

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2019-2022

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Natálie Chňoupková

Využití terapie Snoezelen u žáků sporuchami autistického spektra
vmateřské škole speciální v Rakovníku

Praha 2022

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martina Karkošová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

**BACHELOR / MASTER COMBINED (PART TIME) / FULL-TIME
STUDIES**

2019-2022

BACHELOR THESIS/DIPLOMA THESIS

Natálie Chňoupková

Využití terapie Snoezelen u žáků sporuchami autistického spektra
vmateřské škole speciální v Rakovníku

Prague 2022

The Bachelor/Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Martina
Karkošová Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská/diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorka(y)

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji

.....

Anotace

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá přiblížením vzniku pojmu Snoezelen, jeho vývojem a uvádí definice. Rozebírá využití jednotlivých terapií a metod a věnuje se popisu a typům zařízení Snoezelen místnosti. Zkoumá jednotlivé typy a symptomy poruch autistického spektra. Praktická část na základě případových studií a metody pozorování odpovídá na otázku: Jaký vliv má využívání terapie Snoezelen u vybraných dětí předškolního věku s PAS na stimulační změny v jejich chování v návaznosti na efektivnější spolupráci s nimi v dalších výchovně vzdělávacích činnostech z pohledu pedagoga mateřské školy speciální.

Klíčová slova

Mentální postižení, metoda, multismyslové prostředí, multismyslová stimulace, porucha autistického spektra, postižení, Snoezelen, terapie.

Annotation

The bachelor thesis deals in the theoretical part with an approach to the origin of the term Snoezelen, its development and provides definitions. It discusses the use of individual therapies and methods and deals with the description and types of Snoezelen room equipment. It examines the various types and symptoms of autism spectrum disorders. The practical part, based on case studies and observation methods, answers the question: What effect does the use of Snoezelen therapy have in selected preschool children with ASD on stimulating changes in their behavior in connection with more effective cooperation with them in other educational activities from the perspective of a special kindergarten teacher.

Keywords

Mental disability, method, multisensory environment, multisensory stimulation, autism spectrum disorder, disability, Snoezelen, therapy.

ÚVOD.....	9
1 TERAPIE SNOEZELEN.....	10
1.1. Definice, historie a vývoj konceptu terapie.....	10
1.2. Principy, metody a techniky práce využívané ve Snoezelenu.....	13
1.3. Využití místnosti Snoezelen a její vybavení.....	17
2 PORUCHA AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	20
2.1. Charakteristika PAS.....	20
2.2. Symptomatologie osob s PAS.....	21
2.3. Typy a stručné dělení poruch PAS.....	25
3 VYUŽITÍ TERAPIE V MŠ SPECIÁLNÍ.....	30
3.1. Cíle práce, metodologie výzkumu.....	30
3.2. Charakteristika místa šetření a průběh realizace.....	32
3.3. Vlastní výzkumné šetření.....	33
3.3.1. Případová studie I.....	33
3.3.2. Případová studie II.....	34
3.3.3. Případová studie III.....	36
3.3.4. Závěr výzkumného šetření.....	39
ZÁVĚR.....	41
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	43
SEZNAM ZKRATEK.....	45
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ.....	46
SEZNAM PŘÍLOH.....	47

ÚVOD

Koncept Snoezelen-MSE patří k novějším intervenčním přístupům využívaným při práci s žáky s poruchami autistického spektra v České republice. U žáků s PAS může tento koncept napomoci snižovat napětí, projevy agresivního chování, stimulovat smysly, vést k uvolnění a relaxaci, pomoci zvládat zátěžové situace a psychickou deprivaci. Bakalářská práce je tvořena částí teoretickou a praktickou. Zabývá využitím Snoezelenu jako prostředku k dosažení pozitivních změn ve stimulaci a redukcii hyperaktivního chování u vybraných dětí s PAS vzdělávajících se v základní škole zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona. Motivací pro výběr tohoto tématu byl dlouholetý zájem o speciální pedagogiku a handicapované, možnost seznámení se a navštěvovat před samotným výběrem tématu multismyslovou místnost a možnost pracovat s dětmi s poruchou s PAS.

Praktická část práce je součástí třetí kapitoly založena na kvalitativním výzkumu. Vlastní výzkumné šetření je tvořeno z případových studií tří vybraných chlapců, jednoho s atypickým autismem a dvou chlapců dětským autismem. Ke sběru dat jsou použity techniky zúčastněného pozorování a analýza osobní dokumentace, kterou tvoří doporučení SPC, zprávy SP, pedagogická dokumentace.

Cílem výzkumného šetření je zjištění vlivu využívání konceptu Snoezelen na redukcii hyperaktivity, pozitivní stimulaci, zklidnění a zlepšení pozornosti u konkrétních dětí s PAS. Na základě hlavního cíle jsou dále vymezeny dílčí cíle a vedlejší výzkumné otázky: K jakým stimulačním změnám dochází v oblasti zrakové percepce u vybraných žáků s PAS ve Snoezelen prostředí? Má pravidelná návštěva Snoezelen místnosti pozitivní vliv na spolupráci dětí s PAS v dalších výchovně vzdělávacích činnostech v MŠ mimo Snoezelen prostředí? Jakými technikami lze docílit zklidnění těla u hyperaktivního dítěte?

1 TERAPIE SNOEZELEN

1.1 DEFINICE, HISTORIE A VÝVOJ KONCEPTU SNOEZELEN

„Snoezelen je místnost předurčená k poskytnutí pozitivně naladěného prostředí, jež může mít funkci relaxační, poznávací a interakční. Nabízí poznání odlišných sensorických zkušeností, atmosféru vzájemné důvěry a bezstarostného uvolnění. Vyjadřuje rovnováhu mezi stimulací a relaxací ve světě uspokojení individuálních potřeb každého jedince.“ (Fajmonová a Chovancová, 2008, s. 33)

Snoezelen je složenina ze dvou Holandských slov „snuffelen“ – „čmukat“ a „dozelen“ – „podřimovat“. Výrazy vzájemně vystihují koncept Snoezelenu, jeho smyslový aspekt poukazující na terapeutickou stránku metody a stav klidu a blaha vztahující se k metodě relaxační (Fajmonová a Chovancová, 2008). Koncept Snoezelen vychází z multismyslového prostředí, které je určené především pro osoby se speciálními potřebami. Lze ho také definovat jako místnost určenou k uvolnění prostřednictvím smyslové stimulace podporující hmatovou diferenciaci, zrakovou a sluchovou percepci (Filatova a Janků, 2010).

Výraz Snoezelen se používá zejména v evropských zemích. V Americe a Austrálii se používá označení Snoezelen-MSE (Multisensory Environment – Multismyslové prostředí). *„Tento sdílený přístup lze aplikovat v terapii, při vzdělávání a ve volnočasových aktivitách a koná se ve speciálním, k tomu určeném prostředí, které je vhodné pro všechny lidi, zejména pro ty se speciálními potřebami, včetně lidí s poruchou autistického spektra nebo demencí“* (Filatova, 2014, s. 14). V pedagogické praxi je koncept Snoezelen chápán jako volnočasová aktivita, podpůrná a alternativní edukační metoda s terapeutickým přístupem práce. Podílí se na edukaci a rozvoji osobnosti jedince, jeho schopností a kompetencí (Janků, 2018). *„Nejefektivnější způsob práce ve Snoezelen prostředí je terapeutický, protože Snoezelen je koncept terapeutický“* (Filatova, 2014, s. 87).

Samotný koncept vznikl v 70. letech 20. století, kdy roku 1966 dva američtí psychologové Cleland a Clark založili místnost „Sensory cafeteria“ - „Kavárna smyslů“ a výzkum provedený v této místnosti publikovali. *„Výzkum byl proveden u osob s vývojovými vadami, hyperaktivitou, mentální retardací a autismem. Takto postiženým jedincům byly poskytovány ve vhodně přizpůsobených místnostech zrakové, sluchové, kinetické, hmatové a další podněty, které by měly být prvním vývojovým krokem k rozvoji osobnosti“* (Filatova a Janků, 2010, s. 16).

Cílem výzkumu byla podpora a rozvoj komunikačních schopností jedince a pozorování změn chování prostřednictvím smyslových podnětů. Z tohoto výzkumu vycházeli v roce 1975 nizozemští odborníci dánský psycholog a ergoterapeut Ad Verheul a muzikoterapeut Jan Hulsegge, kteří pracovali s těžce mentálně retardovanými klienty ústavní péče v De Hartenbergu v Holandsku. *„Rozvíjeli senzoričnou činnost jako spontánní volnočasovou aktivitu pro osoby s těžším kombinovaným postižením“* (Filatova a Janků, 2010, s. 16). Sestavili tzv. „senzoričnou stan“ jako jeden ze speciálních místností určených ke smyslovým stimulacím zaměřených na rozvoj primárních smyslů a percepce osob s těžkými mentálními a kombinovanými vadami. Prvotní koncept terapie byl postaven na předpokladu, že emoční vnímání klienta, primární smyslové vjemy a zážitky z terapie, jsou prioritními prostředky k navazování kontaktu s handicapovanou osobou. Koncept terapie byl tedy postaven především na relaxaci, nikoli na edukaci. Po několikánásobných přestavbách ústavního zařízení vzniklo v Nizozemí pod vedením Verheula a Hulseggeho „Centrum Snoezelenu“ (Filatova a Janků, 2010).

Původní termín Snoezelen vznikl v roce 1978, Verheul a Hulsegge jsou tak považováni za zakladatele konceptu. Roku 1986 vydali společně knihu s názvem *Snoezelen jiný svět*. Po zveřejnění knihy začaly po celém světě vznikat podobné pokoje určené jedincům jakéhokoliv věku s různorodým postižením. Terapie Snoezelen se v 80. letech začala rozšiřovat do dalších zemí, a to do Belgie, Německa, Polska, Velké Británie, Skandinávie. Později do Japonska, Kanady, USA, Austrálie a Izraeli (Fajmonová a Chovancová, 2008).

Ad Verhul spolupracoval s profesorkou Kristou Mertens, která se na Humboltově univerzitě v Berlíně zabývala především somatologií a organizovala se svými studenty projekty, prováděla výzkumy zabývající se podporou rozvoje vnímání tělesně handicapovaných osob na základních a speciálních školách. Především v oblasti terapie Snoezelen. Krista Mertens vydala publikaci s názvem „Snoezelen – Eine Einführung in der praxis“ a významně se podílela v roce 2002 na založení Mezinárodní Snoezelen asociace ISNA (*Internarional Snoezelen Association*). V roce 2012 byl hlavními představiteli konceptu přijat na konferenci v USA nový název Snoezelen – MSE (*Multisensory Environment – Multismyslové prostředí*). Asociace byla rozdělena na dvě samostatné organizace – ISNA Snoezelen, vedená prof. Kristou Mertens a na ISNA-MSE (*International Snoezelen Association – Multisensory Environment / Mezinárodní Snoezelen Asociace – Multismyslové prostředí*). ISNA-MSE je mezinárodní organizace tvořena řadou odborníků z jednotlivých zemí celého světa, kteří sledují současný vývoj ve světě v jednotlivých vědních oborech a informují o nejnovějších poznatcích o konceptu na různých konferencích a v publikacích. Osobností, která také přispěla novými poznatky pro koncept Snoezelen, je neuropsycholog a ředitel Australské univerzity v oblasti poradenství a kariérního rozvoje Paul Pagliano, který se zabýval výzkumem Multisensorické stimulace.

