dítětem odborníci rodičům; proces volby, který pomáhá překonat stres a udržovat postoj nadšení a akceptace (Autism Treatment Center of America, 2016).

Jako další návazné služby nabízí Autism Treatment Center of America (2016) telefonické konzultace; zpětnovazební konzultace videa, kde se pracovník dívá na práci rodičů s dítětem a dává jim zpětnou vazbu; poskytování zpětné vazby odborníkem, který rodinu přímo navštíví (tamtéž).



### 3.4 Son-Rise v České republice

Tak jako lidé z Británie, USA a dalších zemí, mohou i české rodiny využít nabídky výše uvedených programů a pracovat pak na svém domácím programu, podle principů shrnutých v kapitole 3.2 nebo se inspirovat popisem práce Kaufmanových se synem Raunem v kapitole 3.1.

I v České republice se většina odborníků orientuje na behaviorální postupy při práci s osobami s PAS. Důkazem je současná literatura o této problematice. Son-Rise u nás není ještě úplně jasným pojmem a není plně přijímán odbornou ani laickou veřejností. Thorová (2006) píše, že principy Son-Rise jsou přínosné v každé terapii, ale není jisté, že ony samy vedou ke zlepšení příznaků PAS. Program může být spíše inspirací pro hru s dítětem. Son-Rise není podle ní „*není schopen prokázat svou efektivitu, a proto není odbornou veřejností přijímán.*“ Slibuje rodičům uzdravení dětí, a tak je velmi populární (Thorová, 2006, s. 399). Kaufman (2004) ale v knize přímo píše, že nelze zaručit uzdravení nebo změnu.

Na začátku roku 2004 se první 3 rodiny z Česka a Slovenska vydaly na úvodní kurz Son-Rise do Londýna a pak začaly provozovat své domácí programy. V České republice je vyškolenou terapeutkou programu Son-Rise Linda Cecavová, na kterou se mohou čeští rodiče autistických dětí a další lidé obracet se svými dotazy (Mokráň, překladatel Son-Rise: zázrak pokračuje, 2004).

Na svém webu (Son-Rise Program Terapeut, 2008) Linda Cecavová poskytuje informace rodičům, kteří chtějí s programem začít.: Ti, kteří se tomu chtějí věnovat na sto procent, musí nejdříve absolvovat zahraniční Start-Up kurz. Program není u nás ani ve většině jiných zemí placen ze zdravotního pojištění nebo státem<sup>14</sup>. Na finanční podporu rodiče dosáhnou nejspíše v Anglii a Švédsku, ale ani tam to není samozřejmostí a je to náročný, dlouhý proces. Pokud není finanční situace rodiny ideální, obrací se na sponzory a snaží se obstarat peníze fundraisingem. V Londýně kurz stojí přibližně 2500 amerických dolarů bez ubytování a stravy, v Americe 2200 dolarů i s ubytováním a stravou v Autism Treatment Center of America. Tlumočnick stojí 1000 dolarů, přičemž se částka dělí mezi účastníky z Česka a Slovenska. Organizace je nezisková, funguje napůl z těchto plateb a financí sponzorů. Sponzoři mohou přispívat chudším rodinám na program Start-Up, je tedy možné obdržet až 50% slevu.

Na program se musí rodina telefonicky zaregistrovat a uhradit zálohu cca 50 dolarů. Po telefonu si rodiče smluví 20minutový hovor zdarma, kdy je možné se ptát na informace

---

<sup>14</sup> V knize Son-Rise: zázrak pokračuje, uvádí Kaufman příběh rodiny, které se podařilo pro své dítě získat od státu finanční podporu, když s ním pracovali na Son-Rise programu.

ohledně Son-Rise programu obecně nebo na cokoli o Start-Up. Po telefonu lze vyplnit s pracovníkem slevový dotazník a později se ozve člověk zpět s rozhodnutím o případném nároku na slevu. Dle toho je možné se rozhodnout, zda se chce rodina zúčastnit. Registrace se dá zrušit do 30 dnů před začátkem kurzu a peníze ze zálohy jsou vráceny (tamtéž).

Kromě již zmíněných dovedností se rodiče naučí na kurzu jak zvládat domácnost, sourozence, vyčerpání a únavu, jak bez nátlaku učit dítě lásce, jak si vyškolit dobrovolníky, jak pracovat s nespavostí dítěte, jaké další terapie je možné současně použít, jak pracovat s autoagresí, jak se dítě dívá na náš svět a jak my můžeme pochopit ten jeho. Kurz se snaží účastníky vtáhnout do dění – diskuse, názorné ukázky, videa, praktická cvičení, prostor pro konkrétní dotazy. Pomáhá překonat trauma, stres či beznaděj rodičů a otevřít se novým možnostem (tamtéž).

V České republice a na Slovensku se lze setkat s rodinami, které praktikují Son-Rise program v těchto městech: Praha, Brno a jeho okolí, Olomouc, Bratislava, Trnava a Martin. V Olomouci funguje občanské sdružení JAN – Jdeme autistům naproti, které založili rodiče dívky s autismem, kteří Son-Rise praktikují (Son-Rise Program Therapeut, 2008). Ze školních institucí je to kupříkladu Mateřská škola se speciálními třídami DUHA v Praze 5, která pracuje se Son-Rise programem ve třídě určené dětem s PAS (MŠ DUHA).

### **Son-Rise a vysoce funkční autismus**

Ne všude je zmíněno, že program je vhodný i pro práci s vysoko funkčními autisty. Toto jsou osoby, které jsou spíše sociálně naivní, pasivnější, ale schopné spolupracovat, problémy v chování u nich nejsou výrazné, intelekt je v normě nebo i vyšší, uvědomují si svou jinakost a snaží se pracovat na svých sociálních schopnostech (Thorová, 2006).

Vysoce funkční autismus nemusí být hned diagnostikován, a tak se s dětmi začíná pracovat až později. V jejich případě místo herny užíváme pojem pracovní a program nemusí být striktně vázán na jednu místnost. Může se pracovat venku i ve skupině s dalšími lidmi. Postupy práce jsou samozřejmě vybírány s ohledem na věk osoby s PAS. Mají často obtíže udržovat oční kontakt, a přestože mluvit umí, nepovídají si rádi s ostatními lidmi. A právě tyto oblasti lze rozvíjet pomocí Son-Rise programu. Principy práce zůstávají stále stejné, ovšem joiningu se někteří rodiče vyhýbají, ale i tady je důležité se připojit k aktivitě osoby a dát jí najevo, že se o ni zajímáme, že jsme s ní rádi. Stále se snažíme pracovat s motivací, být optimističtí, pracovat s člověkem když zrovna chce být s námi v kontaktu a dodržujeme nastavené hranice (Son-Rise Program Therapeut, 2008).

### **3.5 Klady, záporny a dopad Son-Rise programu na rodinu**

V úvodu je nutné říci, že na otázku, zda Son-Rise program zaručí vyléčení autismu, musíme jednoznačně odpovědět NE. Metoda není jistotou pokroku nebo plného uzdravení dítěte s autismem. Fáma o 100% účinnosti vznikla patrně špatnou informovaností odborníků i laiků. Son-Rise mluví pouze o tom, že několik desítek osob, které měly odborníky diagnostikován autismus, ztratily všechny jeho symptomy po tom, co se s nimi intenzivně v programu pracovalo. Nikdy nelze přesně říct, jaké jsou hranice každého z nás, a proto se k dětem při práci na Son-Rise programu přistupuje s vědomím, že pokrok není zaručen, ale přesto je možný (Cecavová, 2013).

Podle Kaufmana (2004) není nikdo schopen zaručit druhému, jestli se člověk, kterého milujeme, uzdraví či změní. Ale přijetí tohoto člověka s respektem a štěstím bude darem pro obě strany.

#### **Benefity a klady Son-Rise programu**

Srbková (2009 in Nováková, 2013) popisuje výzkum, který proběhl v České republice, kterého se účastnili rodiče pracující se Son-Rise metodami. Jako pozitivum vidí optimistický postoj, práci na sociálních dovednostech a vztazích, poskytnuté rady a postupy, individuální přístup, práci v herně a pomoc dobrovolníků.

Pozitivem je i skutečnost, že program je vytvořen rodiči pro rodiče, kteří mají podobnou zkušenost, a tak se při kurzu mohou rodiče dětí s PAS i děti samotné cítit uvolněně, dobře v prostředí, které je chápe. Mnoho rodičů oceňuje na přístupu jeho princip neuposuzování, přijímání každého takový, jaký je. Bezesporu jsou velkou pomocí i dobrovolníci, kteří rodině s domácím programem pomáhají. Nejen že se tak práce v herně rozdělí mezi více lidí a každý má tak i čas na další věci, ale rodina získává nové přátele – není izolovaná od společnosti. Zároveň dítě poznává a učí se pracovat s jinými lidmi – jinými osobnostmi, než jsou rodiče, sourozenci, případně další příbuzní. Pokud rodina obdrží diagnózu nebo má sama podezření na autismus již v raném věku, je Son-Rise vhodnou volbou pro práci i s tak malými dětmi. Pomocí přiměřených her a aktivit se dá pracovat s dítětem téměř jakéhokoli věku (tamtéž).

#### **Obtíže a záporny Son-Rise programu**

Energie a čas, který musí rodina do programu vložit je obrovská. Pracovat s dítětem od pár hodin denně až po celou dobu, kdy je vzhůru, všechny pečující značně vysiluje. Také začlenit program do původního života nemusí být snadné. Při nedostatku dobrovolníků, se

musí většinou jeden rodič vzdát plně nebo částečně svého zaměstnání, aby mohl pracovat v domácím programu. Nehledě na to, že je třeba udělat si čas na aktivity i s ostatními dětmi, aby si nepřipadaly ostrčené. Výrazným problémem může být finanční nákladnost, kterou jsem nastínila u začátečního programu Start-Up, který tedy v přepočtu vyjde cca na 60 000 Kč a to nejsou započteny výdaje na dopravu, ubytování, stravu a překladatele. S tím souvisí i cesta, kterou rodiče musí podniknout do Londýna či USA, aby se zaškolili. Což není zadarmo, je nutné vzít si volno v zaměstnání a zajistit hlídání dětí na dobu nepřítomnosti (Kaufman, 2004; Srbková, 2009 in Nováková, 2013). Pokud by se chtěli rodiče alespoň osobně sejit v České republice s Lindou Cecavovou, nebude to lehké – na webu Son-Rise Program Therapeut (2011) uvádí, že z důvodu kapacity nové klienty na terapeutické návštěvy nepřijímá. Její konzultace po telefonu stojí 450 Kč/hod.

Kromě výše uvedeného, má Thorová (2006) ještě tyto výhrady: slova jako bezpodmínečné přijetí dítěte nebo úplná akceptace dítěte mohou u rodičů způsobit pocity viny a dostat je do depresí a výčitek; a čas věnovaný této metodě, lze využít pro práci s dítětem efektivněji.

### **Dopady Son-Rise programu na rodinu**

Existují výzkumy, které dokazují, že rodiče dítěte s PAS jsou vystaveni většímu stresu než rodiče dětí s mentálním postižením či nevyлéčitelnou nemocí (Koegel, 1992 in Thorová, 2006). Matky autistických dětí mají větší sklon k depresi, úzkosti a somatickým obtížím, než matky dětí zdravých nebo mentálně postižených (Weiss, 2002 in Thorová, 2006). Lze jen doufat, že se přístupy odborníků zlepšily, stejně jako možnosti rodičů (Thorová, 2006).