Tehdejší poválečné Československo zažívalo v oblastech zdravotnictví, sociálních služeb a školství období stagnace. Teprve v 90. letech 20. století se začali v Československé Republice objevovat školské projekty z Dánska a Nizozemí zabývající se problematikou vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Před rokem 2000 se začaly budovat první rehabilitační třídy pro děti s handicapem a pod metodickým vedením zahraničních pedagogů vznikaly první Snoezelen místnosti ve speciálních školách v České Republice – Střední škola pro tělesně postižené Gemini v Brně, Základní škola speciální Blansko. V roce 1997 se problematika Snoezelen dostala do osnov katedry speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně, kde začala spolupráce s filozofickou fakultou Humboltovy univerzity s profesorkou Kristou Mertens. První Snoezelen místnost vznikla v Ostravě, na jejímž zakládání se v roce 2002 podílela významná psycholožka a nositelka Snoezelen konceptu do České republiky PhDr. Hana Stachová spolupracující se zakladatelkou Asociace konceptu Snoezelen České republiky (ASNOEZ) Renatou Filatovou.

Renata Filatova se od roku 1999 zabývá vývojem a výrobou kompenzačních a výukových pomůcek pro speciální pedagogiku a samotnou realizaci a vybavením multismyslových místností po celé České Republice, navrhuje především pomůcky pro Bazální stimulaci. V roce 2009 Renata Filatova vybuodovala první Vzdělávací centrum Snoezelen konceptu v Ostravě. V roce 2011 spolu s doktorkou Kateřinou Janků založila v České Republice Asociaci konceptu Snoezelen a organizuje mezinárodní konference Snoezelen-MSE konceptu. Mezinárodní konference s názvem Snoezlene-MSE „Terapie z rukou odborníků znamená luxus pro všechny smysly“ uskutečněné v říjnu roku 2014, se zúčastnil zakladatel konceptu Ad Verhul a prof. Dr. Paul Pagliano.

V současnosti je Snoezelen vnímán jako filosofický koncept umožňující využití alternativních přístupů všem osobám bez rozdílu v mnoha specializovaných odvětvích. Prokazatelně se podílí na zlepšení zdravotního stavu člověka, pomáhá osobám nejen s těžkými tělesnými a kombinovanými vadami, ale i osobám s různými psychickými deprivacemi, s demencí, s poruchami v komunikační schopnosti, s poruchou autistického spektra, ale i lidem bez handicapu (Filatova, 2014).

Paul Pagliano o multismyslové stimulaci řekl: *„Multismyslová stimulace odkazuje na skutečnost, že současně podněcuje více než jeden soubor nervových receptorů. Právě toto synchronizované spojení smyslů vytváří zcela nové schopnosti nebo způsoby získávání informací ve světě, který by nebyl zprostředkovaný pomocí jednoho smyslového orgánu. Představa používání jednoho konkrétního smyslu izolovaně je poněkud klamná. Jsme multismyslové bytosti – naše smysly pracují ve vzájemném souladu, i když si sami myslíme, že fungují v izolaci. Proto využití multismyslové stimulace při pomoci dětem a dospělým se smyslovým postižením a poruchami učení je tím nejpřirozenějším, nejlogičtější a nejoptimističtější přístupem.“*

1.2 PRINCIPY, METODY A TECHNIKY PRÁCE VYUŽÍVNÉ VE SNOEZELENU

Metoda Snoezelen se v průběhu let koncepčně velmi měnila. První pojetí bylo především relaxační. Edukační význam mělo zcela minimální. Nyní je po celém světě považována za volnočasovou aktivitu, terapeutickou metodu, která má svůj pevný řád a systém, ale i za podpůrnou edukační metodu zaměřenou na vzdělávání a výchovu (Filatova a Janků, 2010). „*Snoezelen by mohl být definován jako integrovaný přístup, aplikovaný odborným personálem v rámci denních činností práce, s cílem aktivní stimulace skrze světelné, zvukové a čichové podněty. Podstatou této metody je poskytnutí individuální a přirozeně návazné sensorické stimulace v přijatelném a nestresujícím prostředí, bez potřeby a nutnosti rozvoje vyšších kognitivních oblastí, kupříkladu logických a abstraktních procesů myšlení a paměti*“ (Filatova a Janků, 2010, s. 18).

Principem metody Snoezelen je vytvoření takového prostředí, které nabízí stimulaci prostřednictvím navození klidné atmosféry skrze smyslové podněty. Princip spočívá v kontaktu mezi klienty a terapeuty (popřípadě rodiči). V místnosti vstupují do vzájemné interakce zaměřené na stimulaci, přijetí a pochopení světa osob s postižením (Fajmonová a Chovancová, 2008). „*Obecně bychom mohli vyslovit myšlenku, že cíl a podstata Snoezelenu leží ve snaze pochopit a pomoci uskutečnit reálné potřeby, preference a přání klienta*“ (Filatova a Janků, 2010, s. 19).

Prostředí plní funkci relaxační, poznávací a interakční. Každá z funkcí má své cíle. Relaxační funkce spočívá v komplexním uvolnění klienta pomocí různých metod či navozením tepla, vůněmi, hudbou, tlumeným osvětlením. Poznávací funkce umožňuje klientům se somatopedickými vadami rozvíjet objevování prostřednictvím nabízených podnětů k pohybu např. skrze vodní postel. Umožňuje jim poznávat podněty okolo sebe prostřednictvím hmatu. Interakční funkce se zaměřuje na stimulaci a možnost k tomu, aby byl klient sám schopen ovlivnit akci (průběh terapie) skrze manipulaci s předměty umístěných v multismyslové místnosti jako jsou: zvukové panely, bublinkové válce, různá svítidla, vodní postel. Slouží k podpoře vnímání, relaxaci, rozvíjí představivost, uklidňuje, aktivuje smysly a má efekt na zlepšení emočního stavu, nálad,

komunikačních schopností a poruch chování. Rozvíjí motoriku, vnímání a zprostředkovává prvotní vjemy u jedinců s těžkým postižením. Zároveň slouží také jako podpůrná edukační metoda a volnočasová aktivita v procesu výchovně vzdělávacích činností. Holanďané definují dobu strávenou ve Snoezelenu jako „*Teorii volného času, jako teorii samotného bytí člověka, jako teorii uznání jeho jedinečnosti*“

V prostředí Snoezelen je terapie zaměřena především na smysly klienta. Zaměřujeme se na ně jednotlivě, ale i komplexně. Používá se zde řada technik a podpůrných terapeutických metod pro zrakovou, hmatovou a čichovou stimulaci či pro zaměstnání všech smyslů. Nabízených podnětů ke stimulaci by mělo být přiměřeně a měly by vyvolávat příjemné zklidňující pocity. Měly by v klientovi aktivovat zrakovou a sluchovou percepci a následné pasivní prožívání skrze uvolnění. Je důležité vycházet z toho, co klienta zajímá, uzpůsobit snoezelen hodinu k jeho individuálním potřebám. Metoda je využívána především pro děti s mentálním postižením, s přidruženými tělesnými či smyslovými vadami, s těžkými poruchami hybnosti, osobám s poruchami autistického spektra, s genetickými vadami, DMO, ADHD, osobám s poruchami chování a mnoha dalšími.

V zařízení při práci ve Snoezelenu je využíváno mnoho speciálně pedagogických a terapeutických metod. Mezi nejrozšířenější a nejvíce používané řadíme Aromaterapii, Muzikoterapii, Bazální stimulaci, Míčkování. Stručně se s každou z nich seznámíme. Aromaterapie probouzí harmonii mysli, těla a duše. Posiluje imunitu a má skvělé účinky na nervový systém. Je to složenina ze dvou slov „aroma“-vůně a „terapie“ - léčba. Jedná se o psychoterapeutickou metodu, při které se využívá řada esenciálních olejů. Esenciální oleje likvidují bakterie a napomáhají klientům s alergiemi a ekzémy. Mají antibakteriální účinek. Aromaterapie se nejběžněji využívá při masážích, je tedy založena především na tělesném kontaktu. Ovlivňuje duševní stav klienta, má přímý vliv na pocity a nálady. Při masážích se rozpouští oleje v rostlinné bázi a aplikují se skrz vmasírování přímo do pokožky těla. Pronikání olejů do krevního oběhu ovlivňuje náš nervový systém i na několik hodin (Fajmonová a Chovancová, 2008).

Další využívanou metodou je Muzikoterapie. Jedná se o léčbu skrze využití hudby. Světová federace muzikoterapie uvádí definici: „*Muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích elementů jako prostředku intervence ve zdravotnických a vzdělávacích zařízeních i v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, rodiny nebo komunity, kteří hledají optimalizaci kvality jejich života a zlepšení fyzické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální, spirituální složky zdraví a blahobytu. Výzkum praxe, vzdělávání i klinický trénink v muzikoterapii jsou založeny na profesních standardech dle příslušného kulturního, sociálního a politického kontextu*“ (Muller a kolektiv, 2014, s. 269). Hudba je využívána jako primární terapeutický prostředek. Působí na naši duši a vnímáme ji celým tělem. Má léčebné a harmonizující účinky. Zmírňuje pocity úzkosti, stresu a bolesti. Je vhodná pro osoby s neschopností pohybu, mentálním postižením, osobám po operacích a vážně dlouhodobě duševně nemocným. Napomáhá duševnímu poznání, uvolňuje skryté pocity a vzpomínky. V multisenzorické místnosti s nejvíce využívá hudba určená k uvolnění. Jedná se nejčastěji o zvuky lesních zvířat, melodie šumění lesa či moře. Využívá se i řada hudebních nástrojů ke hře, aktivitě v místnosti (Fajmonová a Chovancová, 2008). Velmi využívanou metodou je také Bazální stimulace. Pojem bazální znamená základní, jedná se o stimulační nabídku podnětů u jedinců s těžkým postižením. Koncept je založen především na rozvoji a aktivizaci vnímání dítěte a požadavku citlivosti (Muller a kolektiv, 2014). Prostřednictvím stimulace smyslových orgánů umožňuje tento bazální koncept zlepšovat zdravotní stav u jedinců s poruchami vnímání a poruchami hybnosti. Nejčastěji je využívána metoda polohování. „*Prostřednictvím polohování můžeme dítěti umožnit získat informace o svém těle a výrazně stabilizovat vnímání tělesného schématu. Polohováním poskytujeme stimulaci somatickou a vestibulární, protože měníme pozici a stimulujeme vestibulární aparát*“ (Fajmonová a Chovancová, 2008, s. 49). V konceptu bazální stimulace se dále využívají masážní metody stimulující dýchání, které se provádějí v oblasti zad a přední části hrudníku. Hluboké dýchání umožňuje tělesné i psychické uvolnění, ustaluje rytmus dýchání. Při naladění se na rytmus dýchání vzniká mezi dítětem a terapeutem komunikační proces se vzájemným pochopením beze slov. Další velmi využívanou technikou je Míčková automasáž zaměřená na masáž těla, jeho uvolnění a harmonizaci dechu. Je vhodná pro děti s mentálním a tělesným postižením, dětem se smyslovými vadami. Metoda je zaměřena na masáž jednotlivých akupresurních bodů těla a čaker.

1.3 VYUŽITÍ MÍSTNOSTI SNOEZELLEN A JEJÍ VYBAVENÍ

Snoezelen prostředí je multifunkční využívané k relaxaci, smyslové stimulaci, poznávání, vytváření nových zkušeností a interakci mezi dítětem a terapeutem. Cíl a podstata Snoezelen prostředí leží ve snaze pochopit a pomoci uskutečnit reálné potřeby jedince. Metoda se využívá a je určena především všem osobám se speciálními potřebami, osobám s psychiatrickými diagnózami, jedincům s demencí, s neurologickými vadami, poruchami chování a emocionální se sociálními problémy, syndromem poruchy pozornosti AHD, hyperaktivity ADD a osobám se specifickými vývojovými vadami LMD. Z toho vyplývá, že každá místnost je jiná a základem každé místnosti Snoezelen je schopnost variability takovým způsobem, aby prostředí a činnosti byly vždy přizpůsobeny individuálním potřebám každého klienta. Vždy se vychází z individuálních potřeb klienta vzhledem k jeho diagnóze, typem poruchy či postižení. Je využívána pro všechny věkové skupiny, metodu je tedy nutno přizpůsobit i věku klienta, kde pozorujeme jeho prožívání v multismyslové místnosti.

Pro termín Snoezelen existuje mnoho definic, které ho vymezují a odborníci se navzájem neshodují v jednotném konceptu terapie. Snoezelen se využívá jako terapeutická metoda, volnočasová aktivita nebo podpůrná edukační metoda. Slevin a McClelland posuzují Snoezelen jako terapeutickou metodu podle výroku zakladatelů konceptu Hulsegeho a Verhula: *„Existuje množství osvětlujících definic, které popisují, co přesně metoda Snoezelen je, avšak pouze skrze slova a částečně předávané představy nejde ukázat, co se přesně pod tímto pojmem zamýšlí. Konečně jen osobní zážitek a zkušenost nám může poskytnout skuteční obraz o této metodě“* (Filatova a Janků, 2010, s. 44). Snoezelen tedy lze považovat za terapii, pokud je cíl terapeutický a využití má terapeutický efekt, který pozitivně působí a ovlivňuje další vývoj jedince. Musí být předem naplánován jasný cíl a postup hodiny přizpůsobený přímo diagnóze klienta, průběžně sledován a hodnocen pobyt klienta, následně je nutné uskutečnit zpětnou vazbu celý terapeutický proces zakončit evaluací, tedy zhodnocením hodiny v multismyslové místnosti. K doplnění metody se u tohoto pojetí konceptu využívají různé podpůrné terapie. Snoezelen lze také chápat a využívat jako volnočasovou aktivitu. Původně užívanou především pro jedince s těžkým mentálním postižením. Tento koncept byl prvotním záměrem zakladatelů. Skrze příjemně laděnou atmosféru

proniknout do vnímání a prožívání osob s nejtěžším stupněm postižení. Cílem tohoto pojetí náplně volného času, je tedy nabídnout klientovi nové zážitky, duševní i fyzickou harmonii, samovolný výběr libých aktivit a uvést do činnosti jeho smysly. Zásadou využití je svoboda volby a poskytnutí dostatku volnosti, prostoru a času. K motivaci není využíván terapeut a jím zvolené terapeutické metody, ale samotné prostředí a předměty v něm určené k aktivaci a stimulaci. Klient si svým výběrem utváří individuální libou atmosféru. Dalším a posledním pojetím Snoezlenu je edukační. Místnost se využívá ve školách a je určena především k budování pozitivních vztahů mezi žákem se speciálními potřebami a pedagogem, ke zklidnění, snížení hyperaktivity, rozvoji percepce a k redukci sensorické deprivace, k rozvoji seberealizace, jemné motoriky, rozvoji kognitivních schopností. U všech pojetí koncepce Snoezelen je důležitá akceptace individuálních zájmů, přání a projevů klienta. Jednou z nedůležitějších zásad, ovlivňující celý pobyt a hodinu ve Snoezlenu od začátku až do konce, je stanovení cílů. Dále časové rozložení a obsah hodiny, stanovení metodického záměru, organizace a využití pomůcek při pobytu a zhodnocení hodiny. Hodina by měla být vždy rozdělena na jednotlivé etapy. Přivítání formou rituálu, aktivní a hlavní část samotného průběhu hodiny, část zaměřena na relaxaci a závěr hodiny zaměřený na evaluaci. Závěr evaluace obsahuje objektivní shrnutí efektivity pobytu klienta. Každá hodina by měla vždy obsahovat aktivní a pasivní část (Filatova a Janků, 2010).

U vybavení multismyslové místnosti je velice důležitá možnost variability. Prostor by mělo být uzpůsobeno k možnosti pracovat s klienty s postižením i bez něj. Existuje mnoho multismyslových místností vytvořených s různými záměry. Nezbytnou součástí je však široká nabídka smyslových podnětů za účelem vytvoření smyslových zážitků a zkušeností (Filatova, 2014). Důležitou zásadou pro pobyt v místnosti je její dostatečná velikost, přítomnost, bezpečnost, bezbariérovost místnosti a odhlučnění k eliminování rušivých vlivů z okolního prostředí. Každá místnost a je zařízena jiným způsobem. Vybavení by mělo být snadno udržovatelné s možností výměny potahů pohovek, zaplněné polštářů, vodní postelí a různými světelnými efekty jako je zrcadlová koule odrážející světelné paprsky, barevné reflektory nebo projektory s promítáním barevných ornamentů na zdi. Vhodné jsou různé bublinkové válce k podpoře zrakové percepce a simulaci, světelné lampy, fosforeskující ornamenty a mnoho dalšího. V místnosti by měly být k dispozici zdroje zvuků pro sluchové vnímání. Využití relaxační hudby a

různých hudebních nástrojů, zvonkoher, zvukových hraček. Pro stimulaci čichu je vhodné místnost vybavit aromalampami a esenciálními oleji. Pro podporu a rozvoj hmatu je nezbytné využití mnoha stimulačních pomůcek a předmětů jako jsou různé nádoby a pytlíčky s přírodninami a různými materiály, s pískem, kamínky, peříčky. Dále se využívají ke stimulaci masážní ježci, nafukovací balonky, různé houpací sítě (Fajmonová a Chovancová, 2008).

Rozlišujeme několik typů Snoezelen místností, dle barev a vybavení prostoru. Nejběžnější místnosti propagovanou Kristou Mertens je Bílá místnost určená dětem s těžkým mentálním postižením a s kombinovanými vadami, jejímž hlavním cílem je relaxace. Základním vybavením této místnosti je vodní postel, bílé zdi a stropy k promítání barevných světelných tvarů, polštáře, světelné bublinkové válce a zvuková aparatura k pouštění relaxační hudby. Další místnosti je šedá určená k redukci rušivých podnětů. Je zvukotěsná, vybavená koberci a závěsy. Využívá se především u dětí s poruchou pozornosti nebo hyperaktivity ADHD, ADD. Cílem je zvýšení pozornosti, ovládnutí soustředění zaměřeného na uvědomění si vlastního těla, snížení hyperaktivity. Podlaha místnosti je z důvodu lepší orientace v prostoru označena čarami. Tmavá místnost je určena k vizuální stimulaci vybavena barevnými lampami, foliemi a různými svítilkami tvořící UV světlo. Zdi místnosti jsou vymalovány černou barvou, aby bylo eliminováno vizuální rozptýlení. Není však nutné, aby místnost byla vymalována černě, stačí eliminovat světelné podněty a zvolit pouze tlumenou zelenou či modrou barvu. U některých klientů může tmavá místnost vyvolávat úzkostné pocity a pocit klaustrofobie (Filatova, 2014).

Používá se různé množství pomůcek a technik, které by měly být vždy využívány přiměřeně s ohledem na stanovené cíle a přizpůsobené zdravotnímu stavu klienta či skupině. Speciální technické pomůcky se ve Snoezelen využívají k zprostředkovávání nových zkušeností a obsahů a cílů hodiny ve Snoezelen prostředí, k rozvoji vnímání a představitivosti, k získávání nových informací (Filatova a Janků, 2008).

2 PORUCHA AUTISTICKÉHO SPEKTRA

2.1 CHARAKTERISTIKA PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Metoda Snoezelen je určena především jedincům s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením. V této kapitole se proto seznámíme s jedním typem mentálního postižení, kterým se bude zabývat v teoretické části i samotný výzkum. Tím jsou poruchy autistického. Autismus řadíme mezi neurovývojové onemocnění a patří mezi nejtěžší typ mentálního postižení, které je trvalé.

Mentální postižení nebo mentální retardace má několik stupňů a typů, neexistuje jednotná definice pro termín mentální postižení. Nejčastěji je uváděno, že se jedná o opožděný mentální a rozumový vývoj jedince. „*Nejjednodušeji lze mentální postižení charakterizovat jako snížení intelektu, které se projeví v kognitivní, řečové, motorické a sociální sloce osobnosti. Jedná se o postižení trvalé, které nelze vyléčit, ale nabídnutím vhodných přístupů může dojít ke zlepšení stavu.*“ (Bazalová, 2014, s. 15)

Porucha autistického spektra patří mezi Pervazivní vývojové poruchy. Pervazivní definujeme jako všepromikající. Vyjadřuje to, že vývoj jedince je narušen v mnoha rovinách, vyskytuje se mnoho variabilních symptomů. Dítě nedokáže vnímat a vštěpovat informace ze svého okolí stejným způsobem jako dítě bez mentálního postižení. Diagnostika je založena nikoli na projevech, ale na přítomnosti určitého počtu symptomů v jednotlivých specifických oblastech. Jsou narušené komunikační a sociální dovednosti a rozumové schopnosti a to v různé míře. Diagnostika je velice obtížná z důvodu různorodého výskytu symptomů, které jsou zastoupeny u každého jedince s autismem v odlišné míře a četnosti. „*Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepromikající. Postupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emoci. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá*“ (Thorová, 2016, s. 31). Podle britské psychiatřičky Lorny Wingové vymezujeme tři problémové oblasti klíčové pro diagnózu autismu s názvem *Triáda poškození – Triad of Impairments*. Jedná se o postižené oblasti vývoje, kterými jsou: potíže v sociálních schopnostech, v komunikaci a představivosti.