Jaký dopad na rodinný systém bude mít praktikování Son-Rise programu, závisí na jejich angažovanosti do něj, na tom jaká mají od programu očekávání a na mnoha dalších věcech. Pozitivní dopad může mít metoda v případě, když budou rodiče pracovat na svém postoji k dítěti, který by měl být založen na lásce a přijetí. Pokud jej takto budou akceptovat a nebudou spoléhat na Son-Rise jako zázračnou metodu, která jejich potomka určitě vyléčí, mohou se těšit z jeho pokroků a svého osobního růstu. Plné přijetí programu, jak jsem již popsala výše, s sebou přináší změny v tom, kdo bude dále živatelem rodiny, kdo bude s dítětem pracovat, kde se pro něj vyčlení herna, kdy bude čas na aktivity s jeho sourozenci a podobně. Také přizvání dobrovolníků do programu je velkým krokem – rodina si do svého soukromí pouští cizí osoby, které si musí zaškolit, musí si začít vzájemně důvěřovat a spolupracovat jako tým. Dobrovolníci jsou jim nakonec velkou pomocí, oporou a přáteli; přináší prostor pro odpočinek a načerpání nové energie. Finanční příjem rodiny se může

omezit ze dvou platů na jeden a část bude investována do školení v zahraničí. Rodiče se mohou potýkat také s rozličnými názory svého okolí (příbuzných i lékařů), které nemá dostatek relevantních informací o metodě Son-Rise. V nejlepším možném případě mohou pomoci svému dítěti, stát se zdravým člověkem. V opačném případě získají při práci na sobě pozitivní smýšlení, neodsuzující postoj a naučí se milovat a přijímat své blízké (a další osoby) bez ohledu na to, jací jsou (Autism Treatment Center of America, 2016; Kaufman, 2004; Nováková, 2013; Son-Rise Program Therapeut).

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 4 POHLED VYBRANÉ RODINY NA SON-RISE PROGRAM A POZOROVÁNÍ JEJICH DÍTĚTE V HERNĚ

#### 4.1 Úvod do praktické části a vymezení cíle

Thorová (2012) uvádí, že v poslední dekádě vzrostl počet osob s PAS, což je pravděpodobně způsobeno lepšími diagnostickými nástroji a rozšířením kritérií pro stanovení diagnózy. V populaci je asi 1 % osob s PAS. Každoročně se v České republice narodí 100 000 dětí, z nich 1000 má později diagnostikovanou poruchu autistického spektra. Celkem u nás tedy žije cca 100 000 lidí s PAS, ne všichni mají ale správnou diagnózu.

Obecné podmínky pro péči o osoby s PAS v České republice jsou takové, že: se na PAS specializuje málo pracovišť a objednací doby jsou proto dlouhé, lékaři provádějící komplexní diagnostiku nemají tolik zkušeností s osobami s PAS, raná péče pro tuto klientelu je nedostatečná, školy nejsou ochotny děti přijímat na celou dobu vyučování, pro přípravu na zaměstnání nejsou vypracovány koncepce, možnost bydlení pro dospělé osoby s PAS je nedostatečně pokryta, ... (Thorová, 2006).

Jaké metody práce s dítětem zvolí rodiče po obdržení diagnózy, závisí na jejich volbě a na tom, s jakými odborníky budou v kontaktu. V úvodu kapitoly 2 je uveden výzkum, který poukazuje na časté užívání TEACCH programu. Obecně se odborníci nejvíce kloní k behaviorálním metodám, o jiných se raději ani nezmiňují, jelikož nejsou dostatečně podložené (jako například Son-Rise (APLA Jižní Čechy, 2016).

**Cílem praktické části** mé práce je tedy poskytnout čtenáři informace od rodičů, kteří nejdou mainstreamovým proudem a rozhodli se vyzkoušet mimo jiné Son-Rise program. Z otázek jim položeným se pak pokusím vyvodit klady a zápory přístupu a doplním i své pozorování a názor na tuto kontroverzně nahlíženou metodu. Pak si čtenář může utvořit svůj pohled, podle informací z teoretických kapitol a praktického šetření.

#### 4.2 Základní informace o rodině, která je objektem šetření

Aby si čtenář, mohl vše spojit do souvislostí, podám zde krátké vylíčení informací o rodině a narození Marie, které mohou mít souvislost s autismem. Matka žila jako mladá v oblasti s velkým výskytem uranu a radonu. Během těhotenství byla stresována dokončováním vysoké školy. Porod (v roce 1999) byl přerušen a opětovně vyvolán oxytocinem. Marie měla po narození do 6. měsíce novorozeneckou žloutenku; ve 12 měsících

klíště a dále zažívací obtíže (vyskytují se v rodině). Po očkování po 1. roce života začala obracet oči vzhůru. Provedly se testy na epilepsii a tumor hypofýzy, které byly negativní. Do té doby byl vývoj běžný – ve 3 měsících se otáčela, v 7 měsících seděla. Chůze v 15. měsíci, v řeči používala 10 slov, oblékala se a jedla s dopomocí. Ve 4 letech byla stanovena diagnóza autismus (dostupné z: <http://www.maruskaj.estranky.cz/clanky/narozeni-a-zacatky/maruska--narozeni-a-zacatky.html>, 2008). Otec, dříve pracující jako číšník, zanechal svého zaměstnání a stará se doma o Marii. Matka je vytižena prací ve sdružení JAN Olomouc<sup>15</sup>. Na pomoc dochází za Marií během týdne do prostor sdružení několik asistentů. Nyní má Marie již dokončenou povinnou školní docházku a program dne jí zajišťují rodiče spolu s asistenty. Doplnující informace o Son-Rise budou popsány na základě dotazníku níže.

### 4.3 Metody sběru dat

#### Dotazník

Jako první praktickou část jsem zvolila dotazníkové šetření. Podle Gavory (2000 in Chráska, 2007, s. 163) je dotazník „*způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí*.“ Dotazník jsem předala osobně rodičům, kteří již několik let pracují v Olomouci s metodou Son-Rise. Položky jsou obsahové, tedy takové, kdy se důraz kladen právě na obsah odpovědí. Otázky jsou pouze otevřené (odpovědi jsou volné, ve větách či bodech, libovolně dlouhé), zaměřené na zjištění faktů a názorů. Úvod dotazníku obsahuje vysvětlení účelu tohoto šetření a poděkování za spolupráci. Následují pokyny k vyplnění. Samotné otázky jsou formulovány jasně a srozumitelně. Abych nezahltala dotazované nadbytkem položek, zařazeny jsou pouze nezbytné dotazy, které se vážou k tématu práce.<sup>16</sup>

Společně s dotazníkem byl předán i souhlas se zpracováním údajů a použitím jmen v práci. Souhlas i dotazník je uveden v příloze první. Rodiče s uvedením jmen a zpracováním souhlasí.

#### Pozorování

Druhou část praktického oddílu práce tvoří mé vlastní pozorování práce s Marií v herně. Chráska (2007, s. 151) uvádí, že „*pozorování je nejstarší a nejrozšířenější metodou získávání dat o pedagogické realitě*“. Průcha, Waltrová, Mareš (2001 in Chráska, 2007, s. 151) definují pozorování jako „*sledování smyslově vnímatelných jevů, zejména chování osob,*

---

<sup>15</sup> Vzniklo v roce 2003 díky rodičům dětí s PAS, tehdy pod názvem VSOBĚ. Od roku 2006 má již nynější formu: Jdeme autistům naproti - Olomouc, o.s. ([http://www.jan-olomouc.cz/historie-jan-olomouc-o\\_s\\_](http://www.jan-olomouc.cz/historie-jan-olomouc-o_s_)).

<sup>16</sup> Vycházím ze Svobody, 2012.

*průběhu dějů a jiných*“. Mé pozorování je přímé (provádím jej osobně, je subjektivní), zúčastněné (přímo se účastním práce v herně), skryté (pozorovaná osoba si není vědoma toho, že je pozorována), nestrukturované (volné), dlouhodobé a nestandardizované (nedržím se žádných standardů).<sup>17</sup>

Pozorování probíhalo cca každý týden (mimo dnů volna, prázdnin, nemocí apod.), jeden den po dobu cca 2 hodin vkuse. Nejčastěji v herně, popřípadě venku nebo jiném prostředí (restaurace, sportoviště, čajovna,...). Zápis pozorování byl prováděn těsně po skončení práce. Zaměřila jsem se na několik kategorií, ve kterých, když došlo k pokroku či nějaké změně, zaznamenala jsem tuto událost. Sledovala jsem zvládání příjmu jídla a pití, motorické schopnosti (odemykání dveří, malování, házení míčem), řeč a komunikaci, reakce na hudbu a zpěv, náladu, aktivitu a únavu, stereotypní chování (mávání věcmi, běhání z rohu do rohu místnosti) a další chování. Pozorování probíhalo již od listopadu 2015, kdy jsem začala jako asistentka do herny docházet. Záznamy jsem si (nejdříve jen pro zajímavost, osobní potřebu) začal vést až v dubnu 2015 a to již zachycuje tabulka v příloze 2.

## **4.4 Zpracování získaných dat**

### **4.4.1 Dotazníkové šetření**

Dotazníky jsem získala zpět řádně vyplněné od obou rodičů ve všech třinácti bodech. Rodiče souhlasí se zpracováním dat a jména si v textu měnit nepřejí. Dále již podávám shrnutí odpovědí z dotazníků:

#### **1. Kde jste se o Son-Rise programu dozvěděl/a?**

Rodiče se o Son-Rise dozvěděli v roce 2003 z televizního pořadu o autismu, kde o něm mluvila certifikovaná terapeutka Linda Cecavová. V reakci na to ji kontaktovali přes e-mail a ona přijela k nim domů, kde pracovala s dcerou Marií. Rodičům Markétě a Ivanovi se líbil její přístup a jak se jí dcera „otevřela“.

#### **2. Čím Vás Son-Rise program oslovil?**

Markéta píše, že ji program oslovil tím, jak je nastavený směrem k dítěti – netlačí na něj, jedná se o zábavu, při které se dítě mimochodem učí, a tak není toto učení spojené se stresem. V programu je úcta a přijetí a pracuje s dítětem, ale i rodiči. Ivan píše, že je zaujalo také to, že program sestavili rodiče autistického chlapce, Kaufmanovi, kteří otevřeli centrum, kde školí rodiče. Přístup jej zaujal též svou otevřeností a tolerantností, tím že má člověk přehled o tom,

---

<sup>17</sup> Vycházím ze Svobody, 2012.



jak se s dítětem pracuje a jak ono se cítí. „*Líbilo se mě že se na dítě netlačí a že jej necháváme se projevit.*“

### **3. Kde a kdy jste absolvoval/a kurz Son-Rise programu?**

Markéta kurz Son-Rise neabsolvovala, několikrát se doma mohla učit od Lindy Cecavové a Caroline Caizer z USA, které je doma několikrát navštívily. Ivan absolvoval týdenní Start-up v Londýně v roce 2005, kam jel s překladatelkou. Školitelkou byla Brynn, sestra Rauna Kaufmana, se svým manželem. V roce 2011 absolvoval 2denní workshop v Brně s Kaiser La Grant, které pak přijela i k nim domů, kde pracovala s Marií a radila rodičům. O rok později absolvoval Ivan kurz v Katovicích s Raunem Kaufmanem (opět s tlumočnicí).

### **4. Co jste si z kurzu odnesl/a?**

Markéta popisuje, co si odnesla z kurzu s Caroline Caizer: „*Přínosem byla práce na přístupu k sobě i k dítěti – postoj k jinakosti. Učit se nesoudit, přijímat dítě takové, jaké je.*“ Ivan si odnesl poznatky jak pracovat s lidmi s autismem a jak se sebou (jak zvládat své pocity, situace, více se „sladil“ s Marií a naučil se k ní připojit i beze slov). Po kurzu se seznámil s dalšími rodiči a pomohly mu i informace z webu robin.mokranovci.net a kniha Barry Neil Kaufmana Son-Rise: zázrak pokračuje.