Stupeň závažnosti poruch se liší. U jedinců s autismem kromě triády poruch se může vyskytovat řada dalších přidružených vad. Jedinci mohou trpět abnormálním chováním projevující se agresí a mnoha dalšími dysfunkcemi. Projev deficitů v jednotlivých oblastí se věkem mění a to komplikuje stanovení diagnózy. U mírnější varianty projevu symptomů lze autismus odhalit již ve třech letech. Stěžejní diagnostika je ovšem u rizikových jedinců v pěti letech před nástupem do školy (Thorová, 2016).

Většina dětí s poruchou autistického spektra trpí poruchou intelektu v různém rozsahu, dále se spolu zmiňovanou triádou oblastí vyskytují deficity spojené se stereotypním okruhem zájmů dítěte. Vyskytuje se repetitivní chování dětí tzn. Točení s různými věcmi, řazení předmětů do řad, třepetání a plácání rukou, chození po špičkách, pozorování a hra s vodou, sbírání a olizování nejrůznějších předmětů. Zajímá je především světlo stín, rozsvěcování a zhasínání světel a pohyby. Častá je i přecitlivělost na některé neznámé zvuky. Objevuje se i sebepoškozování projevující se boucháním hlavy o různé předměty či agrese spojená s nepochopením vedena k jinému dítěti, rodiči či pedagogovi projevující se škrábáním, kousáním či boucháním hlavy (Bazalová, 2014).

„Poruchy autistického spektra jsou skupinou syndromů, tedy množinou příznaků, která zahrnuje kognitivní, motivačně emoční a behaviorální odchylky od normy. Příznaky jsou natolik širokospektré, mnohovrstevné a prolínající se, že jejich vzájemné hranice, a tudíž přesnou definici je obtížné objasnit“ (Thorová, 2016, s. 297).

2.2 SYMPTOMATOLOGIE OSOB S PAS

Projevy poruch autistického spektra se liší v různorodosti symptomů. Nástup symptomů podle M. Hrdličky bývá dvojitý: Od prvních měsíců pozorujeme abnormální změny ve vývoji. Dítě nenavazuje oční kontakt a pozornost, neusmívá se, nenastupuje řeč, dítě je značně neklidné. Dále dochází k tomu, že dítě začíná ztrácet nabyté vědomosti a dovednosti v oblasti kognitivních schopností, sociálního chování a verbální i neverbální komunikace. Také se mohou objevovat specifické odchylky v projevech chování dítěte.

Četnost symptomů a hloubka postižení se u každého jedince s PAS liší a tím je každý je jedinečný. Nelze tudíž uvést všechny zasažené oblasti. Některé schopnosti jsou opožděné, u některých jedinců s autismem mohou zcela chybět. Z hlediska vývoje je nejvíce zasažena oblast mentální, jejíž defekt má vliv na nestandardní chování jedince. Vrozená porucha mozkových funkcí má vliv na chápání okolního světa dítěte i na sebepoznání. Tato neschopnost ovlivňuje duševní vývoj dítěte a to především v oblastech socializace, komunikace, smyslového vnímání a kognitivních funkcí. Dalšími typickými znaky autismu je stereotypní a rigidní chování a zájem o věci a činnosti. Každý jedinec s autismem je zcela jedinečný. Setkáváme se s dětmi, které nemají narušené centrum řeči a naopak i s těmi, které jsou zcela nemluvící, nebo s dysfagickou poruchou řeči. Někteří mohou být naopak nadprůměrně jazykově nadaní s obsáhlou slovní zásobou. Dále se každý jedince s autismem liší různou mírou poškození intelektu a zájmu o sociální kontakt. Některé dítěte je netečné bez potřeby fyzického kontaktu, některé je naopak mazlivé. Všechny zmiňované vyskytující se symptomy jsou zastoupeny u každého dítěte různorodě, s rozdílnou mírou symptomaticky v různě mnohočetných kombinacích. Tudíž téměř nelze nalézt dvě autistické děti se zcela stejnými projevy. Při stanovení diagnózy se zaměřujeme na hloubku postižení, četnost výskytu nestandardního chování a symptomů.

„Tíže symptomatiky tvoří kontinuum od jednoznačně a plně vyjádřené symptomaticky přes hraniční projevy, se kterými se setkáváme u lidí blížících se normě, ale i u jedinců, kteří trpí jinou, mnohdy závažnou poruchou (mentální retardace, porucha aktivity a pozornosti, různé neurogenetické syndromy).“ (Thorová, 2016, s. 30)

Kannerovo diagnostické kritérium z roku 1943, které se stalo základem diagnostiky syndromu pro typický Kannerový dětský autismus, rozlišuje několik typických symptomů autismu. Uváděna je neschopnost vytváření vztahů s okolím a s tím obtíž navazování sociálních interakcí, považování lidí za předměty nikoliv za živé bytosti a nezájem o ostatní děti. Dalšími symptomy jsou potíže s řečí a osvojením jazyka. Řeč může být opožděná, nebo může zcela chybět. Používání jazyka může být nefunkční i po rozvinutí řeči. Mívají potíž se smysluplným používání slov v běžné konverzaci, jejich řeč je specifická, mají sklony často opakovat slyšená slova beze smyslu a významu. Typickým znakem je stereotypní a omezená hra, lpění na stejných a známých

činnostech a předmětech a s tím spojená rezignace vůči novým a pro ně neznámým věcem. Potřebují řád a rituály, odmítají změny v prostředí a činnostech. Mívají skvělou mechanickou paměť, kdy si pamatují celý text písně či básně, čísla nebo abecedu. Tyto diagnostická kritéria podle Kannerova mají z důvodu nedostatků dnes pouze historický význam.

Hlavními třemi znaky postižených oblastí ve vývoji dětí s poruchou autistického spektra důležitých pro diagnózu je již uváděná Triáda poškození. Jedná se o tři problémové oblasti společné pro poruchy autistického spektra: sociální interakce, představivost a komunikace. Sociální interakce a sociální chování se u každého jedince s PAS liší hloubkou postižení, každý má jinou úroveň sociálních dovedností odpovídající jinému věku než je norma. Sociální intelekt je oproti osobám bez poruchy v hlubokém deficitu. Podle Lorny Wingové existují čtyři typy sociální interakce u osob s autismem: osamělý, pasivní, smíšený/zvláštní a typ formální. Sociální chování se s věkem může měnit, není stabilní. Obvykle se dominantní typ sociální interakce může ustálit až v dospělém věku. „*Specifický kognitivní styl, ke kterému přispívá doslovné a přesné chápání instrukcí a situací, rigidita myšlení, egocentrismus s omezenou schopností empatie, malá nebo žádná schopnost porozumět metakomunikaci (předávání informací v průběhu slovní komunikace společně s přímým obsahem řečeného) a neschopnost zobecňovat, lidem s PAS neumožňuje chápat jemnost a komplexitu sociálních vztahů a situací.*“ (Thorová, 2016, s. 80) Většina osob s autismem o sociální kontakt stojí, ovšem skrývá se v nich nejistota, neschopnost kontakty navazovat a problémy v komunikaci. Chování ostatních lidí se jim jeví jako nečitelné, nepředvídatelné. V autistickém dítěti tato neschopnost vyvolává pocity úzkosti a chaosu. Komunikace je další primární problémovou oblastí u dětí s PAS. U většiny dětí je řeč opožděná s častými abnormalitami a polovina z nich si řeč nikdy neosvojí takovým způsobem, aby mohla být použita v běžné komunikaci. Tato porucha se projevuje na úrovni porozumění i vyjadřování řeči a týká se stránky verbální i neverbální. Obtíže jsou v syntaxu (větné skladbě, fonetice (artikulace), v sémantice (obsahová stránka), v pragmaticce (jazykový styl) a v prozodii (zvuková stránka jazyka). Opět zde záleží na míře poškození a kombinací deficitů. Bývají obtíže i v neverbální komunikaci. V gestech, mimice, v nepotřebě navazování očního kontaktu, v postoji těla. Nejméně narušenou řeč mají osoby s Aspergerovým syndromem. Poslední z triády je narušená oblast představivosti,

do které se řadí zájmy a hra. Narušení této oblasti má vliv v mentálním vývoji dítěte na neschopnost imitace a symbolického myšlení. Nerozvíjí se hra, která je jednou z nejdůležitějších částí celého vývoje. Dítě z důvodu nedostatečné představivosti upřednostňuje činnosti typické pro děti mladšího věku než je ono samo. Upíná svůj zájem k jednoduchým a předvídatelným předmětům a stereotypním činnostem. Kvalita hry a míra zapojení se odvíjí od hloubky symptomatiky a významně určuje schopnost adaptability dítěte. Podle toho dělíme autismus na nízko funkční, středně funkční a vysoce funkční. Obtíže jsou zde ve smysluplném využití volného času určitou činností či aktivitou a v nepřiměřeném zacházení s hračkami. Proces hry u dětí s autismem bývá zaměřen především na pozorování různých rotačních předmětů a jejich pohybu, včetně pozorování specifických pohybů svého vlastního těla (třepání nebo tleskání rukou, otáčení nebo běhání kolem své osy). Okruh zájmů bývá omezený, ovšem stereotypní zájmy se u nich postupem času mění. Většina nejsou schopni symbolických a námětových her. Vyskytuje se vysoká míra zaujetí jednoho předmětu a s tím i vyšší míra problémového chování při přerušení činnosti. Kvalita hry je stejně jako u sociální interakce a komunikace u dětí s PAS porušena do jiné míry.

Hojně se vyskytujícími symptomy u dětí s PAS, které nejsou zařazené do triády hlavních poškozených oblastí, jsou Nespecifické variabilní rysy. Jedná se abnormální senzorické chování. Řadíme sem poruchy percepce všech pěti smyslů, emoční reaktivitu a neschopnost adaptability. Typickým znakem je odlišnost a abnormalita v motorickém vývoji dítěte a problémy v chování. (Thorová, 2016)

2.3 TYPY A STRUČNÉ DĚLENÍ PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

V současnosti jsou v Evropě užívána diagnostická kritéria vydávána Světovou zdravotnickou organizací MKN-10, které rozlišují dle světového klasifikačního systému následující typy poruch autistického spektra:

- Dětský autismus
- Atypický autismus
- Aspergerův syndrom
- Rettův syndrom
- Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
- Dětská dezintegrační porucha
- Jiné pervazivní vývojové poruchy
- Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná

Dětský autismus – Z historického hlediska se jedná o základní poruchu autistického spektra. Rozlišujeme podle míry závažnosti mírné formy, střední a těžké. Pro tuto diagnózu musí být zastoupena Triáda poškození – defekt v sociální oblasti, v komunikaci a představitosti. Typickým znakem je variabilita symptomů.