### **5. Jak nyní Son-Rise praktikujete?**

V současné době používají přístup k lidem, který je pro Son-Rise zásadní a prvky programu: napojení se na dceru, hra, radost, entuziasmus, práce s radostí, rozvíjení emocí. Ivan dodává, že pracují i nadále s více asistenty, i když už ne tak intenzivně. Občas se setkávají s rodinami, které praktikují Son-Rise na brněnské přehradě.

### **6. Pracujete i s jinými přístupy – jakými?**

Markéta píše, že se seznámila i s jinými přístupy a kombinují je. Používají Handle přístup a využívají některé znaky z Baby znakování. Ivan k tomu dodává, že Handle je o tom, uvědomit si více naše tělo a jak reaguje na stres. (V ČR jej praktikují manželé Baptie.) 2 roky jezdili s Marií na hippoterapii do Topolan. 3 roky za ní chodil canisterapeutický pes Barbucha, stříbrný retrívr. Chodí s Marií hodně plavat, ven na vycházky, na koncerty. Marie má ráda hudbu – chodili za ní muzikoterapeuti, dále ráda plave a navštěvuje snoezelen. Ivan má v plánu se zúčastnit v květnu 2denního kurzu v Praze, který propojuje prvky Son-Rise a ABA.

## **7. S jakými přístupy jste pracoval/a před absolvováním kurzu?**

Markéta nezmiňuje žádné konkrétní přístupy, které by užívali před Star-Up kurzem. Používali spíše „*selský rozum, cit*“ a jak je výše uvedeno – canisterapii, muzikoterapii, jízdu na koni. K tomu Ivan dodává, že před kurzem chodili chvíli do mateřské školy, kde se praktikoval TEACCH program, ale Marii se to nelíbilo, uzavřela se, byla tím stresovaná. Zůstali potom doma, kde praktikovali intuitivně, jak co cítili. Na prvním stupni základní školy měli domácí vyučování.

## **8. Jaké klady Son-Rise programu vidíte?**

Markéta jako klady uvádí práci na emocích dítěte, práci s rodiči a jejich pocity a postoji, což vidí jako velmi důležité a při ostatních terapiích se to moc neděje. Pracuje na radosti, aby dítě samo chtělo být v našem světě. Ivan kladně hodnotí pozitivní přístup k dítěti, otevřenost, žádný nátlak, Marie se díky tomu více otevřela, má ráda lidi a je spokojenější.

## **9. Jaké záporny Son-Rise programu vidíte?**

Jak Markéta správně poznamenává, každý program má plusy i minusy a nebere to jako nevýhodu. Son-Rise klade velké nároky na rodiče – jsou to oni, kdo pracují s dítětem, školí si dobrovolníky a měli by s nimi pracovat, není toho málo, co mají zvládnout. Ivan vidí problém v tom, že se jim dobrovolníci sháněli hůře, nakonec museli začít lidem, kteří za Marii dochází, platit. Čím je Marie starší, je jí 17 let, tím hůře se asistenti shánějí, protože hodně studentů chce pracovat spíše s malými dětmi.<sup>18</sup>

## **10. Jak Son-Rise program pomáhá Vám, jako rodiči?**

Markétě pomáhá to, že program pracuje na bezpodmínečném přístupu k dítěti. V USA jsou Son-Rise učitelé, kteří se věnují pouze rodičům, což by uvítala i u nás. Ivanovi pomáhá tím, že může vidět, jak dcera dělá malé krůčky. Je rád, když vidí, že jí nic nebolí, že má radost a že je ráda s lidmi. Jelikož Ivan je s Marií, (která téměř nemluví) doma, nepracuje, tak je rád, když si může promluvit o životě s asistenty, o tom co je baví. Je pro něj důležitá atmosféra.

## **11. Jak Son-Rise program pomáhá Vašemu dítěti?**

Podle Markéty Marii pomáhá program v tom, že má více ráda lidi a neizoluje se, vyhledává sociální kontakty. Ze své zkušenosti s prací s dětmi s PAS dodává, že často děti, které prošly speciálním školstvím a tvrdým přístupem, pak raději zůstávají uzavřeny ve svém světě. Ivan dodává, že program Marii učí být i s jinými lidmi, než jen s rodiči. Učí se spokojenosti,

---

<sup>18</sup> I když v jiných rodinách z ČR, které Ivan zná, není nedostatek dobrovolníků takový, je to různé.

radosti. Na program dojíždí denně tramvají, kde se učí zvládat různé situace. Program vnáší do života pravidelnost, náplň volného času; v současnosti se na něm podílí 7 asistentů.

### 12. Doporučil/a byste jej dalším rodinám? Z jakého důvodu?

Markéta rozhodně doporučuje ostatním rodičům, aby si zkusili program, aby zjistili na sobě, co z toho jim bude vyhovovat, mohou z něj využívat třeba jen určité prvky. Ivan program doporučuje, ale ne již tak intenzivně, protože se s dalšími rodinami až tolik nestýká a nechce na nikoho tlačit. Každý si podle něj rozhoduje o své cestě sám. Podobné rysy má i Son-Rise program.

### 13. Jak se díváte na pomoc asistentů?

Dobrovolníci, tým pro dítě, to je nutné. V České republice se ale špatně shání, takovou zkušenost má hodně rodin dětí s PAS, kteří pracují se Son-Rise, a proto mívají placené asistenty. Ivan pohlíží na vlastní asistenty dobře, i když někdo to dlouho nevydrží, ale zdravé jádro je dobré. Pomoc vidí v tom, že si mezi tím co jsou s Marií asistenti, může zařídit jiné věci a odreagovat se. Chtěl by mít více energie na práci s asistenty, ale není si někdy jistý, jestli je to tak zajímavá. Jak dcera dospívá, má pocit že se asistenti shánějí hůře, ale ti co chodí, jsou opravdovým povzbuzením a pomocí pro rodiny samotné.

#### 4.4.2 Pozorování

Své zápisy z pozorování Marie v Son-Rise herně, jsem převedla do tabulky, podle data zápisu a utvořila jsme devět kategorií, na které jsem se zaměřila nejčastěji. Jsou to: **jídlo a pití, řeč, reakce na hudbu a zpěv, porozumění instrukcím, motorika, aktivita či únava, smyslové vnímání, neverbální komunikace a kategorie jiné.** Pokud se v dané kategorii objevilo v určitý den něco neobvyklého, určitý pokrok nebo naopak krok zpět, zaznamenala jsem to do příslušné kolonky. Takže ne všechny jsou vždy vyplněny. Naopak některé věci se občas promítly do více kategorií.

Souhrnnou tabulku uvádím v příloze číslo tři. Zde jsou vloženy tabulky pro jednotlivé sledované kategorie. Nejčastěji opakované jevy z tabulek pak zhodnotím v následující kapitole.

	<b>Jídlo a pití</b>
16. 4. 2015	- zlepšila se v sezení u stolu během jídla - nacvičovaly jsme utírání pusy po jídle
28. 4. 2015	-

9. 6. 2015	- vydrží dlouho sedět u stolu (cca 2 min.) - dlouho v kuse jí jedno jídlo (křupky) - s dopomocí si bere přiměřené množství křupek a „netrouší“ je na zem - nácvik utírání pusy po jídle
30. 9. 2015	-
7. 10. 2015	- hrozny hází na zem, jakoby si s nimi jen hrála - nový koláč nechce ochutnat
4. 11. 2015	- sedí klidně dlouho u jídelního stolu
7. 11. 2015*	- večeri snědla nadvakrát (obvykle jí na vícekrát) - těstoviny brala často rukou místo lžící (tou jí to šlo nabírat špatně)
11. 11. 2015	-
27. 11. 2015**	-
9. 12. 2015	- návštěva náměstí s pitím punče tak, že mě nebo otci usrkávala za asistence z našich kelímků
16. 12. 2015	- usrkávala ode mě nebo otce náš punč za naší asistence
7. 1. 2016	-
13. 1. 2016	- nic nejedla, ani nepila
20. 1. 2016	- jídlo jí hezky – zbytky odkládá na stůl - tyčinky si nebere po hrstech - mandarinku si ukousla i se slupkou
25. 1. 2016	- v hospodě zkoušela brčkem pít nový džus (nejdříve nechtěla, později již pila více)
17. 2. 2016	- nic nejedla ani, nepila
24. 2. 2016***	- pila sama čaj z hrnku, jednou jej držela i za ucho - jídlo odkládala na talíř na stole, pokud byl před ní
2. 3. 2016	- jedla sardinky z konzervy, nejdříve je brala rukou ze lžice, po upozornění už je pak nabírala jen lžící - omylem shodila pití ze stolu

*Tab. 2 Pozorování: jídlo a pití*

Vysvětlivky:

\* výjimečné setkání večer 19:30-22:30

\*\* setkání po návštěvě lékaře, před menstruací

\*\*\* 1. setkání v jiné herně na cca 2,5 hodiny

2. 3. 2016 se setkání konalo opět v nové herně, jako předešlý týden

	<b>Motorika</b>
16. 4. 2015	- doma se naučila odemykat dveře, nyní to zkouší i v herně (pravou rukou) - nácvik utírání pusy po jídle svou rukou – ruku jí vedu, nejdřív míří na vlasy, později toho dne již mířila k ústům - zkouší klikou otevírat okno
28. 4. 2015	- pomalu klidně hraje sama na klávesy

9. 6. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- odemykání dveří – dám jí pravou ruku na klíče a naznačím směr otáčení; během hodiny stačí jen dotek rukou a ví, jak to má udělat</li> <li>- dobře si s dopomocí bere do ruky křupky, nepadají na zem</li> <li>- nácvik utírání pusy po jídle – již netáhne ruku k vlasům</li> <li>- prsty naznačuje u kláves hraní</li> <li>- při chůzi do kopce se zavěšuje do doprovodu a chce být táhnuta, jde pozadu</li> </ul>
30. 9. 2015	- snaží se foukat do flétny
7. 10. 2015	- snaha vykreslovat obrázek s mou dopomocí
4. 11. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kreslím vlnovky a ryby, vedu jí ruku, aby také kreslila vlny, ale chce kreslit rovné čáry, nakonec čará sama „sem-tam“ po papíře</li> <li>- při chůzi venku je do mě zakleslá, jde spořádaně, neutíká, po příchodu otce se zavěsí do něj, mě pustí; nestíhá asi jeho tempo a jde více pozadu</li> </ul>
7. 11. 2015*	<ul style="list-style-type: none"> <li>- u kláves naznačuje hraní</li> <li>- obtíže při nabírání jídla lžící</li> </ul>
11. 11. 2015	- hraje sama dřevěnou tyčí o dřevěnou žábu
27. 11. 2015**	- chvílemi jsme společně popojely o pár metrů dál, kde se zase posadila
9. 12. 2015	- společně jsme na hudbu tančily a chrastily rumba koulemi
16. 12. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- po ukázce již sama zapínala tlačítkem „diskokouli“</li> <li>- bruslily jsme společně podél mantinelu – držela se mě a mantinelu či otce</li> </ul>
7. 1. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sama hodně a pěkně skákala na gymnastickém balonu</li> <li>- tančila na hudbu</li> </ul>
13. 1. 2016	- házely jsme si míčem- ona jej chytila, na žádost z blízka hodila mě, pak ji to přestalo bavit a odešla
20. 1. 2016	- dveře zkouší odemykat i levou rukou
25. 1. 2016	-
17. 2. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>- několikrát si bez mé pomoci odemkla dveře, jednou si přendala hračku z pravé ruky do levé, aby si pravačkou odemkla (levou to neumí)</li> <li>- několikrát si sama skákala na gymnastickém balonu</li> </ul>
24. 2. 2016***	<ul style="list-style-type: none"> <li>- házely jsme míče do koše na zemi</li> <li>- některé věci sama ukládala tam, odkud je vzala a brala si místo nich jiné (má zde police, na které dosáhne a může to tam položit)</li> </ul>
2. 3. 2016	- nechtěně při rychlém vstávání od stolu shodila rukou pití