Atypický autismus – Je součástí autistického spektra, ovšem jedinec splňuje jen některá diagnostická kritéria dětského autismu. U jedince s atypickým autismem se objevují různorodé diagnostické symptomy. Typickým znakem je neschopnost sociálních interakcí, ovšem jsou méně narušeny než u dětského autismu. Dále se vyskytují potíže v precitlivělosti na vnější specifické podněty a mohou být zastoupeny potíže z diagnostické triády poškození, ovšem ve větší hloubce než u dětského autismu, tudíž nenaplnují diagnostická kritéria triády. Chování jedinců s atypickým autismem je srovnatelné s těžkou a hlubokou mentální retardací. Jejich mentální věk je nízký a velice nerovnoměrný vývoj dílčích dovedností. Atypický autismus lze také chápat z diagnostického hlediska jako termín pro skupinu osob s autistickými rysy. Z pohledu náročnosti péče a specifických potřeb se atypický a dětský autismus od sebe neliší.

Aspergrův syndrom (dále jen AS) – Je také nazýván jako projev sociální dyslexie, který je velmi různorodý. Podle DSM-V tento syndrom nenaplnuje kritéria poruch autistického spektra a je tak považován za samostatnou jednotku. Kognitivní vývoj, sebeobslužné dovednosti a adaptivní chování jsou v normě. AS způsobuje významné poruchy v sociální interakci stejně jako u autismu. Diagnostickým kritériem je stereotypní okruh zájmů, činností a chování, které se shodují také s autismem. Uváděno je také, že z diagnostického hlediska se u AS nevyskytuje opožděný vývoj řeči. Ovšem polovina dětí s AS opožděným vývojem řeči trpí. Dle odborníků nelze v tomto případě diagnózu AS vyloučit. Řeč však bývá abnormální, podobná formální a spisovné řeči dospělých. Lpí na přesnosti výslovnosti a stereotypním repertoáru aktuálně oblíbených témat bez zájmu a reakce posluchače. Z důvodu narušené sociální oblasti mají potíže s interakcemi a socializací do kolektivu, mnohdy nerozumí pravidlům společenského chování. Někteří nerozumí nonverbálním projevům, jako jsou různá gesta a mimika obličeje. Humor a ironické výroky v mluvě jsou pro ně také obzvlášť nepochopitelné. Velmi obtížně chápou emocionální potřeby druhých lidí a sami nedokážou vyjádřit své pocity, jsou emočně chladní a bez empatie. Bývají velice sebekritičtí a podléhají záchvatům vzteku. Zajímají je témata s jasným řádem a cykličností, na kterých ulpívají. Potíže se vyskytují i adaptabilitě, kdy vyžadují dodržování řádu prostřednictvím určitých vlastních rituálů. Rozlišuje se nízko funkční a vysoce funkční Aspergrův syndrom popisující odlišnou úroveň adaptability.

Rettův syndrom – Jedná se o závažnou pervazivní poruchu mozku projevující se negativně v motorickém, somatickém a psychickém vývoji. Syndrom je pojmenován po rakouském dětském neurologovi Andreasi Rettovi, který jako první v roce 1966 publikoval popis identických syndromů několika dívek a žen z jeho vlastní praxe. Do podvědomí veřejnosti se však dostal až v roce 1983. Symptomatika je elice různorodá. K typickým diagnostickým znakům patří ztráta kognitivních funkcí, motorická porucha apraxie (neschopnost volných pohybů). Často se vyskytuje epilepsie, uvádí se okolo 80%. Podle odborníků je pravděpodobně důvodem malý obvod hlavy. Epilepsie se ve většině případů věkem zmírňuje. Klasická forma Rettova syndromu podle přesných diagnostických kritérií se vyskytuje pouze u dívek a je čtenější. Atypický Rettův syndrom se vyskytuje v mírnější formě, kdy nejsou zasaženy oblasti řeči, somatický vývoj a obvod hlavy je větší. U Atypické varianty syndromu nemusí být intelekt dívek

zasažen. Od roku 1992 byl Rettův syndrom zařazen do diagnostického systému Mezinárodní klasifikace nemocí, kde patřil mezi pervazivní vývojové poruchy. Tehdy nebyla známa příčina vzniku syndromu. V současnosti je příčina známa jako zmutovaný gen na chromozomu X, který byl objeven libanonskou lékařkou Hudou Zoghbiou. Tento gen přímo ovlivňuje vývoj mozku, tvorbu synapsí a je zodpovědný za činnost dalších genů. Rettovým syndromem se v České Republice zabývá nezisková organizace s názvem Rett-Community. „*Očima nám říkají, že rozumí daleko víc, než si vůbec dokážeme představit.*“ (Thorová, 2016, s. 214)

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby - Uváděná diagnostická kritéria typických symptomů u hyperaktivní poruchy s mentální retardací a stereotypních pohybů podle MKN-10:

- Těžká motorická hyperaktivita:

motorický neklid projevující se potřebou neustálého pohybu, obtíž setrvat na jednom místě, rychlé střídání činností, naopak dlouhá doba setrvání u stereotypní aktivity.

- Opakující se stereotypní vzorce chování a činností:

opakované motorické zlovyky pohybů těla, opakování činností stejnou formou (hra s jedním předmětem), opakované sebepoškozování, neschopnost různorodé, spontánní a symbolické hry přiměřené věku.

- IQ je nižší než 50

- Není sociální narušení autistického typu:

oční kontakt navazován, mimika a postoje užívány v sociálních interakcích a jsou přiměřené vývoji, sdílení zájmů s vrstevníky není narušeno, náklonnost k lidem za účelem útěchy není narušena. Schopnost sdílet pocity radosti, ovšem narušení jiné sociální formy (nedůvěra vůči cizím osobám)

- Porucha nenaplnuje diagnostická kritéria autismu, dětské dezintegrační poruchy, ani hyperkinetické poruchy.

Dětská dezintegrační porucha – Podle speciálního pedagoga Theodora Hellera je tato porucha nazývána jako „dementia infantilit“, později dostala název podle svého objevitele „Hellerův syndrom“. Používá se také termín dezintegrační psychoza. Porucha je zařazena v MKN-10 již jako jediná dezintegrační porucha do pervazivních vývojových vad. V prvních dvou letech života je vývoj v normě. Nástup poruchy se odhaduje nejčastěji mezi třetím a čtvrtým rokem. Z neznámé příčiny dochází k regresi vývoje. Zdravotní stav se může zhoršit náhle, nebo postupně po dobu několika měsíců, kdy je vývoj stagnován. Projevují se ztráty dosud nabitých dovedností minimálně ve dvou oblastech (sociální dovednosti, expresivní a receptivní jazyk, hra, ztráta kontroly močení či tolice, ztráta motorických dovedností). Zasaženy jsou kognitivní funkce, projevuje se emoční labilita, dyskoordinace pohybů, abnormální přecitlivělost na sluchové podněty, neschopnost sociální interakce, deficity v řeči a specifické a stereotypní vzorce aktivit a chování. Dětská dezintegrační porucha se v populaci vyskytuje výjimečně. S malou četností výskytu souvisí i málo rozšířené poznatky o této problematice. *„Některé studie uvádějí, že ve srovnání s dětmi s jiným typem poruchy autistického spektra má dezintegrační porucha horší vliv na vývoj a další prognózu dítěte“* (Thorová, 2016, s. 199). Jedinci s touto poruchou mívají těžší stupeň mentální retardace, schopnost adaptability je nízko funkční, mívají nezáměr o navazování kontaktů se svými vrstevníky. Stejně jako osoby s jinými poruchami autistického spektra mají jedinci s dezintegrační poruchou potíže s komunikací a sociálním chováním. Porucha dezintegrační je ze všech typů poruch autistického spektra nejsložitější.

Jiné pervazivní vývojové poruchy – Jedná se o nespecifikovanou diagnostickou kategorii a v Evropě je užívána velmi málo. Je zde narušena kvalita komunikace, sociálního chování a hry. Míra defektu těchto oblastí je malá, nedopovídá tak diagnóze autismu. Výskyt symptomů je různorodý. Některé symptomy mohou být shodné s autistickými, ovšem vždy v malé míře výskytu. Symptomy jsou na končící hranici symptomů pro poruchy autistického spektra. Diagnóza se vyskytuje u dětí s těžší formou poruchy pozornosti, s mentální retardací, vývojovou dysfázií, s nerovnoměrným vývojem kognitivních schopností a malou četností výskytu symptomů typických pro PAS. Další skupina, u které lze diagnostikovat jinou pervazivní vývojovou poruchu je

část s narušenou schopností představivosti. Nerozeznává rozdíl mezi fantazií a skutečností, jejich zájmy jsou stereotypní. Řadíme sem dále děti se schizoidními rysy. Práce s dětmi s diagnostikovanou pervazivní poruchou bývá velmi náročná. Zaslouží si sejně kvalitní a individuální péči s ohledem na jejich specifické potřeby jako ostatní osoby s jinou poruchou autistického spektra.

Ve Spojených státech amerických jsou užívána diagnostická kritéria dle Americké psychiatrické asociace s názvem DSM-V. Tato pátá revize z DSM byla vydána v roce 2013, která uvádí pod termínem „poruchy autistického spektra“ všechny jednotlivé diagnostické kategorie dohromady zařazené do subkategorie vývojových poruch. DSM-V přidalo novou kategorii s názvem „sociálně-komunikační poruchy“, která v MKN-10 není zastoupena. Jedná se o poruchu v sociální komunikaci, kdy jedinec nevykazuje znaky stereotypního chování a senzorické atypie. (Thorová, 2016)

3 VYUŽITÍ TERAPIE V MŠ SPECIÁLNÍ

3.1 CÍLE A METODOLOGIE VÝZKUMU

Hlavní cíl práce: Hlavním cílem výzkumného šetření je zjištění, jak skrze využití pozitivní stimulace ovlivňuje terapie Snoezelen děti předškolního věku s poruchou autistického spektra v oblasti smyslového vnímání a zklidnění v návaznosti na výchovně vzdělávací činnosti v MŠ speciální.

Stanovení dílčích cílů:

1. Porovnat u každého dítěte s PAS průběh dvou Snoezelen hodin s časovým odstupem jednoho měsíce.
2. Zjistit, zda při pravidelné návštěvě Snoezelen místnosti dochází k redukci hyperaktivního chování u konkrétního jedince předškolního věku s PAS
3. Zjistit u vybraných žáků s PAS, zda při využívání terapie Snoezelen u nich dochází ke zlepšení smyslového vnímání v oblasti zrakové percepce
4. Zjistit, zda při pravidelných hodinách ve Snoezelen místnosti dochází u konkrétních dětí předškolního věku s PAS k pozitivnímu zklidnění celého těla a lepší spolupráci ve výchovně vzdělávacích činnostech.

Hlavní výzkumná otázka: Jaký vliv má využívání terapie Snoezelen u vybraných dětí předškolního věku s PAS na stimulační změny v jejich chování v návaznosti na efektivnější spolupráci s nimi v dalších výchovně vzdělávacích činnostech z pohledu pedagoga mateřské školy speciální.

Na základě dílčích cílů byly sestaveny následující vedlejší výzkumné otázky:

VO1: K jakým stimulačním změnám dochází v oblasti zrakové percepce u vybraných žáků s PAS ve Snoezelen prostředí?

VO2: Má pravidelná návštěva Snoezelen místnosti pozitivní vliv na spolupráci dětí s PAS v dalších výchovně vzdělávacích činnostech v MŠ mimo Snoezelen prostředí?

VO3: Jakými technikami lze docílit zklidnění těla u hyperaktivního dítěte?

Metodologie:

Ke zpracování výzkumné části bakalářské práce je použit kvalitativní výzkum a empirická metoda pozorování. Mezi metody kvalitativního výzkumu patří interview, pozorování a analýza. Kvalitativní výzkum je takový, jehož průběh a závěr šetření není získávaný prostřednictvím statistických metod. Mnoho autorů ovšem s tímto výrokem nesouhlasí. Tvrdí, že kvalitativní výzkum není založen pouze na absenci čísel. *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založen“ na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“.* (Hendl, 2005, s. 50)

Důležité je si na začátku výzkumu zvolit téma a určit základní výzkumné otázky. Výzkumník shromažďuje, vyhledává a analyzuje informace za účelem nalezení odpovědi výzkumných otázek, provádí závěry. Informace hledá mezi lidmi a přímo v praxi. Vybírá si podle svého uvážení místa pozorování nebo konkrétní osoby, které následně pozoruje v různých časových intervalech. Výzkumník sbírá data, která analyzuje a podle výsledků se rozhodne, která data potřebuje. V kvalitativním výzkumu probíhá sběr dat a jejich analýza vždy současně a v delším časovém intervalu. Během zkoumání dat se vlastní domněnky a závěry přezkoumávají. (Hendl, 2005)

Na základě kvalitativního výzkumu byl zvolen výzkumný design případové studie, která je založena na podrobném zkoumání jednoho nebo více případů. Využívají se různé metody sběru dat. (Hendl, 2005) Ke zpracování výzkumné části bylo použito metoda sběru pozorování a analýza osobní dokumentace dětí s PAS - Doporučení SPC, zprávy SPC, pedagogická dokumentace, osobní a rodinná anamnéza, zprávy z lékařských vyšetření. Byla použita data osobního charakteru – záznam z pravidelné návštěvy místnosti Snoezelen u vybraných dětí předškolního věku, data z pozorování u vybraných dětí s PAS. Výběrový zkoumaný soubor byl tvořen třemi žáky s PAS. Jednalo se o předškoláka s atypickým autismem, s poruchou hyperaktivity a pozornosti a s opožděným psychomotorickým vývojem. Dále se jednalo o dvě děti předškolního věku s dětským autismem, v kombinaci se středně těžkým mentálním postižením a s dalšími přidruženými vadami.

3.2 CHARAKTERISTIKA MÍSTA ŠETŘENÍ A REALIZACE

Vlastní výzkumné šetření se uskutečnilo v základní škole zřízené podle §16 odst. 9 školského zákona. Školní vzdělávací plán (ŠVP) vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základních škola speciálních (RVP ZŠS). Šetření probíhalo vždy průběhu jednoho měsíce ve školním roce 2019/2020 a 2020/2021 se závěrečným porovnáním dvou pobytů s odstupem tedy dvou let v Bílé místnosti Snoezelen a v prostředí třídy. Bílá místnost Snoezelen byla vybavena vodní postelí, měkkými pohovkami, plochou pro promítání barevných ornamentů, světelným bublinkovým válcem, zvukovou aparaturou k pouštění relaxační hudby, esenciálními oleji, polštáři, masážními míčky, fosforeskujícím tyčinkami. Byl popsán průběh pobytu 2 hodin ve Snoezelen místnosti, kterých se účastnili tři vybraní jedinci s PAS. Všichni byly o návštěvě Snoezelenu informovány v rámci ranního komunikačního kruhu prostřednictvím piktogramu Snoezelenu na strukturované nástěnce denního režimu. Realizace výzkumného šetření probíhala v pozorování chování jednotlivých třech dětí s PAS v Bílé místnosti a v průběhu výchovně vzdělávacích činností ve třídě. Byly pozorovány techniky a metody práce využívané ke stimulaci a ke zklidnění ve Snoezelen hodinách, vybavení místnosti a její pomůcky. Po zpracování dvou hodin ve Snoezelenu byla použita data ze zúčastněného pozorování a také z dat osobní dokumentace. Ve výzkumném šetření nemohla být z důvodu nekvalifikace výzkumníka v konceptu Snoezelen uvedena přímá práce s dětmi s PAS v prostředí Snoezelen. Bez mezinárodní certifikace vykonávat ve Snoezelenu terapeuticky odbornou činnost nemůže být výzkumník oprávněný k uplatňování tohoto konceptu.

3.3 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

3.3.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE I.

Případ č. 1, M., 3. roky – dětský autismus: Prvním případem je dítě, jehož anamnéza a výsledky diagnostického vyšetření svědčí pro rizikový vývoj v rámci poruch autistického spektra (susp. dětský autismus). Nekomunikuje, referována je absence sdílené pozornosti, neukazuje na předměty zájmu. Oční kontakt je oslabený. Na jméno reaguje výjimečně. Ve hře jsou pozorovány stereotypie, rád roztáčí věci, nehraje si s hračkami funkčně. Je mírně opožděný v sebeobslužných dovednostech (sám se nenají, je plenován). Jsou pozorovány časté afektivní projevy. Uhazuje se do hlavy při nezdaru, zákazu či při nepochopení. Reaguje odporem na zájem ze strany dětí, odstrkuje je, pláče. O vrstevníky zájem nejeví. Lpí na dodržování určitých postupů, vyžaduje stejné trasy. Má strach z určitých hlasitých zvuků.

Rodinná anamnéza: Rodina je úplná. Má dva nevlastní sourozence ze strany otce, bratra a sestru, u obou referován vývoj v normě.

Aktuální zdravotní stav dítěte: Zdravotní stav dobrý, nebývá nemocný. Referována krátkozrakost (2 dioptrie na každém oku). Sluch je dle rodičů v pořádku, nevyšetřen. Usíná delší dobu. Je lehce vybíravý v jídle, dlouho si zvyká na nové chutě. Návčik na nočník neproběhl, je na plenách. Rodina využívá služeb rané péče. Odborná péče: raná péče, neurologie. Psychomotorické opoždění, opoždění řeči, některé autistické rysy, hypotonie trupového svalstva. Uplatňována jsou podpůrná opatření 3. stupně. Žák je vzděláván podle RVP ZŠS a TVP. Výuka probíhá podle strukturovaného učení. Strukturované prostředí, úkoly, uplatňování AAK, rozvoj smyslového vnímání, individuální přístup, návčik sociálních dovedností, střídání činností, klidový režim, návčik sebeobslužných činností, rozvoj jemné a hrubé motoriky.

3.3.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE II.

Případ č. 2, S., 5. let – atypický autismus: Druhým případem je pětiletý chlapec, který má diagnostikované středně těžké mentální postižení a atypický autismus. Analýza získaných informací o prenatálním období dítěte a matky a postnatálním období jeho vývoje až do aktuálního stavu chlapce vychází z přímého pozorování a analýzy lékařských zpráv.

Rodinná anamnéza: Rodina chlapce je úplná. Matka byla vystavována týrání ze strany matky, která velmi pila. Otec utrpěl v dětství hodně úrazů, dlouho byl fixovaný na svou matku. Chlapec má o rok starší sestru, která má diagnostikovanou vývojovou dysfázii. Se sestrou má chlapec velice kladný vztah. Těhotenství matky bylo rizikové a náročné. Z počátku fyziologické, poté hrozící ledvinná kolika. V průběhu těhotenství se vyskytl zánět močových cest léčený antibiotiky a těhotenská cukrovka. Porod byl proveden císařským řezem ve 36. týdnu.

Osobní anamnéza: Chlapec se narodil v roce 2017 císařským řezem ve 36. týdnu. Jeden den byl v kyslíkovém stanu. Měl tříselnou kýlu operovanou v raném věku. Zpočátku velmi přibíral na váze. Ve 3 měsících vážil 8 kg. Žádné další operace nepodstoupil a doposud neměl ani žádná závažná onemocnění či úrazy. Na plenkách do tří let věku. Chlapec je v pravidelné péči logopeda, neurologa a dětské psychologie.

Motorický vývoj nezaostával. Seděl v šesti měsících a chodit začal kolem 12. měsíce. Značné zvláštnosti se začaly projevovat až po prvním roce věku života, avšak žádná vyšetření nezjistila příčinu. K neobvyklému chování, které rodiče zpozorovali, patřily třepetavé pohyby rukou, se kterými si hrál před obličejem a různě jimi natáčel před paprsky světla. Také si pokaždé hrál se stejnými hračkami, se kterými stereotypně pohyboval. Vývoj řeči byl opožděný, ve třech letech hrdelní zvuky, jednoduché vokalizace. Když byly S. přibližně 2 roky, zašli za svojí pediatričkou, která dítě měla v péči od jeho narození. Po vyslechnutí rodičů je paní doktorka poslala na vyšetření k neurologovi, psychiatrovi, psychologovi a klinickému logopedovi. Po všech vyšetřeních bylo chlapci diagnostikováno mentální postižení na hranici středně těžkého a těžkého stupně a atypický autismus. Během let se u něj objevily i poruchy pozornosti a aktivity. S. má výrazné obtíže v oblasti komunikace, sociální interakce, adaptability. Ve třech začal navštěvovat mateřskou školu speciální, kde v současnosti rok a půl. V

mateřské škole měl značné obtíže s adaptací a odloučením od matky. Pracuje na podkladě denního režimu, je zapojován do připravených strukturovaných aktivit. Činnosti si osvojuje ve strukturované a vizuální podobě. Ve schématu disciplín má však chlapec tendence přeskakovat, je patrná snížená ochota ke spolupráci. Pracuje zbrkle, rychle a bez dostatečné zrakové kontroly. Zvládá třídit a přiřazovat stejné barvy dle schématu. Před každou činností či událostí potřebuje k pochopení piktogramy. Pozornost je narušená, vydrží se koncentrovat po dobu maximálně několika minut. Pokud ho však nějaká aktivita zaujme nebo má slíbenou lákavou odměnu za odvedenou práci, vydrží se soustředit déle. Jeho práceschopnost je však ovlivněna jeho aktuálním psychickým stavem. V případě, že je velice rozrušen, provedení kterékoliv aktivity není možné. Je velmi neklidný a nezvládá setrvat dlouho na jednom místě. V oblasti pohybové je technicky velmi zadatný bez výrazných koordinačních problémů. Často chodí po špičkách a má rád několikakilometrové procházky kde kontroluje, zda je vše v rovině. V oblasti jemné motoriky zvládá velmi dobře řadu manipulačních úkolů, které samostatně plní ve strukturovaných krabicích – vkládá do vkládacích desek, vhadzuje výřezem, přikládá dle barev a tvarů, přesypává, vsazuje a navléká korálky různých velikostí. Úchop tužky a předmětů toporný, chvilkově čárá drobné linky. Kresba je na úrovni bezobsažných čmáranic. Stříhání nůžkami nedokáže realizovat. Neustálý dohled dospělé osoby po celý den. V domácím a známém prostředí se orientuje dobře, v cizím prostředí se ztrácí a neodhadne míru hrozícího nebezpečí. Po činnosti vzdorovitě uklízí pracovní místo. V oblasti oblékání nepotřebuje výraznou pomoc. Při hygieně potřebuje značnou dopomoc, na toaletu chodí bez podpory, avšak po jejím použití je vždy zapotřebí zdůraznit umytí rukou. V rámci stravování je Sam samostatný, avšak bez návyků. Zvládá jíst samostatně lžící i vidličkou. Při stravování však potřebuje dohled pečující osoby, která mu současně připomíná základy slušného stravování. Od jídla odbíhá, krade jídlo druhým z talíře, přelívá pití do jídla a špinavé nádoby nezvládá sám odnést. V oblasti sociální snáší kolektiv dobře, cizí osoby mu nevadí, osob si nevěší, je ponořen do svých nálad. Špatně snáší a netoleruje křik druhé osoby. Nemá potřebu komunikovat v interakci, nenavazuje oční kontakt a na oslovení nereaguje. Komunikuje gesty a cizí rukou v kontaktu. U jakékoli činnosti nevyhledává své vrstevníky. Reaguje na pláč vrstevníků pohlazením a objetím. Je velmi precitlivělý na hlasité či neznámé zvuky např.: vrtačka, hudba, zpěv. Smutek vyjadřuje pláčem.