Tab. 3 Pozorování: motorika

	<b>Aktivita či únava</b>
16. 4. 2015	- po mléčném nápoji (obvykle je nepije) byla více impulzivní, aktivní
28. 4. 2015	-
9. 6. 2015	-
30. 9. 2015	-
7. 10. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- velmi aktivní, čilá více než obvykle</li> <li>- na trampolíně skáče bez držení velmi vysoko</li> <li>- při vykreslování často odbíhá od stolu</li> </ul>

	- polehává na matraci
4. 11. 2015	- cca polovinu času sedí v jídelně klidně u stolu (využiji toho pro společné kreslení)
7. 11. 2015*	- v noci prý málo spala, přesto byla velmi živá – běhala a skákala na trampolíně - dlouho vydržela sedět bez činnosti u stolu - až ve 22:00 začala být ospalá – chodila pomalu
11. 11. 2015	-
27. 11. 2015**	- neskákala, polehávala, seděla, nechtěla hrát na hudební nástroje - brečela při cestě na bruslení i během něj a téměř celé bruslení proseděla na ledě
9. 12. 2015	-
16. 12. 2015	- akční bruslení, již neposedávala jako minule, většinu času se snažila bruslit
7. 1. 2016	- vypadal unaveně a ospale - střídala posedávání s přecházením z místnosti do místnosti - na hudbu tančila
13. 1. 2016	- hodně chodila, vypadala, že něco hledá (nakonec si vzala 2 dopravní kužely) - prohlížela si police, ze kterých obvykle nic nechce
20. 1. 2016	- venku šla klidně, spořádaně
25. 1. 2016	- v hospodě klidně seděla dlouho v kuse
17. 2. 2016	-
24. 2. 2016***	- první hodinu se často houpala v závěsném vaku - poprvé skoro vůbec nehopkala z rohu do rohu, ani neběhala po místnosti (jiné zábavné podněty?)
2. 3. 2016	- zdála se být spíše unavená, hodně času posedávala v houpacím vaku, nasedala do něj neobratněji než minule

Tab. 4 Pozorování: aktivita či únava

	<b>Smyslové vnímání</b>
16. 4. 2015	- zaujetí mou kůží na rukou tak, že se do mě zaryla nehty, až mě poškrábala
28. 4. 2015	- zaujetí mým bílým deštníkem
9. 6. 2015	-
30. 9. 2015	-
7. 10. 2015	- ústy zkoumá měkkou gumovou hračku - pastelky strká tuhou do úst a cucá je - odmítá doteky skrze hračky
4. 11. 2015	-
7. 11. 2015*	- po 22:00 byla ospalá, chtěla tmu, točila se hlavou ke zdi
11. 11. 2015	-
27. 11. 2015**	-
9. 12. 2015	- pozoruje a poslouchá zaujatě novou hračku „diskokouli“, která se točí,

	hraje a svítí
16. 12. 2015	-
7. 1. 2016	- zhasínala světlo i v jídelně (možná chtěla spát)
13. 1. 2016	-
20. 1. 2016	- pozorovala, jak sněží a jak jí vločky padají na kůži - chtěla si neustále strkat do úst kovovou kuličku
25. 1. 2016	- zkoumala chuť nového džusu
17. 2. 2016	- zaujaly ji nové pastelky, prohlížela si je zaujatě, ale o kreslení nejevila zájem
24. 2. 2016***	- hodně dnes věci okusovala - světlo zhasla jen asi 3x (obvykle cca 20x, když je více po ruce) - zaujaly ji žaluzie na okně, musela jsem hlídat, aby za ně netahala - zkoumala otisky své ruky v protlačovací kolíkové hračce - pozorovala vodní válce s barevnou tekutinou
2. 3. 2016	- byla citlivá na světlo, hodně zhasínala a při rozsvícení rychle přivírala oči - ve tmě pozorovala sebe v zrcadle, jak drží svítící kruh, který ji osvětluje

Tab. 5 Pozorování: smyslové vnímání

	<b>Reakce na hudbu a zpěv</b>
16. 4. 2015	- začala jsem zpívat, žádala o další zpěv říkáním „sss“ - má ráda píseň Až se bude psát rok 2006 – vždy se při ní velmi usmívá
28. 4. 2015	- hraji na klávesy a zpívám, jí se to líbí - když s hudbou přestanu, jde sama ke klávesám a oběma rukama klidně, pomalu hraje
9. 6. 2015	- má radost ze zpěvu a hry na klávesy - přisedla si sama ke mně během hry na klávesy a rukou jakoby nad klávesami naznačovala, že také hraje
30. 9. 2015	- hraji na flétnu, přijde ke mně a chce také hrát => střídáme se ve foukání - po zpěvu se jí zlepšila nálada (před tím plačtivá)
7. 10. 2015	- radost, když hraji na klávesy a zpívám
4. 11. 2015	-
7. 11. 2015*	- cca 10 min. spokojeně seděla na matraci a poslouchala, jak hraji na klávesy a zpívám - na hlasitou hudbu reagovala skřípěním zubů
11. 11. 2015	- připojuje se ke mně při hraní na klávesy - sama pak hraje na dřevěnou žábu
27. 11. 2015**	- nechtěla hrát sama na nástroje, jen já jsem mohla tišeji zpívat
9. 12. 2015	- zaujatě poslouchá hrající „diskokouli“ - ráda poslouchala i mé hraní na klávesy a zpěv
16. 12. 2015	-
7. 1. 2016	- při zhasnutém světle poslouchala hudbu a tančila na ni
13. 1. 2016	-

20. 1. 2016	- tváří se radostně, když zpívám (s hudební terapeutkou prý nedávno i zpívala „hola hej“)
25. 1. 2016	-
17. 2. 2016	- chtěla poslouchat hudbu, byla ochotná mi na to na žádost rozsvítit světlo
24. 2. 2016***	- radostně pouštěla 4 houkající tlačítka a smála se, když jsem jejich zvuky imitovala
2. 3. 2016	- líbily se jí bzučící svítící tlačítka

Tab. 6 Pozorování: reakce na hudbu a zpěv

	<b>Porozumění instrukcím</b>
16. 4. 2015	-na slova „dej mi to prosím“, dá věc do nastavené dlaně - po jídle u stolu: já: „Budeme ještě jíst? ... Půjdeme pryč?“ odpověděla „jo“, pak jsme odešly
28. 4. 2015	-
9. 6. 2015	-
30. 9. 2015	-
7. 10. 2015	-
4. 11. 2015	-
7. 11. 2015*	-
11. 11. 2015	- na mé upozornění, že má na rukávu brambůrek, jej vzala a na dotaz co s ním dál udělá, se usmála a snědla jej
27. 11. 2015**	-
9. 12. 2015	- na pokyn, aby si šla umýt ruce, sama šla hned za mnou (a společně jsme šly k umyvadlu)
16. 12. 2015	- ukázala jsem jí a vysvětlila, jak se zapíná „diskokoule“, pak si ji již pouštěla sama
7. 1. 2016	-
13. 1. 2016	- na žádost, aby mi hodila míč, jej zblízka podala do mé náruče
20. 1. 2016	-
25. 1. 2016	- na naše nabádání zkoušela pít džus stále více
17. 2. 2016	- třikrát mě poslechla, když jsem po zhasnutí světla přestala hrát na klávesy a poprosila jsem ji, aby světlo „rožla“, abych mohla hrát. Rozsvítla mi a šla si sednout a poslouchat hudbu.
24. 2. 2016***	-
2. 3. 2016	-

Tab. 7 Pozorování: porozumění instrukcím

	<b>Řeč</b>
16. 4. 2015	- po nemoci ráda v kontaktu => více si broukala - říkala „sss“, když chtěla zpěv - reagovala „jo“ na dotaz, zda půjdeme pryč z jídelny
28. 4. 2015	-



9. 6. 2015	-
30. 9. 2015	-
7. 10. 2015	-
4. 11. 2015	-
7. 11. 2015*	-
11. 11. 2015	-
27. 11. 2015**	-
9. 12. 2015	-
16. 12. 2015	-
7. 1. 2016	-
13. 1. 2016	-
20. 1. 2016	-
25. 1. 2016	- vesele si broukala
17. 2. 2016	-
24. 2. 2016***	- hodně broukala a vydávala rozmanité zvuky - když viděla můj čaj, něco zabroukala a máma z toho odvodila, že chce čaj také, tak uvařila i jí
2. 3. 2016	- hodně si broukala, těžko bylo rozeznatelné, zda v pozitivním nebo negativním slova smyslu

Tab. 8 Pozorování: řeč

	<b>Neverbální komunikace</b>
16. 4. 2015	- již méně skřípe zuby (tím vyjadřuje nelibost), protože si na mě nejspíš již více zvykla
28. 4. 2015	- vyhání otce od kláves (chce, abych zpívala a hrála jí, jako obvykle) - na konci dne mě ocení pusou
9. 6. 2015	- vede mě za ruku k trampolíně, abych ji při skákání držela - několikrát mi dala pusou, objala mě kolem krku a opřela si o mě hlavu
30. 9. 2015	-
7. 10. 2015	- jde ke krabici s pastelkami (pochopím, že je chce, vezmu je na stůl a vykreslujeme namalovanou kytku)
4. 11. 2015	- vystrkuje otce ze dveří herny, zabouchává za ním dveře, bere mě za ruku a vede k matraci
7. 11. 2015*	- šla sama ke klávesám a naznačila hraní => šla jsem hrát a zpívat - skřípění zuby na hlasitou hudbu večer
11. 11. 2015	-
27. 11. 2015**	- pláč (asi kvůli bolestem)
9. 12. 2015	- vzala mě za ruku, zvedla mě ze židle a vedla si mě tančit
16. 12. 2015	-
7. 1. 2016	- při mém příchodu plačtivá (dle otce jí možná nevyhovuje nový asistent, který dochází přede mnou), pak se zklidnila
13. 1. 2016	- jednou mě rukou zatlačila do židle, abych si sedla a kreslila jako před tím

20. 1. 2016	- hodně mě objímala a dávala pusy
25. 1. 2016	- třikrát mi dala pusu, byla velmi milá
17. 2. 2016	- hodně se dnes smála - několikrát mi jemně dala pusu na ústa, přitom se držela mých vlasů, ale vůbec netahala
24. 2. 2016***	-
2. 3. 2016	-

Tab. 9 Pozorování: neverbální komunikace

## 4.5 Výsledky a analýza dat

### 4.5.1 Výsledky dotazníkového šetření

Jak z odpovědí dotazníku vychází, Son-Rise program zaujal rodiče hlavně svým neodsuzujícím přístupem a prací nejen s dítětem, ale i s rodiči a jejich pocity a postoji. Neobracejí se výlučně jen na tuto metodu, ale kombinují ji s dalšími přístupy, dle svých možností. Další klady jsou obdobné jako ty, které jsou obecně uvedeny výše v kapitole 3.5.

V České republice je v této oblasti velmi aktivní Linda Cecavová, jak z dotazníku vyplývá (výstupy v televizi, práce u rodin), ale i další odborníci ze zahraničí. Různě dlouhé kurzy se pořádají u nás i v dalších státech Evropy a i jinde, kterých se lze zúčastnit, případně s pomocí překladatelů. Ivan je v absolvování kurzů aktivnější než Markéta, která je více vytížena prací.