3.3.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE III.

Případ č. 3, T., 6. let - Třetí případ představuje žák s PAS – atypickým autismem, lehkým mentálním postižením, ADHD a opožděným psychomotorickým vývojem. Uplatňována jsou podpůrná opatření 4. stupně. Žák je vzděláván podle RVP ZŠ. Ve výuce se využívá strukturovaného učení. Mezi metody výuky při práci s chlapcem patří strukturalizace, individuální přístup, zvýšená podpora vizualizace. V oblasti komunikace rozumí velmi dobře, vyjadřovací schopnosti jsou v normě, vyskytují se abnormality v syntaxu, komolí slova. Pracovní tempo je překotné, pozornost kolísavá. Zájem o společné aktivity je nepravidelný. Vyskytují se výkyvy nálad, afekty vzteku doprovázené křikem, motorické stereotypie pohybů těla. Má své rituály jako je běhání kolem nějakého konkrétního předmětu nebo kolíbaté pohyby těla při sedu. Má specifický okruh zájmů a činností, ulpívá k předmětům, které musí mít vždy u sebe. Má velmi rád hudbu a aktivně se zapojuje pohybových chvil. Zajímají ho předmět specifických tvarů (tyčky, kruhy, kříže).

Rodinná anamnéza: Rodina je neúplná, chlapec žije pouze s matkou a sourozenci. Má stejně starou sestru dvojče R. a dvouletého brácha J. Matka trpí OVR, sestra má diagnostikovanou poruchu ADHD. Chlapec navštěvuje MŠ speciální již 4 roky. Je v péči neurologa a psychologa.

1. Snoezelen hodina ve školním roce 2019/2020:

Místnost Snoezelen byla při této hodině v MŠ speciální byla využita jako volnočasová aktivita. Vzhledem k věku dětí a nejrůznějším projevům problémového chování jako je zvýšené napětí, afekty, hyperaktivita, emoční labilita byly aktivity zaměřené především ke zklidnění, relaxaci a stimulaci smyslů v návaznosti na efektivnější spolupráci v dalším výchovně vzdělávacím bloku hlavní činnosti ve třídě MŠ.

Hodina probíhala v Bílé místnosti, kde při vstupu do ní byla již předpřipravena relaxační hudba (zvuky lesa, podzimního počasí, zvířat) na téma Podzimní toulky za zvířaty z TVP podle RVP-ZŠ. Začátek hodiny po příchodu byl určen zacinkáním zvonečku. Děti byly fascinované atmosférou. V relaxační části byla za doprovodu

relaxační hudby dětem poskytnuta za účelem zklidnění masážní terapie míčkování stimulující dýchání dle konceptu Bazální stimulace. Masáž byla poskytována spolu s relaxací na vodní posteli. Dětem byla poté poskytnuta možnost individuálního výběru podnětů ke stimulaci. Nejvíce byla stimulována zraková percepce prostřednictvím pozorování bublinkového válce a světelných ornamentů promítaných na zdích. Závěr hodiny byl ukončen opět zacinkáním zvonku.

Případ č. 1: Po příchodu do místnosti bylo dítě lehce zdrženlivé, z důvodu kratší návštěvnosti MŠ než ostatní děti, nebyl ještě na jednotlivé činnosti v MŠ zvyklý. Chlapci byla ukázána kartička s fotkou Snoezelen místnosti před odchodem ze třídy. Jeho zájem směřoval zejména k pomůckám stimulující zrakovou percepci, především bublinkový válec. Na úvodní část hodiny nereagoval a nejevil zájem ani o sociální kontakt s druhými nebo pedagogem. Jako byly lampy. V prostředí lépe poutal pozornost, zvýšila se koncentrace. O terapii v závěru hodiny nejevil zájem, naopak se těšil při odchodu z místnosti z důvodu pro něj málo známého prostředí.

Případ č. 2: Chlapec byl při vstupu do místnosti nejistý, držel si zakryté obě uši. Z důvodu přecitlivělosti na neznámé zvuky byl při zjištění melodických zvuků v místnosti plačtiví. Po zmapování situace a konkrétního předmětu centra hudby si chlapec našel své místo na vodní posteli. O zrakovou stimulaci nejevil zájem. Těšil se z masáže míčkování na zádech, u které vydržel poměrně dlouhou dobu. Měl rád kontakt a z tohoto důvodu míčkování. Zvuky cinkání zvonku mu byly také nepříjemné. Při odchodu byl plačtiví. Ovšem s příchodem do třídy začal ihned pobíhat, třepetat rukama a objevovat neprozkoumané předměty ve třídě. Na hlavní činnost nebyl plně koncentrován, odmítal pracovat.

Případ č. 3: Při odchodu do Snoezelenu chlapec lpěl odcházet ze třídy se svým oblíbeným předmětem stereotypního zájmu, který mu slouží k autostimulaci (kouzelná hůlka). Do prostředí Snoezelenu odcházel rychlým krokem, při přechodu působil nervózně. Ve třídě se běžně projevoval z důvodu poruchy hyperaktivity neustálým pobíháním, rozhazováním věcí a byl velice kontaktní. Obtížně se dokázal na chvíli koncentrovat, při náhlém přerušení jeho činnosti se u něj projevovaly záchvaty vzteku. Po vstupu do prostředí se zajímal zejména o pomůcky rozvíjející hmatovou a zrakovou stimulaci. V prostředí upoutal jeho pozornost bublinkový

válec, který aktivně zkoumal zrakem, sluchem a hmatem. Tento předmět odpoutal koncentraci chlapce od jeho kouzelné hůlky. Krátkou dobu okolo válce pobíhal, poté se zklidnil, neutíkal z prostředí, usadil se vedle válce a stereotypními rituálními pohyby se hýbal ze zadu dopředu celým trupem jako obvykle. Nedokázal vnímat více podnětů najednou, při vstupu měl z hudby radost, poté ji však zcela vytěsnil. Kontakt prostřednictvím míčkování vydržel krátkou dobu na chodidlech. Byl přecitlivělý na doteky a velmi lochtivý, nejevil tak o masáž velký zájem. Naopak ho masáž lehce rozptylovala a odpoutávala jeho pozornost od válce. Dokázal se velmi pěkně zrelaxovat. Po návratu do třídy byl klidnější, v lehkém útlumu, avšak svůj zájem rychle poutal ke svému stereotypu, k hůlce.

2. Snoezelen hodina ve školním roce 2020/2021:

Místnost Snoezelen byla při této hodině využita jako terapeutická metoda zaměřena na redukcii hyperaktivity a podpory pozornosti střídáním relaxace a aktivit prostřednictvím hádankové hry. Byla cílena více individuálně na chlapce č. 3. Hodina probíhala opět v Bílé místnosti, kde byly předpřipraveny různé terapeutické a relaxační pomůcky a předměty cílené pro chlapce s hyperaktivitou pro podporu pozornosti a zklidnění. Tématem bylo Probouzení jara, jarní louka. Předměty tak odpovídaly jaru a byla využita cílená hra se schováváním předmětů k podpoře koncentrace, uvolnění a práce s časem. Využity byly plastové láhve s různými semínky (kukuřice, ptačí lůj), ventilátor, celofán, alobal, chlupatina, světelné ornamenty, esenciální oleje, deky, sluneční brýle. Začátek i konec hodiny byl opět určen zacinkáním zvonečku. V relaxační části byla za doprovodu relaxační hudby poskytnuta všem dětem prostřednictvím esenciálních olejů aromaterapie. Nejvíce byla stimulována pozornost, snaha zaměstnat chlapce č. 3 prostřednictvím hádankové hry Na schovávanou hledáním a schováváním předmětů v místnosti.

Případ č. 1: Chlapec s dětským autismem, s obtížemi v adaptabilitě a emočně nestálý zvládl tuto hodinu poměrně lépe z hlediska většího zájmu o předměty, které mu byly již známé. Při příchodu do místnosti již neplakal, ovšem na zahajovací a ukončovací rituál v podobě cinkání stále nereagoval. V průběhu pozorování s porovnáním z minulého roku byla u něj zlepšena při přechodu z relaxačních aktivit

ve Snoezelen místnosti do aktivit výchovně vzdělávacích v prostorách třídy koncentrace a zraková percepce. Chlapec lépe vydržel udržet svou pozornost u navazující hlavní činnosti ve třídě u stolečku při malování a tvoření.

Případ č. 2: Chlapcova návštěva v místnosti se od předešlé hodiny zlepšila. Nevykazoval známý nervozity z neznámých zvuků, do Snoezelenu se těšil. Opět si našel své stále místo na vodní posteli, která byla nyní ovšem zaplněna některými z předmětů. Chlapec předměty začal aktivně zkoumat po zraku a hmatu. Zaujala ho plastová láhev naplněná kukuřicí, ve které pozoroval otáčením pohyb jednotlivých semínek. Při aromaterapii se bez problémů uvolnil a relaxoval. V prostředí vydržel delší dobu, nedožadoval se odchodu. Naopak při odchodu velice plakal a nechtěl odejít. Po návratu byl z přechodu lehce rozhozený, ale po chvíli se zklidnil a dokázal se lépe koncentrovat při hlavní činnosti. Neodmítal činnost, těšil se na ni. Po určité chvíli se však vrátil ke svým stereotypům.

Případ č. 3: Chlapec před odchodem do Snoezelen místnosti již bez problému zvládl uložit svůj předmět stereotypního zájmu a nechat jej ve třídě. V prostředí se zlepšila jeho koncentrace při aktivním vstupu do hry. Na schovávanou a zaměstnáním došlo ke zklidnění. Měl rád jakoukoliv interakci. Byl uplatněn individuální přístup. Aromaterapie se aktivně podílel ve srovnání s nezájmem o míčkování. Zklidnění přetrvávalo i po návratu do třídy, kdy byl chlapec lépe soustředěn na hlavní činnost.