Dobrovolníky vidí jako pomoc pro dítě, ale také pro sebe, jako kontakt se světem, novými lidmi. Kontakt s lidmi Marii velmi pomohl, má je ráda a je dle rodičů nyní více otevřená. Jako zápor se v naší republice jeví nedostatek dobrovolníků pro starší děti s PAS. Jistě záleží na mnoha faktorech, které to ovlivňují: vzájemné sympatie/antipatie dobrovolníků a rodičů, dobrovolníků a dítěte s PAS; velikost města, dopravní dostupnost, čas a aktivity, které rodiče po dobrovolnících požadují, atmosféra herny a další. Ne všichni asistenti vydrží s prací dlouhodobě, což rodiče jistě zatěžuje, když musí stále shánět nové osoby a zaškolovat je. Nicméně jejich pomoc hodnotí jako nutnou. Placení asistentů je náročné, na druhou stranu Ivan vidí výhodu v tom, že si tak k nim může „více dovolit“, více požadovat a směřovat je k tomu, jak on chce, aby práce s Marií vypadala. Peníze na zaplacení dobrovolníků získávají různě, například jako výtěžek z koncertu na podporu Marie.

Markéta by uvítala v České republice pomoc školitelů, kteří by se specializovali na práci s rodiči dětí s PAS, jak je to například v USA u Son-Rise programu.

S hlavní nevýhodou programu – velkou časovou náročností se rodiče částečně identifikují, jak totiž Markéta uvádí, není toho málo, co se po nich požaduje. Stejně tak i

finance není vždy lehké sehnat či vyčlenit z rodinného rozpočtu. S problémem nedostatku času na další dítě se nesetkávají, jelikož Marie je jedináček. Na druhou stranu to může v rodičích vyvolávat více obav do budoucna, kdo se o Marii postará, když i další příbuzní bydlí v jiném městě.

Z hlediska časové náročnosti, vyplývá z dotazníku, že se již programu nevěnují tak intenzivně, využívají z něj jeho určité prvky. Jak Ivan píše, díky asistentům má čas na vyřizování běžných záležitostí i na odpočinek, odreagování.

#### 4.5.2 Výsledky pozorování

V oblasti **jídla a pití** pozorují zlepšení v prodlužující se době, po kterou zvládá Marie sedět u stolu. Jídlo, které zná a lze jej snadno uchopovat/nabírat si bere častěji po menších dávkách, ale někdy je nutné, připomínat, že si má brát „hezky a míň“. Dlouhodobý trénink sezení u stolu během jídla a korigování nabírání porcí se jeví účinný. Ochutnávání nových věcí trvá déle, pokud to vůbec zkusí. Po mléčných výrobcích se jeví více hyperaktivní; rodiče se je snaží do jídelníčku zařazovat méně. Odkládání zbylého jídla na stůl někdy provádí sama, jindy na pokyn a poklepání na desku stolu. Utření úst po jídle rukou nebo ubrouskem zvládá častěji sama, již nezvedá ruku až k vlasům. Případně na pokyn „utřeme ruce“ téměř vždy nastaví dlaně, abych je mohla utřít já.

V **oblasti motoriky** sledují velký pokrok v jemné motorice, když se Marie naučila odemknout dveře. Postupně se zlepšila tak, že již ví, že pravou rukou to jde lépe a pokud v ní drží jinou věc, přechytí si ji. Někdy ale potřebuje navést, ke správnému uchopení klíče, řeknu, že jí pomůžu a dám její prsty na klíč tak, aby mohla otočit správným směrem. Jemná motorika se zlepšuje i u jídla, kdy si bere obratněji menší části. Při kreslení zlepšení pozorovatelné není, pastelky a fixy drží stále celou dlaní a málokdy je užije k čarání po papíře, spíše je cucá. V hrubé motorice jí dělá obtíže chůze do schodů a do kopce, kdy se zavěšuje do svých průvodců a jde pozadu. Bruslení na kluzišti obvykle zvládla s přestávkami a držením dobře, zkoušela se postupně sama odrážet a ne jenom se nechat táhnout. Častěji sama skáče na gymnastickém balonu. Při skákání na trampolíně vyžaduje držení za ruce, ale již méně často než dříve, nyní to zkusí i sama. Dokáže chytit míč a výjimečně jej i na oplátku hodí, dříve jen chytala. Ve druhé herně některé hračky odkládala na místo, odkud si je před tím vzala. Obratně sedala a skákala na zem z houpacího vaku, který má ráda.

**Aktivita a únava** je u Marie závislá na různých faktorech. Zvýšenou aktivitu lze pozorovat po mléčných drincích, zmrzlíně (dostala ji na bolest zubů). Při dobré náladě a kondici je samozřejmě také více čilá než v obdobích po nemoci, době kolem menstruace nebo

pozdě večer, když už je unavená. Při zvýšené aktivitě skáče hodně na trampolíně, skáče po místnosti z rohu do rohu, prochází mezi místnostmi, mává silně předměty, odchází více od stolu. Naopak při únavě a podobných stavech více sedí, déle vydrží sedět u stolu, polehává na matraci, chůze je méně obratná. Stavby aktivity a pasivity se někdy rychle a náhle střídají. I po noci, během které moc nespala, dokáže být stejně aktivní jako jindy. Pokud hodně běhá po místnosti, hudba a zpívání ji dokáže zklidnit.

**Smyslové vnímání** zaměřuje na různé kategorie věcí. Zejména na věci, které blikají, svítí, vydávají zvuky. Bílá barva (nejspíš pro to, jak září) také nadměrně poutá pozornost, možná až dráždí. Během seznamování mě dvakrát kousla do bílého saka, bílý deštník a bílé výlohy obchodů ve městě často upoutají Mariin pohled. Na jaře, kdy jsem přestala nosit dlouhý rukáv, zkoumala mou holou kůži na ruku tak intenzivně, až mě škrábla. Zajímají ji lidské pachy – čichá k vlasům, pokud někdo sedí a ona mu dosáhne na hlavu. Věci z velké části objevuje a zkoumá ústy (pastelky, chladivé předměty, gumové hračky, provázky, své oblečení), musím dávat pozor na její bezpečnost, aby se neudusila a podobně. V druhé herně bavilo Marii pozorovat překapávající barevnou tekutinu ve válcích a zkoumala otisk své ruky v protlačovací kolíčkové hračce. Na kluzišti brala do holé ruky sníh a led, a když sněžilo, vnímala na kůži, jak na ni dopadají vločky.

**Reakce na hudbu a zpěv** je téměř vždy pozitivní. Žádost o hraní na klávesy nebo zpěv se projevuje vyslovováním „sss“ nebo tak, že sama Marie jde ke klávesám a jakoby nebo doopravdy hraje. Případně mě vede ke klávesám. Po několika týdnech, kdy jsem jí opakovaně zpívala asi 10 písniček dokola, začala na některé reagovat pozitivněji – více se usmívala, když je uslyšela. Dle toho se jeví, že má nejraději písničku Až se bude psát rok 2006 od skupiny Katapult, zejména opakující se refrén, který jen zpívám a nehraju u něj na klávesy. Někdy se chce ke mně připojit i při hře na flétnu, při bubnování se spíše já snažím, aby se ke mně připojila a bubnovaly jsme společně. Také ráda poslouchá stále dokola hračky vydávající zvuky nebo hudbu, sama si je pouští. Jen výjimečně (něco ji bolí, je velmi unavená) vyžaduje ticho (zpěv bez hudby, tichou hudbu, tichý zpěv), jinak bručí nebo skřípe zuby a projevuje nelibost.

**Porozumění** zavedeným, stálým **instrukcím** je dobré, téměř vždy žádost splní. Jen pokud je unavená, rozrušená nebo zaujatá něčím nereaguje přesně nebo vůbec. Na „dej mi to, prosím“, dá věc člověku do nastavené dlaně. Toho využiji, pokud dlouho monotónně používá jednu hračku, pokud se chystá odhodit vršek od lahve nebo jídlo na zem. Následně jí nabídnu jinou aktivitu nebo hračku. Podobně na žádost někdy hodí člověku míč. Někdy zhasne/rozsvítí na požádání světlo, ale ne vždy je zřejmé, zda to udělala náhodně, nebo

opravdu reagovala na instrukce. Bez ohledu na to, ji vždy pochválím, když se snaží provést to, o co ji žádám. „Pojď“ se ujme, pokud není Marie zaujatá něčím jiným, co si zrovna prohlíží, a proto stojí nehybně na místě. Chodí do svého průvodce zaklesnutá nebo se drží za ruku, tak je někdy nutné ji „popotáhnout“ kupředu.

**Řeč** se nijak výrazně nezlepšuje. Po nemoci, kdy nedocházela s asistenty do herny, byla při prvním setkání „upovídána“ – hodně so broukala, kontakt s lidmi jí nejspíše chyběl a těšila se. Jako žádost o zpěv občas říká „sss“, jako náznak slova zpívat, pokud se jí zeptám, jestli mám zpívat. Výjimečně užije „jo“ a „ne“, se mnou v herně pouze jednou řekla „jo“ jako odpověď na otázku, jestli už půjdeme pryč od stolu. Obecně, když má dobrou náladu a cítí se v pohodě, více si brouká.

**Neverbální komunikaci** mám na mysli vše, čím nějak vyjadřuje svá přání, touhy, nálady. V době, kdy mě ještě tolik neznala, více skřípala zuby (projev nepohody, nelibost), nyní už skřípe jen výjimečně, pokud nemá dobrou náladu nebo ji něco bolí. Když se jí hra se mnou líbí, přijde, chytí mi hlavu a přiblíží své rty až na mé, což dělá nyní častěji než dříve. Dalším znakem důvěry ke mně a našeho přátelství jsou pro mne situace, kdy vystrkuje otce od kláves, z herny a zavírá za ním dveře. Pak se většinou usmívá, jako by byla ráda, že tam má někoho nového, jiného. Méně mě tahá za vlasy, což je asi tím, že ze mě cítí větší klid, protože už vím, jak se chová, co udělá a jak na to reagovat. Největší kategorií neverbální komunikace je vedení si člověka za ruku k něčemu, co chce (k trampolíně, klávesám, matraci, ke dveřím,...). Někdy jde sama k dané věci a až pak čeká na asistenci nebo si dovede někoho, kdo jí pomůže (vytáhne jídlo z batohu, podá hračku z police, pomůže odemknout dveře apod.) Během toho se snažím říkat názvy věcí tak, aby poslouchala jejich jména a třeba si o ně byla jednou schopná slovy říct.

**Celkově** tedy vidím pokroky v zacházení s jídlem, v jemné i hrubé motorice, která se rozvíjí téměř při každé činnosti. Rozvoji řeči může hodně napomoci hudba a zpívání, které má Marie velmi ráda a zároveň ji to zklidňuje. Během setkávání s asistenty a kontakty s mnohými dalšími lidmi se Marie začala více usmívat a zdá se být veselejší. Zdá se, že při opakování a nacvičování aktivit, lze různé dovednosti zlepšovat (např. déle sedí u stolu, když jí pokaždé řeknu, aby si při jídle sedla ke stolu a snažím se, aby neodbíhala). Dobrá motivace je důležitá, například při odemykání v herně ji asi motivuje jídlo, které je v druhé místnosti; hudba ji motivuje k tomu, aby mě vzala za ruku a dovedla ke klávesám, nebo řekla „sss“, když chce, abych zpívala. Program v herně tedy hodnotím kladně, i když je zřejmé, že není všemocný. I tak si myslím, že Marii kontakt s mladými asistenty prospívá, cítí se šťastněji, zvyká si na nové osoby a na různá prostředí (když jdeme bruslit, do čajovny, na punč). Zároveň pomoc

asistentů, kteří již byli dostatečně zaškoleni a zvládnou být s Marií v herně alespoň 2 hodiny, je pro rodiče velkou výhodou, protože si mohou odpočinout nebo zařídit své záležitosti. A i pro mě jako asistentku je to dobrá zkušenost, stále se snažím objevovat v sobě něco kreativního, nového. Poznávám, co tato práce s lidmi (jak těmi, kteří potřebují pomoc, tak jejich rodiči) obnáší.