3.3.4 ZÁVĚR VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Hlavním cílem: Bylo zjistit vliv pozitivní stimulace při terapii Snoezelen u dětí předškolního věku s poruchou autistického spektra v oblasti smyslového vnímání a zklidnění v návaznosti na výchovně vzdělávací činnosti v MŠ speciální.

Dílčí cíle měly za úkol popsat využití podpůrných terapeutických pomůcek a metod v hodinách Snoezelen zaměřených na smyslovou stimulaci u dětí s PAS, porovnat u každého dítěte s PAS průběh dvou Snoezelen hodin s časovým odstupem. Zjistit, zda u

vybraných žáků s PAS při využívání terapie Snoezelen dochází ke zlepšení smyslového vnímání v oblasti zrakové percepce, k pozitivnímu zklidnění celého těla a lepší spolupráci v dalších výchovně vzdělávacích činnostech. Posledním dílčím cíle bylo zjištění, zda při pravidelné návštěvě Snoezelen místnosti dochází k redukci hyperaktivního chování u konkrétního jedince předškolního věku s PAS.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaký vliv má využití terapie Snoezelen u vybraných dětí předškolního věku s PAS na stimulační změny v jejich chování v návaznosti na efektivnější spolupráci s nimi v dalších výchovně vzdělávacích činnostech z pohledu pedagoga mateřské školy speciální?

Výzkumné šetření ukázalo pozitivní vliv při využívání Snoezelen místnosti u dětí s PAS v oblasti lepší koncentrace, zrakové percepce, redukci hyperaktivního chování a zklidnění prostřednictvím stimulačních podnětů a využití podpůrných terapií. Chlapci byli pozorováni v prostředí dvou Snoezelen místností, ale také v prostředí třídy. Na základě toho mohlo dojít ke zhodnocení vlivu využívání terapie Snoezelen. V návaznosti na hlavní činnost v MŠ byly zpozorovány značné pozitivní změny. Děti nekladly odpor činností, jejich pozornost byla delší a chování dítěte klidné bez emočních výkyvů.

Na základě dílčích cílů byly sestaveny následující vedlejší výzkumné otázky:

VO1 : K jakým stimulačním změnám dochází u vybraných žáků s PAS ve Snoezelen prostředí?

Hypotéza č. 1: U vybraných žáků ve Snoezelen prostředí dochází ke stimulaci všech smyslů. Nejvíce zraku, hmatu, čichu a sluchu. Ke stimulaci zrakové percepce, zvýšením míry pozornosti, ke stimulaci hmatu prostřednictvím dostupným terapeutickým předmětům ke zlepšení hrubé motoriky, ke stimulaci čichu prostřednictvím esenciálních olejů použitých v místnosti a stimulaci sluchu prostřednictvím hudby.

VO2: Má pravidelná návštěva Snoezelen místnosti pozitivní vliv na spolupráci dětí s PAS v dalších výchovně vzdělávacích činnostech v MŠ mimo Snoezelen prostředí?

Hypotéza č. 2: Pravidelná návštěva Snoezelen místnosti má velice pozitivní vliv na další činnosti v MŠ. Především na hlavní činnost, při které se dítě více koncentruje.

VO3: Jakými technikami lze docílit zklidnění těla u hyperaktivního dítěte?

Hypotéza č. 3: Redukci hyperaktivního chování lze ve Snoezelen prostředí docílit skrze záměrnou aktivitu, která zaměstná a upoutá pozornost dítěte, jako jsou různé hry, divadelní scénky, technikou muzikoterapie, využitím světelných efektů, technikou Bazální stimulace.

ZÁVĚR

Teoretická část byla rozdělena do dvou kapitol. V průběhu teoretické části jsme se seznámili s definicemi, historií a vývojem terapie Snoezelen až do současnosti. Zjistili jsme, že Snoezelen má nespočet definic a stále se vyvíjí. Uvedli jsme si několik terapií a metod hojně využívaných ve Snoezelen prostředí, kterými je Aromaterapie, Muzikoterapie, Míčkování, Bazální stimulace. U jednotlivých metod bylo stručně vysvětleno, jaké postižené oblasti rozvíjejí. Popsali jsme si, jak vypadá prostředí Snoezelen, jaké má vybavení a zjistili jsme, že každá Snoezelen místnost je jiná, jedinečná a variabilní. Existuje několik typů Snoezelen prostředí a mezi nejvíce využívané patří základní Bílá místnost.

Druhá kapitola byla zaměřena na definování a charakteristiku pojmu Poruch autistického spektra a teoretická východiska zaměřena na stručný výčet a popis jednotlivých typů a projevů PAS. Nejčastěji jsme uváděly klasifikaci symptomů podle MKN-10. Byl definován dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergrův syndrom, jiné pervazivní vývojové poruchy, specifické dezintegrační poruchy. V kapitole okrajově věnované Symptomatologii byla zjištěna vysoká variabilita projevů u všech popsanych typů PAS a různorodost symptomů. Uvedena byla Triáda poškození v oblastech komunikace, sociální interakce a představitosti. Byly uváděny možnosti senzorycké podpory poskytované žákům v prostředí Snoezelenu.

Třetí kapitola pojednávala o samotném využití konceptu Snoezelen, kde byly vybrány teoretické poznatky vztahující se k výzkumné části práce. Charakterizováno bylo prostředí výzkumného šetření prostředí Snoezelenu se zaměřením na bílou místnost a popis realizace výzkumného šetření. Tato kapitola byla věnována výzkumné části bakalářské práce, kde byl ke zpracování zvolen kvalitativní výzkum a vybrán design případové studie. Ke sběru dat byla použita metoda zúčastněného pozorování, analýza osobní dokumentace žáků, zdroje dat osobní povahy. Ve výzkumném výběrovém souboru byly charakterizovány případy tří předškolních dětí s PAS, konkrétně s dětským a atypickým autismem. Ve vlastním výzkumném šetření byly popsány dvě Snoezelen hodiny s odstupem několika let, kterých se vybrané děti účastnili. Specifikováno bylo užití samotného konceptu Snoezelen, jako volnočasové aktivity, podpůrné edukační metody nebo podpůrné terapie. Popsání Snoezelen hodiny bylo zaměřeno na konkrétní oblasti sensorické percepce, která byla stimulována, na zklidnění a redukci hyperaktivity. Uvedeno bylo i několik technik a pomůcek, které byly k tomuto využity. Uvedeny byly změny v adaptabilitě porovnané z jednotlivých hodin v místnosti.

V závěru výzkumného šetření byly zodpovězeny výzkumné otázky. Popsán byl pozitivní vliv využívání konceptu Snoezelen, který vyplynul z výzkumného šetření u vybraných dětí předškolního věku s PAS ve stimulačních změnách v jejich chování v návaznosti na efektivnější spolupráci s nimi v dalších výchovně vzdělávacích činnostech z pohledu pedagoga mateřské školy speciální. Cílem práce s názvem „Využití terapie Snoezelen u žáků s poruchou autistického spektra v mateřské škole speciální v Rakovníku“ bylo analyzovat vliv využívání konceptu Snoezelen na redukci hyperaktivního chování, zklidnění a zlepšení koncentrace u vybraných žáků s PAS. Vybráni byli tři žáci s PAS. Jednalo se o žáky zařazené do předškolního vzdělávání podle §16 odst. 9 školského zákona.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- BAZALOVÁ, Barbora, 2012. *Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5930-6.
- ČERNÁ, Marie, 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1565-3.
- FAJMONOVÁ, J., Miroslava CHOVANCOVÁ, 2008. *Možnosti využití snoezelenu při práci s žáky ZŠ speciální*. Praha: IPPP. ISBN 978-80-86856-39-1.
- FILATOVA, Renáta, 2014. *Snoezelen-MSE*. [Frýdek-Místek]: Kleinwächter Josef. ISBN 978-80-905419-3-1.
- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2015. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-904668-9-0.
- HÁJKOVÁ, Vanda, 2009. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením: monografie*. Praha: Somatopedická společnost. ISBN 978-80-904464-0-3.
- HENDL, J.: *Kvalitativní výzkum – základní metody a aplikace*. Praha, Portál, 2005. s. 408. ISBN 978-80-7367-040-2.
- JANKOVSKÝ, Jiří, 2001. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha. ISBN 80-7254-192-7.
- JANKŮ, Kateřina, 2010. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7368-915-5.
- MÜLLER, Oldřich, 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.

SLOWÍK, Josef, 2016. *Speciální pedagogika. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

THOROVÁ, Kateřina, 2016. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.

THOROVÁ, Kateřina, 2006. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-091-7.

VITÁSKOVÁ, K. 2007: *Využití multismyslové metody SNOEZELEN u osob s mentálním postižením*. Disertační práce. Brno: PdF MU, 2007. s. 270.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

FRÖHLICH D. Andreas, BIENSTEIN Christel, 2019. *Basale stimulation*. Hogrefe AG. ISBN 9783456851105.

MERTENS, Krista, 2005. *Snoezelen: Anwendungsfelder in der Praxis*. Dortmund: Verlag modernes lernen. ISBN 9783808005774.

Seznam použitých internetových zdrojů

SEZNAM ZKRATEK

ADDD - Attention Deficit Hyperactivity Disorded (Porucha pozornosti s hyperaktivitou)

ADHD - Attention Deficit Disorder (Porucha pozornosti)

ASNOEZ - Asociace Snoezelen

ISNA - International Snoezelen Asociation

ISNA-MSE - Interntional Snoezelen Asociation – Multisensory Environment

LMD - Lehká mozková disfunkce

MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí

PAS - Poruchy autistického spektra

RVP - Rámcový vzdělávací program

SPC - Speciálně pedagogické centrum

ŠVP - Školní vzdělávací plán

TVP - Třídní vzdělávací program

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1: **Chyba! Záložka není definována.**

Seznam tabulek

Tabulka 1: **Chyba! Záložka není definována.**

Tabulka 2: **Chyba! Záložka není definována.**

Tabulka 3: **Chyba! Záložka není definována.**

Tabulka 4: **Chyba! Záložka není definována.**

Seznam grafů

Graf 1: **Chyba! Záložka není definována.**

Graf 2: **Chyba! Záložka není definována.**

SEZNAM PŘÍL

Příloha A – Bílá Snoezelen místnost.....I

YPříloha B – Tmavá Snoezelen místnost.....II

Příloha A – Bílá Snoezelen místnost



Příloha B – Tmavá Snoezelen místnost



(Filatova a Janků, 2010, s. 34)

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Natálie Chňoupková

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Kombinované

**Název práce: Využití terapie Snoezelen u žáků s poruchou autistického spektra
v mateřské škole speciální v Rakovníku**

Rok: 2022

Počet stran textu bez příloh: 42

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů českých použitých zdrojů: 14

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2

Počet internetových zdrojů: 0

Vedoucí práce: Mgr. Martina Karkošová Ph. D.