## ZÁVĚR

Má práce je v teoretické části zaměřena na popis poruch autistického spektra obecně. Druhá kapitola pojednává o některých přístupech, se kterými se lze setkat. Popisují je, abych ukázala, jaké možnosti práce s osobami s PAS existují, jak se programy liší, a jaká je jejich hlavní charakteristika. Jelikož jsou to programy často zahraniční, čerpala jsem v této části převážně z webových stránek organizací zaměřených na tyto přístupy. Son-Rise programu se věnuji v samostatné kapitole, kde shrnuji vznik metody, její základní principy a jak se s programem pracuje v zahraničí a v České republice. Vypisuji jeho světlé i stinné stránky a dopady na rodiny, které jej praktikují. I toto jsem čerpala převážně z webu a knihy Son-Rise: zázrak pokračuje. Praktická část navazuje na teoretické poznatky o Son-Rise, které zde doplňuji o své pozorování práce se slečnou s autismem. Kromě toho praktická část obsahuje informace od jejích rodičů o Son-Rise programu.

Cílem teoretické části bylo poskytnout informace o Son-Rise a o jiných přístupech k lidem s PAS, což se mi podařilo. Během studia dostupných zdrojů se objevovaly další a další zajímavé programy, některé jsem tedy přidala, ale není možné je popsat všechny. Obtíže mi působil jen nedostatek literatury, která u nás k těmto programům není dostupná, a tak jsem převážně čerpala z webu.

Jako cíl praktické části jsem si určila, poskytnout čtenářům informace o metodě Son-Rise a názor na ni od jedné rodiny, která s ní má zkušenosti. A přidat i své pozorování během práce v herně s jejich dcerou. Tyto cíle se mi také podařilo naplnit, i přes to, že pozorování, které jsem si vedla, nebylo původně zamýšleno jako podklad bakalářské ani jiné práce. Bylo tedy hůře zpracovatelné, některé kategorie nejsou tak dobře zaznamenány a popsány jako jiné. Což je také důsledkem toho, že pozorování je subjektivní a více vyvstávají události, které mne osobně zaujaly. Klady a zápory metody, na které jsem se v dotazníku ptala, jsem porovnávala s obecně udávanými plasy a minusy. Mé hodnocení je obsaženo na konci kapitoly 4.5 v podobě uvedených oblastí, ve kterých vidím pokroky. Pozitivně hodnotím ze své pozice možnost asistence a spolupráce s rodinou, která mě obohacuje a rodičům dává čas na odpočinek a další činnosti. Jsem si ale vědoma toho, že Son-Rise není u každého všemocný, přesto je zajímavé si jej vyzkoušet a třeba Vás také osloví.

Práce je určena každému, kdo se zajímá o osoby s autismem a o to, jak s nimi pracovat. V práci se mohou čtenáři inspirovat různými programy, charakterizovanými v kapitole 2, nebo načerpat informace z teorie a praxe ohledně programu Son-Rise.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

- AMERICKÁ PSYCHIATRICKÁ ASOCIACE. 2015. *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Hogrefe-Testcentrum. ISBN 978-80-86471-52-5.
- APLA JIŽNÍ ČECHY. 2016. *TEACCH program* [online]. [cit. 2016-02-12]. Dostupné z: <http://jc.apla.cz/autismus/vychovne-a-vzdelavaci-pristupy/teacch-program.htm>.
- APLA JIŽNÍ ČECHY. 2016. *Terapeutické přístupy* [online]. [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: <http://jc.apla.cz/autismus/terapeuticke-pristupy/terapeuticke-pristupy.htm>.
- AUTISM TREATMENT CENTER OF AMERICA. 2016. *Frequently Asked Questions about The Son-Rise Program* [online]. [cit. 2016-02-23]. Dostupné z: [http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/about\\_Son-Rise/faq.php](http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/about_Son-Rise/faq.php).
- AUTISM TREATMENT CENTER OF AMERICA. 2016. *London: The Son-Rise Program ESSENTIALS: Initial Training* [online]. [cit. 2016-02-23]. Dostupné z: <http://www.autismtreatmentcenter.org/essentials.php>.
- AUTISM TREATMENT CENTER OF AMERICA. 2016. *Program Principles – The Son-Rise Program* [online]. [cit. 2016-02-23]. Dostupné z: [http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/about\\_Son-Rise/index.php](http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/about_Son-Rise/index.php).
- AUTISM TREATMENT CENTER OF AMERICA. 2016. *Support Services* [online]. [cit. 2016-02-23]. Dostupné z: [http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/programs\\_and\\_services/continuing\\_support\\_services.php](http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/programs_and_services/continuing_support_services.php).
- AUTISM TREATMENT CENTER OF AMERICA. 2016. *The Son-Rise Program Intensive: Advanced Training Program* [online]. [cit. 2016-02-23]. Dostupné z: [http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/programs\\_and\\_services/intensive\\_program.php](http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/programs_and_services/intensive_program.php).
- AUTISM TREATMENT CENTER OF AMERICA. 2016. *The Son-Rise Program Maximum Impact* [online]. [cit. 2016-02-23]. Dostupné z: [http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/programs\\_and\\_services/maximum\\_impact\\_program.php](http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/programs_and_services/maximum_impact_program.php).
- AUTISM TREATMENT CENTER OF AMERICA. 2016. *The Son-Rise Program New Frontiers* [online]. [cit. 2016-02-23]. Dostupné z: [http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/programs\\_and\\_services/new\\_frontiers\\_program.php](http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/programs_and_services/new_frontiers_program.php).



- AUTISM TREATMENT CENTER OF AMERICA. 2016. *The Son-Rise Program® Start-Up* [online]. [cit. 2016-02-23]. Dostupné z: [http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/programs\\_and\\_services/index.php](http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/programs_and_services/index.php).
- AUTISM TREATMENT CENTER OF AMERICA. 2016. *The Son-Rise Program®: Supportive Research on Autism Treatment* [online]. [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: [http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/reviews\\_and\\_articles/research.php](http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/reviews_and_articles/research.php).
- AUTISM TREATMENT CENTER OF AMERICA. 2016. *Who Attends?* [online]. [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: [http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/about\\_sonrise/who\\_attends\\_our\\_programs.php](http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/about_sonrise/who_attends_our_programs.php).
- AUTISMUS.CZ: PORTÁL O PORUCHÁCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA. 2012. *Kolik žije v České republice lidí s poruchou autistického spektra ?* [online]. [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/nejcastejsi-dotazy/kolik-zije-v-ceske-republice-lidi-s-poruchou-autistickeho-spe-2.html>.
- BOYD, B. 2011. *Výchova dítěte s Aspergerovým syndromem: 200 nápadů, rad a strategií*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-834-0.
- ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K. a kol. 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-319-2.
- DOBROMYSL.CZ. 2012. *HANDLE přístup* [online]. [cit. 2016-02-11]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1665>. ISSN 1214-2017.
- GILLBERG, CH.; PEETERS, T. 2008. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-498-4.
- HOWLIN, P. 2005. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-041-0.
- HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. a kol. 2004. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-813-9.
- CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JDEME AUTISTŮM NAPROTI – OLOMOUC, O. S. [b. r.]. *Historie JAN-Olomouc o.s.* [online]. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: [http://www.jan-olomouc.cz/historie-jan-olomouc-o\\_s\\_](http://www.jan-olomouc.cz/historie-jan-olomouc-o_s_).
- KAUFMAN, B. N. 2004. *Son-Rise: zázrak pokračuje*. 1. vyd. Bratislava: Vlado Mokrání a vydavatelství Barracuda. ISBN 80-969237-8-1.

- LINDA CECAVOVÁ. 2013. *Léčí Son-Rise Program autismus?* [online]. [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: <http://www.srp-terapeut.cz/leci-Son-Rise-program-autismus>.
- MARUSKAJ.ESTRANKY. 2008. *MARUŠKA-narození a začátky* [online]. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://www.maruskaj.estranky.cz/clanky/narozeni-a-zacatky/maruska--narozeni-a-zacatky.html>.
- MATEŘSKÁ ŠKOLA DUHA SE SPECIÁLNÍMI TŘÍDAMI. [b. r.]. *Metody práce s dětmi s poruchami autistického spektra (PAS): Son-Rise program* [online]. [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: <http://www.skolkaduha.cz/Son-Rise-program/>.
- MKN–10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. 1. sv. Tabelární část [online]. Aktualizovaná druhá verze k 1. 4. 2014 [cit. 2015-04-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>.
- MOOR, J. 2010. *Hry a zábavné činnosti pro děti s autismem: praktické nápady pro každý den*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-787-9.
- NOVÁKOVÁ, J. 2013. *Biodromální vývoj jedinců s poruchami autistického spektra v kontextu podpory a vzdělávání*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6661-8.
- PEVNÉ OBJETÍ PODLE JIŘINY PREKOPOVÉ. 2008. *Pevné objekty* [online]. [cit. 2016-02-12]. Dostupné z: <http://www.prekopovapevneobjeti.cz/pevn%C3%A9objet%C3%AD/onbsppevn%C3%A9mnbspobjet%C3%AD/tabid/54/default.aspx>.
- PREIBMANN, CH. 2010. *Život s Aspergerovým syndromem: průvodce psychoterapií*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-688-9.
- RESEARCH AUTISM. 2015. *About Us* [online]. [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://researchautism.net/about-us-research-autism>.
- RESEARCH AUTISM. 2015. *Animal Therapies and Autism* [online]. [cit. 2016-02-13]. Dostupné z: <http://researchautism.net/autism-interventions/our-evaluations-interventions/33/animal-therapies-and-autism>.
- RESEARCH AUTISM. 2015. *Assistance Dogs and Autism* [online]. [cit. 2016-02-13]. Dostupné z: <http://researchautism.net/autism-interventions/our-evaluations-interventions/55/assistance-dogs-and-autism>.
- RESEARCH AUTISM. 2015. *Daily Life Therapy and Autism* [online]. [cit. 2016-02-12]. Dostupné z: <http://researchautism.net/autism-interventions/our-evaluations-interventions/38/daily-life-therapy-and-autism>.

- RESEARCH AUTISM. 2015. *Dolphin Therapy and Autism* [online]. [cit. 2016-02-13]. Dostupné z: <http://researchautism.net/autism-interventions/our-evaluations-interventions/64/dolphin-therapy-and-autism>.
- RESEARCH AUTISM. 2015. *Dramatherapy and Autism* [online]. [cit. 2016-02-13]. Dostupné z: <http://researchautism.net/autism-interventions/our-evaluations-interventions/58/dramatherapy-and-autism>.
- RESEARCH AUTISM. 2015. *Equine-Assisted Activities and Therapies* [online]. [cit. 2016-02-13]. Dostupné z: <http://researchautism.net/autism-interventions/our-evaluations-interventions/147/equine-assisted-activities-and-therapies>.
- RESEARCH AUTISM. 2015. *Gluten-Free, Casein-Free Diet and Autism* [online]. [cit. 2016-02-13]. Dostupné z: <http://researchautism.net/autism-interventions/our-evaluations-interventions/1/gluten-free-casein-free-diet-and-autism>.
- RESEARCH AUTISM. 2014.  *Holding Therapy and Autism* [online]. [cit. 2016-02-12]. Dostupné z: <http://researchautism.net/autism-interventions/our-evaluations-interventions/71/holding-therapy-and-autism>.
- RESEARCH AUTISM. 2015. *Music Therapy and Autism* [online]. [cit. 2016-02-13]. Dostupné z: <http://researchautism.net/autism-interventions/our-evaluations-interventions/39/music-therapy-and-autism>.
- RESEARCH AUTISM. [b. r.]. *Our Evaluations of Autism Interventions, Treatments and Therapies* [online]. [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://researchautism.net/autism-interventions/our-evaluations-interventions>.
- RESEARCH AUTISM. 2015. *Specific Carbohydrate Diet and Autism* [online]. [cit. 2016-02-13]. Dostupné z: <http://researchautism.net/autism-interventions/our-evaluations-interventions/76/specific-carbohydrate-diet-and-autism>.
- RESEARCH AUTISM. 2015. *Yeast-Free Diets and Autism* [online]. [cit. 2016-02-13]. Dostupné z: <http://researchautism.net/autism-interventions/our-evaluations-interventions/52/yeast-free-diets-and-autism>.
- SCHOPLER, E. 1999. *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-202-5.
- SCHOPLER, E.; REICHLER, R. J.; LANSINGOVÁ, M. 1998. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami: příručka pro učitele i rodiče*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-199-1.

- SON-RISE PROGRAM TERAPEUT. 2008. *Autismus jinak* [online]. [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: <http://www.srp-terapeut.cz/autismus-jinak>.
- SON-RISE PROGRAM TERAPEUT. 2008. *Jak začít/ Start up program* [online]. [cit. 2016-02-23]. Dostupné z: <http://www.srp-terapeut.cz/Son-Rise-program/jak-zacit>.
- SON-RISE PROGRAM TERAPEUT. 2008. *Lidé s tzv. vysoce funkčním autismem, Aspergerovým syndromem a Son-Rise Program®* [online]. [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: <http://www.srp-terapeut.cz/Son-Rise-program/srp-vysoce-funkcni-autismus>.
- SON-RISE PROGRAM TERAPEUT. 2011. *Služby* [online]. [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: <http://www.srp-terapeut.cz/služby>.
- SON-RISE PROGRAM TERAPEUT. 2008. *Son Rise Program* [online]. [cit. 2016-02-23]. Dostupné z: <http://www.srp-terapeut.cz/Son-Rise-program>.
- SON-RISE PROGRAM TERAPEUT. 2008. *Staň se Son-Rise dobrovolníkem v ČR a SR* [online]. [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: <http://www.srp-terapeut.cz/ruzne/dobrovolnici>.
- SON-RISE PROGRAM TERAPEUT. 2008. *Základní principy Son Rise Program®* [online]. [cit. 2016-02-23]. Dostupné z: <http://www.srp-terapeut.cz/Son-Rise-program/zakladni-principy>.
- STRUNECKÁ, A. a kol. 2009. *Přemůžeme autizmus?* 1. vyd. Blansko: ALMI. ISBN 978-80-904344-0-0.
- SVOBODA, P. 2012. *Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3068-3.
- THE HANEN CENTRE. 2011. *Communication Development in Children with Autism* [online]. [cit. 2016-02-11]. Dostupné z: <http://www.hanen.org/About-Us/What-We-Do/Early-Childhood-Autism.aspx>.
- THE INTERDISCIPLINARY COUNCIL ON DEVELOPMENT AND LEARNING. [b. r.]. *DIR® Research & Evidence* [online]. [cit. 2016-02-11]. Dostupné z: <http://www.icdl.com/research>.
- THE INTERDISCIPLINARY COUNCIL ON DEVELOPMENT AND LEARNING. [b. r.]. *DIR® and the DIRFloortime® Approach* [online]. [cit. 2016-02-11]. Dostupné z: <http://www.icdl.com/DIR>.
- THE NATIONAL AUTISTIC SOCIETY. 2016. *SPELL* [online]. [cit. 2016-02-12]. Dostupné z: <http://www.autism.org.uk/spell>.
- THOROVÁ, K 2006. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-091-7.

- UNC SCHOOL OF MEDICINE. 2015. *TEACCH Autism Program: TEACCH Approach* [online]. [cit. 2016-02-12]. Dostupné z: <https://www.teacch.com/about-us/what-is-teacch>.
- VERMEULEN, P. 2006. *Autistické myšlení*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1600-8.
- VOSMIK, M.; BĚLOHLÁVKOVÁ, L. 2010. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole: možnosti integrace na ZŠ a SŠ*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-687-2.
- VZDĚLÁVÁNÍ A AUTISMUS. [b. r.]. *Poruchy autistického spektra* [online]. [cit. 2015-04-23]. Dostupné z: <http://www.vzdelavaniaautismus.cz/o-autismu>.
- WALDEN EARLY CHILDHOOD CENTER. [b. r.]. *Early Childhood Programs* [online]. [cit. 2016-02-12]. Dostupné z: <http://www.psychiatry.emory.edu/PROGRAMS/autism/Walden.html>.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- AAK – augmentativní a alternativní komunikace (doplňující a nahrazující komunikace)
- ABA – aplikovaná behaviorální analýza
- DSM–IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – čtvrtá revize (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch)
- DSM–V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – pátá revize (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch)
- EDM – Eden Decision Model
- GFCF dieta - gluten-free, casein-free (dieta bez lepku a kaseinu (mléka))
- HANDLE - Holistic Approach to NeuroDevelopment and Learning Efficiency (Celostní přístup k neurologickému vývoji a efektivitě učení)
- IQ – inteligenční kvocient
- KBT – kognitivně behaviorální terapie
- MKN–10 – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize
- NS – nespecifikovaná (nespecifikovaná porucha)
- PAS – poruchy autistického spektra
- PVP – pervazivní vývojové poruchy
- SPC – Speciálně pedagogické centrum
- SPELL – Structure, Positive approaches and expectations, Empathy, Low arousal, Links (struktura, pozitivní přístup a očekávání, empatie, nízká vzrušivost, spojení)
- TEACCH program – Treatment and Education of Autistic and Communication-Handicapped Children (Pomoc a vzdělávání dětí s autismem a komunikačními obtížemi)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha č. 1: Dotazník o Son-Rise programu pro rodiče a souhlas se zpracováním informací
- Příloha č. 2: Souhrnná tabulka pozorování

# PŘÍLOHY

**Příloha č. 1:** Dotazník o Son-Rise programu pro rodiče a souhlas se zpracováním informací

## **Dotazník o Son-Rise programu pro rodiče**

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Speciálněpedagogické andragogiky a obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží pro účely mé bakalářské práce. Předem děkuji za Vaši ochotu a čas.

Pokyny: Odpovězte prosím na všech 13 otázek, v rozsahu dle vlastního uvážení. Prostor pro odpovědi je dostatečně velký, aby bylo možné podat i podrobnější popis. V případě, že by prostor nepostačoval, můžete pokračovat z druhé strany listu (uvedete číslo otázky a další popis). Každý rodič obdrží svůj dotazník.

**1. Kde jste se o Son-Rise programu dozvěděl/a?**

**2. Čím Vás Son-Rise program oslovil?**

**3. Kde a kdy jste absolvoval/a kurz Son-Rise programu?**



**4. Co jste si z kurzu odnesl/a?**

**5. Jak nyní Son-Rise praktikujete?**

**6. Pracujete i s jinými přístupy – jakými?**

**7. S jakými přístupy jste pracoval/a před absolvováním kurzu?**

**8. Jaké klady Son-Rise programu vidíte?**

**9. Jaké zápory Son-Rise programu vidíte?**

**10. Jak Son-Rise program pomáhá Vám, jako rodiči?**

**11. Jak Son-Rise program pomáhá Vašemu dítěti?**

**12. Doporučil/a byste jej dalším rodinám? Z jakého důvodu?**

### 13. Jak se díváte na pomoc asistentů?

#### **Souhlas se zpracováním informací**

Na tomto místě bych Vás chtěla požádat o souhlas se zpracováním výše uvedených informací pro účely mé bakalářské práce a o souhlas s tím, že v práci zmíním také svoje postřehy z herny. Vaše křestní jména mohou být zachována nebo změněna, dle Vašeho přání.

Přeji si, aby naše jména byla změněna (prosím označte jednu možnost): ANO NE

Souhlasím se zpracováním informací pro účely bakalářské práce.

-----  
Váš podpis

Děkuji ještě jednou za vyplnění a možnost spolupráce.

Lenka Babjarová

## Příloha č. 2: Souhrnná tabulka pozorování

	Jídlo a pití	Řeč	Reakce na hudbu a zpěv	Porozumění instrukcím	Motorika	Aktivita či únav	Smyslové vnímání	Neverbální komunikace	Jiné
16.4. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zlepšila se v sezení u stolu během jídla</li> <li>- nacvičovaly jsme utírání pusy po jídle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- po nemoci ráda v kontaktu =&gt; více si broukala</li> <li>- říkala „sss“, když chtěla zpěv</li> <li>- reagovala „Jo“ na dotaz, zda půjdeme pryč z jídelny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- začala jsem zpívat, žádala o další zpěv říkáním „sss“</li> <li>- má ráda píseň Až se bude psát rok 2006 – vždy se při ní velmi usmívá</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- na slova „dej mi to prosím“, dá věc do nastavené dlaně</li> <li>- po jídle u stolu: já: „Budeme ještě jíst? ... Půjdeme pryč?“ odpověděla „Jo“, pak jsme odešly</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- doma se naučila odemykat dveře, nyní to zkouší i v herně (pravou rukou)</li> <li>- nácvik utírání pusy po jídle svou rukou – ruku jí vedu, nejřív míří na vlasy, později toho dne již mířila k ústům</li> <li>- zkouší klikou otevírat okno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- po míčném nápoji (obvykle je nepije) byla více impulzivní, aktivní</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zaujetí mou kůží na rukou</li> <li>- tak, že se do mě zaryla nehty, až mě poškrábala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- již méně skrýpe zuby (tím vyjadřuje nelibost), protože si na mě nejspíš již více zvykla</li> </ul>	
28.4. 2015	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hraji na klávesy a zpívám, jí se to líbí</li> <li>- když s hudbou přestanu, jde sama ke klávesám a oběma rukama klidně, pomalu hraje</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pomalu klidně hraje sama na klávesy</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zaujetí mým bílým deštníkem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vyhání otce od kláves (chce, abych zpívala a hrála jí, jako obvykle)</li> <li>- na konci dne mě ocení pusou</li> </ul>	
9.6. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vydrží dlouho sedět u stolu (cca 2 min.)</li> <li>- dlouho v kuse jí jedno jídlo (křupky)</li> <li>- s dopomocí si bere přiměřené množství křupek a „netrouší“ je na zem</li> <li>- nácvik utírání pusy po jídle</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- má radost ze zpěvu a hry na klávesy</li> <li>- přisedla si sama ke mně během hry na klávesy a rukou jakoby nad klávesami naznačovala, že také hraje</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- odemykáni dveří – dám jí pravou ruku na klíče a naznačím směr otáčení; během hodiny stačí jen dotek rukou a ví, jak to má uočlat</li> <li>- dobře si s dopomocí bere do ruky křupky, nepadají na zem</li> <li>- nácvik utírání pusy po jídle – již netáhne ruku k vlasům</li> <li>- prsty naznačuje u kláves hraní</li> <li>- při chůzi do kopce se zavěšuje do doprovodu a chce být táhnuta, jde pozadu</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vede mě za ruku</li> <li>- k trampolíně, abych jí při skákání držela</li> <li>- několikrát mi dala pusou, objala mě kolem krku a opřela si o mě hlavu</li> </ul>		

	Jídlo a pití	Řeč	Reakce na hudbu a zpěv	Porozumění instrukcím	Motorika	Aktivita či únav	Smyslové vnímání	Neverbální komunikace	Jiné
30.9. 2015	-	-	- hrají na flétnu, přijde ke mně a chce také hrát => střídáme se ve foukání - po zpěvu se jí zlepšila nálada (před tím plačtivá)	-	- snaží se foukat do flétny	-	-	-	-
7.10. 2015	- hrozny hází na zem, jakoby si s nimi jen hrála - nový količ nechce ochutnat	-	- radost, když hrají na klávesy a zpívám	-	- snaha vykreslovat obrázek s mou dopomocí	- velmi aktivní, čilá více než obvykle - na trampolíně skáče bez držení - velmi vysoko - při vykreslování často odbíhá od stolu - polehává na matraci	- ústy zkoumá měkkou gumovou hračku - pastelky strká tuhou do úst a cucá je - odmítá doteky skrze hračky	- jde ke krabici s pastelkami (pochopím, že je chce, vezmu je na stůl a vykreslujeme namalovanou kytku)	-
4.11. 2015	- sedí klidně dlouho u jídelního stolu	-	-	-	- kreslím vlnovky a ryby, vedu jí ruku, aby také kreslila vlny, ale chce kreslit rovné čáry, nakonec čará sama - „sem-tam“ po papíře - při chůzi venku je do mě zakleslá, jde spořádaně, neutíká, po příchodu otce se zavěsí do něj, mě pustí; nestíhá asi jeho tempo a jde více pozadu	- cca 1/2 času sedí v jídelně klidně u stolu (využiji pro kreslení)	-	- vystrkuje otce ze dveří herny, zabouchává za ním dveře, bere mě za ruku a vede k matraci	-

	Jídlo a pití	Řeč	Reakce na hudbu a zpěv	Porozumění instrukcím	Motorika	Aktivita či únav	Smyslové vnímání	Neverbální komunikace	Jiné
7.11. 2015	- večer snědla nadvakrát (obvykle jí na vícekrát) - těstoviny brala často rukou místo lžičí (tou jí to šlo nabírat špatně)	-	- cca 10 min. spokojeně seděla na matraci a poslouchala, jak hrají na klávesy a zpívám - na hlasitou hudbu reagovala skřípěním zubů	- na mě upozornění, že má na rukávu brambůrek, jej vzala a na dotaz co s ním dál udělá, se usmála a snědla jej	- u kláves naznačuje hraní - obtíže při nabírání jídla lžičí	- v noci prý málo spala, přesto byla velmi živá – běhala a skákala na trampolině - dlouho vydržela sedět bez činnosti u stolu - až ve 22:00 začala být ospalá – chodila pomalu	- po 22:00 byla ospalá, chtěla tmu, točila se hlavou ke zdi	- šla sama ke klávesám a naznačila hraní => šla jsem hrát a zpívat - skřípění zuby na hlasitou hudbu večer	- - - setkání po návštěvě lékaře, před menstruací
11.11. 2015	-	-	- připojuje se ke mně při hraní na klávesy - sama pak hraje na dřevěnou žábu	- hraje sama dřevěnou tyčí o dřevěnou žábu	-	- neskákala, polehávala, seděla, nechtěla hrát na hudební nástroje - brečela při cestě na bruslení i během něj a téměř celé bruslení proseděla na ledě	-	-	-
27.11. 2015	-	-	- nechtěla hrát sama na nástroje, jen já jsem mohla tišeji zpívat	-	- chvílemi jsme společně popojely o pár metrů dál, kde se zase posadila	-	-	- pláč (asi kvůli bolestem)	-
9.12. 2015	- návštěva náměstí s pitím punče tak, že mě nebo otcí usrkávala za asistence z našich kelímků	-	- zaujatě poslouchá hrající „diskokouli“ - ráda poslouchala i mé hraní na klávesy a zpěv	- na pokyn, aby si šla umýt ruce, sama šla hned za mnou (a společně jsme šly k umyvadlu)	- společně jsme na hudbu tančili a chrástily rumba koulemi	-	- pozoruje a poslouchá zaujatě novou hračku „diskokouli“, která se točí, hraje a svítí	- vzala mě za ruku, zvedla mě ze židle a vedla si mě tančit	-

	Jídlo a pití	Řeč	Reakce na hudbu a zpěv	Porozumění instrukcím	Motorika	Aktivita či únova	Smyslové vnímání	Neverbální komunikace	Jiné
16.12.2015	- usrkávala ode mě nebo otce náš punč za naší asistence	-	-	- ukázala jsem jí a vysvětlila, jak se zapíná „diskokoule“, pak si jí již pouštěla sama	- po ukázce již sama zapínala tlačítkem „diskokouli“ - brusličky jsme společně podél mantinelu – držela se mě a mantinelu či otce	- akční bruslení, již neposedávala jako minule, většinu času se snažila bruslit	-	-	-
7.1.2016	-	-	- při zhasnutém světle poslouchala hudbu a tančila na ni	-	- sama hodně a pěkně skákala na gymnastickém balonu - tančila na hudbu	- vypadal unaveně a ospale - střídala posedávání s přecházením z místnosti do místnosti - na hudbu tančila	- zhasínala světlo i v jídelně (možná chtěla spát)	- při mém příchodu plačtivá (dle otce jí možná nevyhovuje nový asistent, který dochází přede mnou), pak se zklidnila	-
13.1.2016	- nic nejedla, ani nepila	-	-	- na žádost, aby mi hodila míč, jej zblízka podala do mé náruče	- házely jsme si míčem- ona jej chytla, na žádost z blízka hodila mě, pak ji to přestalo bavit a odešla	- hodně chodila, vypadala, že něco hledá (nakonec si vzala 2 dopravní kužely) - prohlížela si police, ze kterých obvykle nic nechce	-	- jedinou mě rukou zatlačila do židle, abych si sedla a kreslila jako před tím	-
20.1.2016	- jídlo jí hezky – zbytky odkládá na stůl - tyčinky si nebere po hrstech - mandarinku si ukousla i se slupkou	-	- tváří se radostně, když zpívám (s hudební terapeutkou prý nedávno i zpívala „hola hej“)	-	- dveře zkouší odemknout i levou rukou	- pozorovala, jak sněží a jak jí vločky padají na kůži - chtěla si neustále strkat do úst kovovou kuličku	-	- hodně mě objímala a dávala pusu	-
25.1.2016	- v hospodě zkoušela brčkem pít nový džus (nejdříve nechtěla, později již pila více)	- vesele si broukala	-	- na naše nabádání zkoušela pít džus stále více	-	- v hospodě klidně seděla dlouho v kuse	- zkoumala chuť nového džusu	- třikrát mi dala pusu, byla velmi milá	-



	Jídlo a pití	Řeč	Reakce na hudbu a zpěv	Porozumění instrukcím	Motorika	Aktivita či únav	Smyslové vnímání	Neverbální komunikace	Jiné
17.2. 2016	- nic nejedla ani, nepila	-	- chtěla poslouchat hudbu, byla ochotná mi n to na žádost rozsvítit světlo	- třikrát mě poslechla, když jsem po zhasnutí světla přestala hrát na klávesy a poprosila jsem ji, aby světlo „rožila“, abych mohla hrát. Rozsvítla mi a šla si sednout a poslouchat hudbu.	- několikrát si bez mé pomoci odemkla dveře, jednou si přendala hračku z pravé ruky do levé, aby si pravačkou odemkla (levou to neumí) - několikrát si sama skákala na gymnastickém balonu	-	- zaujaly ji nové pastelky, prohlížela si je zaujatě, ale o kreslení nejvíla zájem	- hodně se dnes smála - několikrát mi jemně dala pusku na ústa, přitom se držela mých vlasů, ale vůbec netáhala	-
24.2. 2016	- pila sama čaj z hrnku, jednou jej držela i za ucho - jidlo odkládala na talíř na stole, pokud byl před ní	- hodně broukala a vydávala rozmanité zvuky - když viděla můj čaj, něco zabroukala a máma z toho odvodila, že chce čaj také, tak uvažila i jí	- radostně pouštěla 4 houkající tlačítka a smála se, když jsem jejich zvuky imitovala	-	- házely jsme míče do koše na zemi - některé věci sama ukládala tam, odkud je vzala a brala si místo nich jiné (má zde police, na které dosáhne a může to tam položit)	- první hodinu se často houkala v závěsném vaku - poprvé skoro vůbec nehopkala z rohu do rohu, ani neběhala po místnosti (jiné zábavné podněty?)	- hodně dnes věci okusovala - světlo zhasla jen asi 3x (obvykle cca 20x, když je více po ruce) - zaujaly ji žaluzie na okně, musela jsem hlídat, aby za ně netáhala - zkoumala otisky své ruky v protlačovací kolíkové hračce - pozorovala vodní válce s barevnou tekutinou	-	- 1. setkání v jiné herně na cca 2,5 hodiny
2.3. 2016	- jedla sardinky z konzervy, nejdříve je brala rukou ze lžice, po upozornění už je pak nabírala jen lžící - omylem shodila pití ze stolu	- hodně si broukala, těžko bylo rozeznatelné, zda v pozitivním nebo negativním slova smyslu	- líbily se jí bzučící svítící tlačítka	-	- nechtěně při rychlém vstávání od stolu shodila rukou pití	- zdála se být spíše unavená, hodně času poseďovala v houpacím vaku, nasedala do něj neobratněji než minule	- byla citlivá na světlo, hodně zhasínala a při rozsvícení rychle přivírala oči - ve tmě pozorovala sebe v zrcadle, jak drží svítící kruh	-	- opět v druhých prostorách, jako předešlý týden

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Lenka Babjarová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií Univerzity Palackého v Olomouci
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2016

<b>Název práce:</b>	Son-Rise program z pohledu rodičů dítěte s PAS a z pohledu asistentky dítěte
<b>Název v angličtině:</b>	The Son-Rise Program from the perspective of the parents of a child with ASD and from the perspective of the child's assistant
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce je zaměřena na popis Son-Rise programu a jeho využití v praxi. V teoretické části jsou v úvodu obecně popsány poruchy autistického spektra. Následuje stručný výčet a charakteristika vybraných technik práce s osobami s PAS. Třetí kapitola obsahuje popis Son-Rise programu, jeho základní principy. Praktická část zahrnuje autorčino pozorování vlastní práce s dítětem v Son-Rise herně a náhledy na metodu Son-Rise získané z dotazníků od rodičů dítěte.
<b>Klíčová slova:</b>	Son-Rise program autismus PAS (Poruchy Autistického Spektra) triáda symptomů u poruch autistického spektra
<b>Anotace v angličtině:</b>	Bachelor thesis is focused on The Son-Rise Program description and its application in practice. In the introduction of theoretical part there are generally described Autism Spectrum Disorders followed by summary and characteristics of chosen intervention techniques used for people with ASD. The third chapter contains description of The Son-Rise Program and its basic principles. Practical part of thesis includes author's own observation of the child during

	interventions in Son-Rise Playroom and opinions obtained from the parents' questionnaire about The Son-Rise Program.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	The Son-Rise Program autism ASD (Autism Spectrum Disorders) triad of symptoms of autism spectrum disorders
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1: Dotazník o Son-Rise programu pro rodiče a souhlas se zpracováním informací Příloha č. 2: Souhrnná tabulka pozorování
<b>Rozsah práce:</b>	75 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk