

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

EXPRESIVNÍ PŘÍSTUPY V KONTEXTU METODY AQR
VE SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ INTERVENCI U KLIENTA S PAS



Autor: **Mária Klásková**
Vedoucí práce: **Mgr. Lenka Terezie Růžičková**

Olomouc

2024

Velké díky všem, kteří mě psaním této práce provázeli.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Expresivní přístupy v kontextu metody AQR ve speciálně pedagogické intervenci u klienta s poruchou autistického spektra“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí práce.

V Olomouci dne 16.4.2024

Podpis

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

Jméno a příjmení:	Mária KLÁSKOVÁ
Osobní číslo:	D21098
Adresa:	Holčovická 313, Otice, 74781 Otice, Česká republika
Téma práce:	Expresivní přístupy v kontextu metody AQR ve speciálně pedagogické intervenci u klienta s PAS
Téma práce anglicky:	Expressive approaches in the context of the AQR method in special education intervention with a client with PAS
Jazyk práce:	Čeština
Vedoucí práce:	Mgr. Lenka Růžičková Katedra psychologie

Zásady pro vypracování:

Výzkum na téma Expresivní přístupy v kontextu metody AQR bude realizován u klienta s PAS v organizaci Za sklem o. s. – Olomouc, která má za cíl poskytovat podporu rodinám s dětmi a dospívajícími s poruchou autistického spektra.

Tento výzkum je designován jako jednopřípadová explorativní deskriptivní studie. Klade si za cíl pozorovat a popsat proces intervence a zreflektovat její dopad.

Práci bude předcházet rešerše na dané téma a vyhledávání vhodných knih, odborných článků a výzkumů s touto tematikou. Využívané metody budou polostrukturované rozhovory a zúčastněné pozorování.

Účast ve výzkumu zahrnuje polostrukturovaný rozhovor se zákonnými zástupci klienta a s jeho klíčovým pracovníkem před zahájením výzkumu a po jeho skončení. Počet setkání s dítětem se bude odvíjet na základě možností a kapacity instituce, dítěte, rodiny i výzkumnice.

Práce s dětským klientem bude probíhat v Za sklem o. s. – Olomouc pod dohledem klíčové pracovnice. Využívané metody/techniky/aktivity budou dopředu konzultovány a zpětně i supervidovány s vedoucí bakalářské práce či odbornými pracovníky organizace. Zákonný zástupce bude průběžně informován o průběhu intervencí a bude reflektován jejich dopad.

Rozhovory se zákonnými zástupci a klíčovým pracovníkem budou nahrávány a po přepsání budou vymazány. Transkripce bude přístupná pouze komisi u obhajoby bakalářské práce a vedoucí bakalářské práce až na části citovány v textu práce, který bude volně dostupný online. Tyto citace budou vždy anonymní. Poznámky ze setkání i reflexí jednotlivých intervencí budou taktéž anonymizovány.

Všechny údaje a data získaná při výzkumu mohou být využita výhradně pro účely výzkumu a publikována v anonymizované formě. Podepsaný informovaný souhlas bude archivován u výzkumnice. Účastník může kdykoliv z výzkumu odstoupit.

Seznam doporučené literatury:

Schumacher, K. (2014). Music therapy for pervasive developmental disorders, especially autism. *The music in music therapy: Psychodynamic music therapy in Europe: Clinical, theoretical and research approaches*, 107-123.

Schumacher, K. (2013). The Importance of Orff-Schulwerk for Musical Social-Integrative Pedagogy and Music Therapy.

Schumacher, K., & Calvet-Kruppa, C. (1999). The "AQR" – an Analysis System to Evaluate the Quality of Relationship during Music Therapy: Evaluation of interpersonal relationships through the use of instruments in music therapy with profoundly developmentally delayed patients. *Nordic Journal of music therapy*, 8(2), 188-191.

Kružiková, L. (2013). Kontaktní písně v muzikoterapii. *Komparace hudebního materiálu aplikovaného v českém a americkém muzikoterapeutickém prostředí*.

Müller, O. (2018). Expresivní terapie ve speciální pedagogice. *Expresivní terapie ve speciální pedagogice / Oldřich Müller.*

Stav schvalování: Vedoucím katedry schválen studentův podklad VŠKP

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Podpis vedoucího pracoviště:

Datum:

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Mária Klásková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Lenka Terezie Růžičková
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Expresivní přístupy v kontextu metody AQR ve speciálněpedagogické intervenci u klienta s PAS
Název práce v angličtině:	Expressive approaches in the context of the AQR method in special education intervention with a client with PAS
Abstrakt práce:	<p>Bakalářská práce si klade za cíl popsat a zreflektovat průběh využití expresivních přístupů v kontextu metody AQR u dítěte s PAS. Teoretická část se věnuje vymezení autismu, expresivních terapií, samotné metodě AQR a následně tato témata propojuje. Druhá, praktická část, popisuje průběh aplikace dané metody u dítěte s autismem. Práce je designována jako jednopřípadová exploratorně-deskriptivní studie. Praktická část byla prováděna za využití polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného pozorování. Po realizaci výzkumu můžeme říct, že se nástroj AQR rozšířený na všechny expresivní terapie jeví jako vhodný nástroj analýzy a reflexe speciálněpedagogické intervence. Principy tohoto přístupu mohou být využity i v rámci jiných intervenčních metod.</p>
Klíčová slova:	Autismus, PAS, AQR metoda, expresivní terapie
Abstrakt v angličtině:	<p>The aim of the bachelor thesis is to describe and reflect the process of using expressive approaches in the context of the AQR method in a child with PAS. The theoretical part focuses on the definition of autism, expressive therapies, the AQR method itself and then connects these topics. The second, practical part describes the process of application of the method in a child with autism. The thesis is designed as a single-case exploratory-descriptive study. The practical part was conducted using semi-structured interviews and participant observation. After implementing the research, we can say that the AQR tool extended to all expressive therapies seems to be a suitable tool for analysis and reflection of special education intervention. The principles of this approach can also be used in other intervention methods.</p>

Klíčová slova v angličtině:	Autism, ASD, AQR method, creative art therapies
Přílohy:	<ol style="list-style-type: none">1. Informovaný souhlas pro rodiče2. Informovaný souhlas pro pracovníka3. Souhlas organizace o výzkumné činnosti studenta4. Rámec otázek pro interview
Rozsah práce:	74
Jazyk práce:	Český jazyk

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	ANOTACE	5
	OBSAH	7
	SEZNAM TABULEK.....	9
	ÚVOD.....	10
	TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1	Vymezení autismu	12
	1.1 Teorie vzniku	13
	1.2 Klinický obraz dětského autismu	14
	1.2.1 Triáda problémových oblastí.....	15
	1.2.2 Nеспецифické variabilní rysy	17
	1.3 Přidružené poruchy.....	18
	1.3.1 Mentální retardace	19
	1.3.2 Vývojová dysfázie.....	20
2	Expresivní terapie v kontextu dětských klientů s PAS.....	21
	2.1.1 Vymezení terapie.....	21
	2.1.2 Definice expresivních terapií.....	21
	2.2 Účinné faktory expresivních terapií	22
	2.2.1 Joint factor	22
	2.3 Expresivní terapie jako intervence u dětí s PAS	23
3	Nástroj AQR – hodnocení kvality vztahu	25
	3.1 Vývoj metody AQR.....	25
	3.2 Fáze metody AQR	26
	3.3 Škály pro měření kvality vztahu.....	28
	3.3.1 Škála PEQR – fyzicko-emocionální kvalita vztahu	29
	3.3.2 Škála VQR – hlasová kvalita vztahu.....	31
	3.3.3 Škála IQR – kvalita vztahu k nástroji.....	33
	3.3.4 Škála TQR – kvalita terapeutického vztahu	35
4	Využití expresivních přístupů při aplikaci metody AQR ve speciálně pedagogické intervenci u dětského klienta s PAS	37
	4.1 Principy metody AQR	38
	PRAKTICKÁ ČÁST	40
5	Design výzkumu	41
	5.1 Metodologie vlastního výzkumu	41
	5.2 Cíle práce, výzkumná otázka.....	42

5.3	Výzkumný soubor a výzkumné prostředí.....	43
5.4	Sběr dat.....	43
5.5	Analýza dat.....	44
6	Výsledky	46
6.1	Profil dětského klienta.....	46
6.2	Škálování setkání.....	47
6.3	Stav afektu dítěte a terapeuta.....	61
7	Diskuse	62
8	Limity výzkumu a doporučení do praxe	66
8.1	Limity výzkumu	66
8.2	Doporučení do praxe	67
9	Závěr.....	68
LITERATURA.....		69
PŘÍLOHY.....		74

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: schéma škál nástroje AQR, volně přeloženo autorkou dle Schumacher a kolektivu (2019).....	28
Tabulka 2: škála PEQR, volně dle Schumacher a kolektivu (2019).....	30
Tabulka 3: škála VQR, volně dle Schumacher a kolektivu (2019).....	32
Tabulka 4: škála IQR, volně dle Schumacher a kolektivu (2019).	34
Tabulka 5: škála TQR, volně dle Schumacher a kolektivu (2019).	36
Tabulka 6: tabulka PEQR pro analýzu, volně dle Schumacher a kolektivu (2019).	45
Tabulka 7: tabulka TQR pro analýzu, volně dle Schumacher a kolektivu (2019)...	45
Tabulka 8: škála PEQR – setkání I.	48
Tabulka 9: škála TQR – setkání I.....	48
Tabulka 10: škála PEQR – setkání II.	50
Tabulka 11: škála TQR – setkání II.	51
Tabulka 12: škála PEQR – setkání III.....	53
Tabulka 13: škála TQR – setkání III.....	54
Tabulka 14: škála PEQR – setkání IV.	56
Tabulka 15: škála TQR – setkání IV.....	57
Tabulka 16: škála PEQR – setkání V.....	59
Tabulka 17: škála TQR – setkání V.....	60
Tabulka 18: afekt dítěte a terapeuta, pořadí dvojic grafů shora odpovídá pořadí setkání.....	61

ÚVOD

Autismus ve své podstatě existuje jistě již velice dlouho, ale své jméno toto onemocnění dostalo teprve v minulém století, kdy si Kanner (1943) povšiml specifického chování u některých dětí. Pozornost je mu věnována až několik posledních desítek let. Nyní můžeme najít velké množství studií, které zkoumají autismus komplexně, některé do nejmenších detailů. I přes velký zájem odborníků je toho ještě hodně, co o autismu nevíme.

Myšlenka zabývat se dětmi s autismem přišla během praxí, které jsem absolvovala v zařízení pomáhajícím dětem a rodinám s autismem. Postřehla jsem tendenci pracovníků neustále rozvíjet své klienty v různých oblastech, učit je něčemu, aktivizovat je a podobně.

Často jsem nabývala pocitu, že děti jsou (s dobrým záměrem) nuceny dělat věci, které mnohdy vůbec dělat nechtějí nebo v nich nevidí smysl. Kladla jsem si otázku, jestli je to vždy nejvhodnější způsob intervence u dětí s touto poruchou a zda se využívají i jiné techniky a metody. Při hledání odpovědí mi byla doporučena literatura o muzikoterapeutické metodě AQR, která se do centra pozornosti staví především vztahy dítěte s autismem. Zaujala mě natolik, že jsem se rozhodla zaměřit se na ni ve své bakalářské práci. Navíc jsem se rozhodla obohatit metodu AQR o další umělecké prvky. Jedním z důvodů je, že v kontextu této metody mají expresivní terapie potenciál uměleckého vyjádření vnitřních prožitků. Zároveň mi je umění blízké zejména díky studiu speciální pedagogiky se zaměřením na dramaterapii.

Bakalářská práce je rozdělená do dvou částí. První z nich – teoretická – je dělena do čtyř kapitol. v první kapitole se věnujeme autismu a jeho vymezení. Tato část je důležitá pro pochopení smyslu principů dané metody. Ve druhé kapitole jsou popsány expresivní terapie a jejich účinné faktory. Třetí kapitola vysvětluje samotný nástroj AQR. Poslední kapitola teoretické části dává do souvislostí tři předchozí kapitoly a zaměřuje se na praktické využití metody.

Praktická část si klade za cíl popsat, jak vypadalo využití metody AQR rozšířené o další expresivní přístupy u dětského klienta s autismem. Nejdříve jsou popsány cíle výzkumu a výzkumné otázky, metodický rámec, výběr osob do výzkumu a práce s daty. Následně čtenáři předkládáme zjištěné výsledky, které poté diskutujeme. Na závěr uvádíme limity této studie a odbornou literaturu, která byla v rámci této práce využita.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ AUTISMU

V této kapitole definujeme, co je to autismus, odkud pochází jeho název a s jakými dalšími názvy se můžeme setkat. Dále se budeme věnovat původu vzniku, specifickým a nespecifickým symptomům a přidruženým poruchám, které se s autismem mohou pojít.

Za názvem tohoto onemocnění stojí americký psychiatr Leo Kanner. Tento psychiatr si téměř v polovině 20. století povšiml u více dětí podobného chování, které ovšem oproti většině dětí nebylo typické (Thorová, 2016). Děti se například při vstupu do cizí místnosti vydaly k hračkám a vůbec nereagovaly na lidi přítomné v místnosti. Nereagovaly ani na otázky či oslovení (Kanner, 1943). Název vychází z řeckého slova „autos“, které nese význam „sám“ a poprvé ho Kanner v tomto kontextu použil v roce 1943. Kanner tímto reflektoval svou domněnku, že děti s autismem jsou ponořeny do svého vlastního vnitřního světa, a přitom jsou osamělé, nedokážou vytvářet přátelské vztahy a nezajímají se o okolí (Thorová, 2016).

Název autismus sice nesl nový význam, ale úplně nový nejen v psychiatrii, ale v lékařství obecně nebyl. Označoval totiž také jeden ze symptomů osob trpících schizofrenií. Jednalo se o zvláštní typ myšlení, které bylo snové a odtržené od reality. Tento symptom však později dostal jiný název a termín autismus měl zůstat pouze pro syndrom popsany Kannerem. Avšak užívání jednoho odborného slova pro dva různé jevy působilo zmatek, a tak došlo k tomu, že dětský autismus byl dlouhou dobu zaměňován právě se schizofrenií (Thorová, 2016).

Pokud budeme chtít definovat autismus, najdeme vícero definicí. Když nahlédneme do mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revizi (2011), najdeme zde různé typy autismu pod shrnujícím názvem pervazivní vývojové poruchy. Mezinárodní klasifikace nemocí 10 (dále jen MKN-10) tuto skupinu poruch charakterizuje skrz triádu příznaků, a to narušení sociální interakce, narušení komunikace a poruchy chování, které definuje jako omezené a stereotypní. v posledním století se jeho definice postupně rozšiřovala. Dnes zahrnuje různé typy, které se liší v závažnosti, úrovni komunikačních schopností a doprovodných stavech (Motttron, 2020).

Poruchy autistického spektra jsou výčtem jednotlivých typů pervazivních vývojových poruch s výjimkou Rettova syndromu. Patří sem tedy dětský autismus, atypický

autismus, Aspergerův syndrom a jiné či nspecifické pervazivní vývojové poruchy. Rettův syndrom byl v 90. letech vyčleněn, protože se zjistilo, že za vznik tohoto onemocnění je zodpovědný specifický gen (Thorová, 2016).

Termíny autismus, porucha či poruchy autistického spektra se svou zkratkou PAS i termín pervazivní vývojové poruchy někdy označované jako PVP tedy většinou označují ten stejný jev (Bazalová, 2017). v následujícím textu používáme pojmy PAS a autismus a volně je zaměňujeme. Tyto pojmy jsou zde výčtem jednotlivých poruch vyjma Rettova syndromu.

Jsou to poruchy vše pronikající – zasahují do hloubky různé struktury osobnosti a na základě toho je u těchto osob pozměněné vnímání, prožívání i chování (Thorová 2016). Pro tyto poruchy neexistuje žádná kauzální léčba, jsou však slučitelné s vysokou úrovní integrace do společnosti (Motttron, 2020). Léky mohou zmírnit určité symptomy, ale klíčovým prvkem péče o děti s touto poruchou zůstává časné zahájení intervence a terapie a speciálně pedagogická podpora (Ošlejšková, 2006).

1.1 Teorie vzniku

Dodnes se neví, co je příčinou vzniku autismu a jakým způsobem vzniká. Existuje ale spousta různých teorií, které se vznik poruch autistického spektra snaží vysvětlit. Mnoho z nich přispělo k objasnění některého z hlavních příznaků, ale žádné z nich se zatím nepodařilo vysvětlit a objasnit celkový původ. Etiologie má pravděpodobně multifaktoriální původ (Říčan & Krejčířová, 2006).

Existují teorie, které dávají do souvislosti neurální propojení korových oblastí mozku se vznikem autismu. Tvrdí, že na mechanismu vzniku autismu se podílí obecná nervová konektivita, komunikace a koordinace. Příčinou by mohlo být nadměrné nervové propojení, které způsobuje narušenou komunikaci jednotlivých oblastí mozku, a to by mohlo být základem deficitů v sociálních, emociálních a komunikačních funkcích. Naproti tomu stojí teorie s předpokladem, že základem patologie je nižší míra integrace korových oblastí způsobená sníženou konektivitou (Watts, 2008).

Nabizadeh (2023) popisuje teorii zrcadlových neuronů jako jedno z možných vysvětlení vzniku autismu. Zrcadlový neuronový systém je skupina specializovaných neuronů, které se aktivují při pozorování nebo napodobování jiného jedince, při chápání emocí druhých a hrají tedy významnou roli ve schopnosti empatie a nespočtu dalších schopností a jednání. Protože zrcadlové neurony hrají významnou roli v různých činnostech,

kteřé jsou základem sociálního chování, vznikly teorie, že poruchy autistického spektra mohou souviset s dysfunkcí zrcadlových neuronů. Přispívá k tomu i fakt, že napodobování je zásadním faktorem při učení se řeči a ta je často u osob s poruchou autistického spektra narušena. Navíc nedostatky ve verbální komunikaci u lidí s poruchami autistického spektra nejsou kompenzovány neverbální komunikací skřz oční kontakt, gesta a mimiku.

Autismus se obvykle vyskytuje v rodinách, a proto je zřejmé, že genetické a dědičné faktory mají na rozvoj autismu určitý vliv. Nicméně ani u jednovaječných dvojčat se příznaky autismu neprojevují ve stejné míře, což vede vědce k úvahám o dalších možných příčinách. Přestože přesná příčina není známa, výzkumy ukazují na kombinaci genetických příčin a příčin způsobených životním prostředím. Faktorem mohou být trávící potíže ovlivňující zpracování některých enzymů, což vede k rozšířenému dodržování bezlepkové a kaseinové diety (Croncke et al., 2016). Dieta bez kaseinu je dietní přístup, který zahrnuje eliminaci potravin obsahujících kasein, bílkovinu nacházející se v mléce a mléčných výrobcích (Baspinar & Yardimci, 2020). Jako potenciální příčina autismu se uvádí také vystavení pesticidům, ať už v děloze nebo v raném dětství (Croncke et al., 2016).

Helen Ratajczak (2011) tvrdí, že autismus je důsledkem genetických vad, k nimž dle ní přispívá vyšší věk rodičů a/nebo zánět mozku. Zánět může být způsoben například vadnou placentou, imunitní reakcí matky na virovou nebo bakteriální infekci, předčasným porodem, encefalitidou u dítěte po narození nebo toxickým prostředím.

Z výše uvedených studií je zřejmé, že neexistuje přímá cesta mechanismů vedoucích k jednoduché patogenezí a vysvětlení charakteristického souboru symptomů autismu. Nabízí se shrnout patogenezí autismu jako multidimenzionální a nejistou, kde ale přesto různé z popsaných teorií mají své místo (Croncke et al., 2016; Nabizadeh, 2023; Ratajczak, 2011; Watts, 2008).

1.2 Klinický obraz dětského autismu

Dětský autismus je typ pervazivní vývojové poruchy, postihuje častěji chlapce než dívky. Toto onemocnění se také může nazývat mimo jiné Kannerův syndrom. Používá se také název časný infantilní autismus. Aby mohla být dítěti stanovena tato diagnóza, musí dojít k manifestaci specifických příznaků do tří let věku (Říčan & Krejčířová, 2006). Míra postižení dané osoby se může lišit podle počtu příznaků a jejich rozsáhlosti. Forma tohoto onemocnění se pohybuje na škále od lehké až po těžkou (Thorová, 2016).

1.2.1 Triáda problémových oblastí

Různé zdroje se shodují, že autismus je definován narušením ve třech oblastech v různém rozsahu. Tato triáda je zásadní při diagnostice poruchy autistického spektra. Triádu lze rozpoznat na všech úrovních inteligence a může se vyskytovat samostatně nebo společně s jakoukoliv jinou fyzickou či psychickou poruchou (Wing, 1997). Většina zdrojů uvádí tyto tři specifické oblasti:

1. porucha řeči a komunikace;
2. porucha sociálních vztahů;
3. odpor ke změně, rigidita a nepružnost myšlenkových procesů;
(Cashin, 2009; Ošlejšková, 2006; Říčan & Krejčířová, 2006).

Thorová (2016) se shoduje s prvními dvěma z výše uvedených bodů triády, třetím bodem je dle této autorky narušení v oblasti představitosti, zájmů a hry. I přes odlišný název autorka odkazuje na repetitivní a nepružné modely chování a intenzivní zaujetí nějakým specifickým tématem, které popisují i jiní autoři. Podle Krejčířové (2006) patří porucha hry či úplná neschopnost hrát si mezi charakteristické znaky poruch autistického spektra, staví ji však mimo výše uvedené.

Porucha řeči a komunikace

Intenzita poruchy řeči a komunikace se pohybuje také na spektru. Projevuje se na dvou úrovních: expresivní (tvorba řeči a vyjadřování se) a receptivní (porozumění). u některých jedinců je řeč zachována, ale narážíme na abnormality v komunikačním procesu, u jiných se řeč vůbec nemusí rozvinout nebo se nerozvine na takovou úroveň, aby byla funkčně používána (Thorová, 2016). k určitým obtížím v oblasti komunikace, zvláště pak v porozumění řeči, dochází i u osob s normální či nadprůměrnou inteligencí (Říčan & Krejčířová, 2006). Někteří jedinci nereagují ani na oslovení a pokyny, protože nerozumí řeči a mohou být proto mylně považováni za neslyšící (Ošlejšková, 2006). Porucha vyvstává ve všech komunikačních složkách, zasahuje tedy komunikaci verbální i neverbální. Tyto osoby málo druhé napodobují, zřídka kdy využívají gesta a různým tělesným pohybům i mimice chybí komunikační význam (Říčan & Krejčířová, 2006). Také mnohdy dochází k problému pochopit, interpretovat i používat tón hlasu. Mnoho osob s autismem mluví monotónně a nepoužívá intonaci jako nositelku významu (Cashin, 2009). Častým fenoménem v komunikaci a vyjadřování osob s poruchou autistického spektra je echolálie – osoba opakuje slova a různé výroky, které někde dříve zaslechla (Říčan & Krejčířová, 2006).

Porucha sociálních vztahů

Porucha v této oblasti nemusí být v kojeneckém věku nápadná, rodiče si mnohdy abnormalit začínají všimnout až po prvním roce života. Některé znaky se mohou projevit i dříve. Tyto děti například nevyžadují přítomnost druhých, neprojevují potřebu mazlit se, vyhýbají se očnímu kontaktu atd. Ve vyšším věku pak neprojevují zájem o kontakt s dalšími dětmi ani nenavazují přátelské vztahy s okolím, pokud si hrají, tak hlavně izolovaně a chybí jim schopnost empatie (Říčan & Krejčířová, 2006). I zde platí, že škála poruchy je opět velice široká. Dítě s autismem se může projevovat jako odmítavé a osamělé, ale jedná se pouze o jednu formu sociálního chování. Dále existuje typ pasivní, formální (afektovaný), zvláštní a smíšený. u některých dětí se tedy můžeme setkat častým dotýkáním se nebo s dlouhým zíráním (Thorová, 2016).

Odpor ke změně, rigidita, porucha představivosti a hry

Lidé s autismem mají často zvláštní zájmy a vášně. Bývají zainteresováni do témat jako jsou dinosauři, vážná hudba, jízdní řády nebo doprava a mají sklony k detailnímu shromažďování informací. Preferují neměnnost a změny pro ně bývají obtížné a mohou způsobovat rozrušení či vztek. Drží se určitých rutin, například umístění nábytku v bytě, nošení jedné barvy oblečení nebo používání určitého talíře. Mají tendenci dělat věci stále stejně, například sedí na stejném místě v hromadné dopravě a chodí do školy po stejné cestě (Ošlejšková, 2006).

Představivost (schopnost imaginace) je jednou ze stěžejních součástí při rozvoji nápodoby. Deficity ve schopnosti představivosti se proto podepíší ve více směrech. s představivostí je totiž významně spojen vývoj dětské hry, která je klíčová pro celkový rozvoj dítěte. Dítě s nedostatečnou imaginací také často volí aktivity, které neodpovídají jeho věku, které jsou předvídatelné a v různých činnostech se tak fixuje na jednoduchost a stereotypnost (Thorová, 2016). u dětí s autismem většinou chybí symbolická hra, nehrají si „na mámu, na piráta, na princeznu“. Jejich hraní postrádá kreativitu a většinou se stále opakuje (Ošlejšková, 2006). Různé stereotypy se promítají i do pohybu – poskoky, zvláštní držení těla, chození po špičkách bez jiného neurologického nálezu, třepání a tleskání rukama (Říčan & Krejčířová, 2006).

Původní chápání tzv. autistické triády bylo omezeno pouze na projevy chování. Dnes jsou příznaky považovány za poruchu na úrovni kognitivního zpracování. Skutečná triáda postižení je na rozdíl od proměnlivých a kolísavých behaviorálních projevů statická

a všudypřítomná. Tato triáda je ústředním bodem všech diagnóz, které dohromady spadají pod poruchy autistického spektra (Cashin, 2009).

1.2.2 Nespecifické variabilní rysy

Pojmem nespecifické variabilní rysy nazýváme symptomy, které sice nespádají do hlavních diagnostických kritérií a nejsou součástí autistické triády, nicméně se u osob s poruchou autistického spektra vyskytují velice často (Thorová, 2016).

Rodiče dětí s PAS podle výzkumu Bazalové (2017), který byl prováděn v letech 2010-2011, uváděli (mimo hlavní příznaky jmenované v MKN-10) nejčastěji projevy jako absence očního kontaktu, omezený fyzický kontakt, narušený vývoj řeči či její pozdější vymizení také to, že dítě přestalo komunikovat. Dále pozorovali atypickou hru nebo snahu dítěte vměstnat se do úzkých prostor.

Percepční poruchy

Autismus je spojen se smyslovými a kognitivními poruchami. Jedinci s autismem obecně vykazují normální nebo lepší schopnosti raného smyslového zpracování, ale deficity v komplexním smyslovém zpracování (Haigh, 2018).

Odlišnost ve vnímání se týká zvláštního způsobu vnímání, přecitlivělosti (hypersenzivity) či nízké citlivosti (hyposenzitivity) a ulpívání na určitých smyslových vjemech. Určité obtíže v oblasti percepce pozoroval už Leo Kanner. *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* v 5. revizi z roku 2013 řadí atypické sensorické chování do diagnostických kritérií (Thorová, 2016). Atypické behaviorální reakce na sensorické informace jsou u lidí s touto diagnostikou velice časté, přičemž více než 96 % dětí s PAS má hypersenzitivitu nebo hyposenzitivitu v několika oblastech. Smyslové podněty mohou vyvolat agresivní a sebepoškozující chování, zejména u těch, kteří jsou neverbální a nedokážou své obtíže sdělit adekvátním a funkčním způsobem (Marco et al., 2011). Za přecitlivělou reakci lze považovat vyhubavé chování, křik a vztek, úzkostné a panické reakce (Thorová, 2016). Mezi nejvíce postižené smysly patří chuť, čich a hmat, ale nové studie uvádějí, že specifika ve zrakovém a sluchovém vnímání jsou stále častější (Marco et al., 2011).

Motorické poruchy

Jedinci s poruchou autistického spektra často vykazují obtíže v široké škále motorických dovedností, mezi něž patří jemná manuální kontrola, psaní, manuální zručnost a koordinace pohybů, problematické bývá chytání předmětu a hraní míčových her, chůze, rovnováha, stabilita a rychlost, obratnost a svalový tonus (Hilton & Ratcliff, 2022).

Tyto poruchy mohou mít různou podobu. Někdy se projevují opožděným motorickým vývojem a celková úroveň jemné a hrubé motoriky může vykazovat deficity. Objevují se obtíže s nápodobou pohybu, kresbou, grafomotorikou a v celkové pohyblivosti si můžeme všimnout různé zvláštnosti. v motorice se vyskytují často abnormální projevy, jako například třepání a kroucení prsty. Tyto pohyby někdy tvoří emoční odezvu a objeví se při radosti, ale i při nervozitě a úzkosti. Některé teorie tvrdí, že tyto pohyby dokonce slouží k redukci tenze, jiné že je toto chování naučené, nebo že to je důsledek chemických procesů v mozku. Také by se mohlo jednat o autostimulační funkci k udržení duševní rovnováhy (Thorová, 2016). Můžeme se setkat také s netypickým vnímáním rovnováhy a například i se schopností točit se abnormálně dlouho kolem vlastní osy či se houpat na houpačce (Adamus et al., 2018).

Další nespecifické rysy

Nespecifických projevů u autismu může být mnoho. Do klinického obrazu patří také slabší **emoční reaktivita, snížený práh bolesti, poruchy chování** (agrese vůči okolí a autoagrese, výbuchy vzteku) a **poruchy adaptability, problémy se spánkem** (nespavost, změna spánkových rytmů) a **jídlem** (vybíravost zaměřená na barvu stravy či její konzistenci, rutiny spojené s jídlem a bazírování na stereotypch), **tiky, obsedantně – kompulsivní myšlenky**, atd. (Adamus et al., 2018; Thorová, 2016).

1.3 Přidružené poruchy

Přidružená porucha u osoby s poruchou autistického spektra není výjimkou. Autismus se může pojít s jakoukoli další poruchou, nemocí či stavem. To, že někteří mají už tuto diagnózu, je před dalšími neochráně, takže jejich výskyt je u osob s autismem obdobný jako u běžné populace. u některých se navíc prokázala souvislost s autismem a jsou u osob s PAS násobně častější (Thorová, 2016).

V této části popisujeme pouze ty přidružené diagnózy, které má diagnostikované i klient, se kterým autorka pracovala v rámci praktické části této práce.

1.3.1 Mentální retardace

Dle MKN-10 (2011) je mentální retardace: „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti.“

Je to stav, ve kterém jedinec dosáhl jen omezeného stupně rozvoje mentálních schopností a dovedností (Thorová, 2016). Aby mohla být dítěti či dospělému stanovena diagnóza autismu, musí při testování inteligence selhat v komplexním testu inteligence natolik, že výsledný kvocient je aspoň dvě směrodatné odchylky od průměru a zároveň je splněná podmínka, že selhává ve věkově přiměřených očekáváních své sociální skupiny (Říčan & Krejčířová, 2006).

Mentální retardace se dle závažnosti dělí takto:

Lehká mentální retardace (IQ 50-70): nejrozšířenější forma, patří sem 80% populace mentálně retardovaných, tyto osoby vykazují úroveň 10-11 let věku. Projevuje se nejčastěji až v předškolním věku.

Středně těžká mentální retardace (IQ 49-35): hodnoty IQ odpovídají mentálnímu věku 6-9 let, tyto osoby k životu potřebují trvalou asistenci, ale sebeobsluhu zvládají. Tato porucha je často spojena s narušenou komunikační schopností.

Těžká mentální retardace (IQ 34-20): klinický obraz je podobný lidem se středně těžkou mentální retardací, ale postižení je závažnější a osoby s těžkou mentální retardací potřebují vyšší míru podpory. Uvádí se, že toto pásmo odpovídá mentálnímu věku 3-6 let.

Hluboká mentální retardace (IQ <19): bývá spojena i s pohybovým narušením, uvádí se, že osoby s hlubokou mentální retardací vykazují úroveň méně než tři roky věku. Tento stav vyžaduje pomoc v oblasti komunikace, mobility a hygienické péče.

(Říčan & Krejčířová, 2006; Thorová, 2016; MKN-10, 2011)

Osoby s autismem a mentální retardací se od osob s mentální retardací liší specifickým chováním. Také se u nich objevuje větší problém v chápání různých emočně zabarvených situací. Je pro ně těžší pochopit gesta jako pohlazení, objetí a rozeznat emoce (Thorová, 2016).

1.3.2 Vývojová dysfázie

Jedná se o specifické vývojové poruchy řeči (anglicky *developmental language disorders*). Narušena je především verbální komunikace. Neverbální komunikace je zasažena podstatně méně. Deficity jsou v chápání řeči či v jejím vyjadřování nebo jsou přítomny obě (Thorová, 2016). Tyto specifické vývojové poruchy řeči se stejně jako pervazivní vývojové poruchy řadí mezi poruchy psychického vývoje (Galizzi Faé et al., 2018).

Definice vývojových dysfází není jednoznačná. Některé zdroje uvádějí, že se o vývojovou dysfázii jedná pouze tehdy, pokud porucha řeči není doprovázená sníženým intelektem. Pokud by byla spojená s mentální retardací, je chápána jako součást poruchy kognitivních funkcí. v jiné literatuře lze dohledat, že vývojová dysfázie může postihovat osoby s narušeným intelektem. Zde je předpoklad, že porucha řeči a porucha intelektu mohou být na sobě do značné míry nezávislé (Smolík, 2009).

V MKN-10 (2011) nalezneme dva typy:

Expresivní porucha řeči – jde o poruchu, kdy má dítě problémy s používáním mluvené řeči. Její úroveň neodpovídá mentálnímu věku, ale schopnost dítěte porozumět řeči je normální. Mohou se vyskytovat i problémy s výslovností, ale nemusí.

Receptivní porucha řeči – jde o poruchu, kdy je úroveň chápání řeči podstatně nižší než mentální věk dítěte. Časté jsou výrazně omezené schopnosti vyjadřování a často se vyskytují potíže s tvorbou slov a zvuků.

U vývojových dysfází je podstatná důkladná diferenciativní diagnostika. Ve věku 2-3 let je navíc vývoj řeči variabilní, proto by mohla být zaměněna s prostým opožděným vývojem řeči. Zároveň problém v porozumění řeči nemusí být způsoben jen receptivní poruchou řeči. Je důležité rozlišit, zda není nepochopení způsobeno například vadou sluchu či mentální retardací (Řičan & Krejčířová, 2006).

2 EXPRESIVNÍ TERAPIE V KONTEXTU DĚTSKÝCH KLIENTŮ S PAS

V této kapitole se autorka zabývá expresivními terapiemi, jejich vymezením a jejich společnými účinnými faktory. Dále popisuje využití některých konkrétních směrů expresivních terapií u osob s poruchou autistického spektra.

2.1.1 Vymezení terapie

Dle národního zdravotnického informačního portálu je slovo terapie ekvivalentem k termínu léčba. Müller (2013) definuje terapeutické přístupy jako odborné a cílené působení na člověka, které si klade za cíl zmírnit či úplně odstranit jak potíže, tak i jejich příčinu. v kontextu speciální pedagogiky preferuje užívání ekvivalentu „náprava“ oproti „léčení“.

V této práci se slovo terapie a terapeut používá v širším kontextu, tak jak ho používá Schumacher (2019) v metodě AQR. Více v kapitole 3.3.4 *Škála TQR – kvalita terapeutického vztahu*.

2.1.2 Definice expresivních terapií

V praxi se můžeme mimo pojem expresivní terapie setkat také s pojmy kreativní či umělecká terapie, terapie tvořivým uměním nebo arteterapie v širším slova smyslu. Všechny tyto pojmy nesou totožný význam.

Terapie tvořivým uměním (z anglického *creative arts therapies*) je souhrnný pojem zahrnující několik specializovaných oborů: arteterapii (v užším slova smyslu), tanečně pohybovou terapii, dramaterapii, psychodrama, muzikoterapii a poetoterapii/biblioterapii. Tvůrčí a expresivní postupy založené na umění a jeho produktech se využívají ke zlepšení zdraví a pohody v rámci terapeutického vztahu (Orkibi & Keisari, 2023).

„Expresivní terapie jsou postavené (a vycházejí) na umělecké expresi, tedy vyjádření vnitřních (v případě některých osob potlačených) pocitů a vztahů k lidem prostřednictvím specifického uměleckého média“ (Müller, 2014, s.63).

Není neobvyklé, že lidé ztrácejí kontakt s kreativitou v důsledku zvládnání životních stresorů, přechodů nebo traumat. Prostřednictvím zapojení do umělecké tvorby v expresivní terapii mohou klienti potenciálně řešit psychické bloky, které mohou bránit nebo znemožňovat přístup k tvůrčímu myšlení (Brandoff, 2017).

Přesto, že jednotlivé směry uměleckých terapií mají mnoho společných prvků a principů a mohou vyvolat pocit, že se jedná o jeden široký obor, který se vyvíjel společně a rozděloval se do jednotlivých specializovaných podoborů, není tomu tak. Ukazuje se, že se jednotlivé směry vyvíjely a stále vyvíjejí nezávisle na sobě navzájem (Kantor, 2016).

2.2 Účinné faktory expresivních terapií

V posledních desetiletích se stala předmětem mnoha výzkumů otázka, jak expresivní terapie fungují a zda léčba přináší výsledky. Martina de Witte se spolu s kolektivem autorů (2021) zaměřila víc než na výsledky terapie na to, jaké faktory jsou nositelem změny. Dohromady shromáždili 67 různých studií a jejich vzorek obsahoval jak kvalitativní a kvantitativní výzkum, tak i různé další typy studií. Tito autoři popisují tři typy faktorů a mechanismus změny. Názvy jednotlivých faktorů nepřekládáme, aby se neztratil význam. Faktory jsou následující:

„*Common factor*“: terapeutický faktor, který je společný pro všechny psychoterapeutické přístupy. Označuje se také jako nespecifický faktor nebo faktor změny.

„*Specific factor*“: terapeutický faktor/změna v konkrétním psychoterapeutickém přístupu.

„*Joint factor*“: v rámci této studie tento pojem zastřešuje společné faktory pro všechny kreativně umělecké terapie.

Mechanismus změny: teorií podložený kauzální řetězec nebo posloupnost událostí či procesů, které konkrétněji, než samotné faktory vysvětlují, jak nebo proč dochází k terapeutické změně.

2.2.1 Joint factor

Prostřednictvím podrobné analýzy se De Witte a kolektivu (2019) podařilo popsat společných 19 dominantních faktorů pro umělecké terapie. Většina z nich se shoduje

s účinnými faktory velkých psychoterapeutických škol. Tři z nich jsou ale jedinečné právě pro umělecké terapie. v následující části textu je popisujeme blíže.

Embodiment – toto slovo bychom do češtiny mohli přeložit jako „ztělesnění“. Kontakt s tělem a uvědomění si těla vedou k plnějšimu prožívání sebe sama (De Witte et al., 2021). Jennings (2015) popisuje, že tělo je základním prostředkem pro učení. Všechny ostatní formy učení jsou vedlejší v porovnání s tím, co se člověk naučí prostřednictvím těla. z toho důvodu děti s tělesným traumatem potřebují více fyzické aktivity, aby mohly obnovit zdravé a sebevědomé tělo.

Konkretizace – je to jakýsi proces ztvárňování vnitřní zkušenosti z abstraktní podoby do viditelné, hmatatelné a slyšitelné. Konkretizování vnitřních pocitů a konfliktů rozšiřuje perspektivu a umožňuje náhled. Původně neuchopitelný obsah pak lze fyzicky vnímat a prožívat. Terapeutickým je zde například ztělesnění rolí a hraní autobiografických témat nebo zobrazení pocitů prostřednictvím uměleckého produktu (De Witte et al., 2021).

Symbolismus a metafora – symbolická práce může prostřednictvím umění spustit nevědomé procesy. Klient má možnost skrz symboly a metafory přenést vnitřní i potlačený obsah na umělecký produkt. Řadíme sem například pohybovou metaforu, dramatickou projekci nebo nevědomé sebevyjádření (De Witte et al., 2021). Symbolická vyjádření v taneční terapii tvoří most mezi vnitřním a vnějším světem klienta a pohybová metafora je formou neverbální komunikace, která může poskytnout užitečný vhled do vzorců chování, přesvědčení, vztahů a emočního stavu člověka (Ellis, 2001).

2.3 Expresivní terapie jako intervence u dětí s PAS

Dle srovnávací studie, která se zaměřila na přínos uměleckých terapií v intervencích pro děti s PAS a na vyhodnocení účinnosti léčby, se zjistilo, že tyto intervence dětem s autismem prospěly v několika oblastech. Zlepšení se projevilo především v tělesných funkcích a v sociálních dovednostech. Účinky u skupinových i individuálních intervencí vyžadovaly více sezení (Bernier et al., 2022).

Podle Thorové (2016) má hudba pozitivní vliv na vývoj dítěte s autismem. v muzikoterapii většinou platí, že hudba napomáhá sociální interakci, umožňuje projev emocí a otevírá komunikační kanály. Vyskytují se zde ale jisté výjimky. Některým dětem s autismem může hudba vadit. v takových případech se pak hudba využívá v procesu desenzibilizace.

Tvůrčí proces v arteterapii umožňuje vyjádření sebe sama, což je pro tyto děti podstatné, protože vyjádření jiným způsobem je pro ně někdy až příliš obtížné. Arteterapie přináší relaxaci, rozvoj mentálních funkcí a v neposlední řadě také radost z tvorby (Thorová, 2016).

Ziadat a kolektiv (2022) zkoumali, jestli na děti s autismem bude mít pozitivní vliv tanečně pohybová terapie. Děti absolvovaly patnáct hodinových intervencí a následně vykazovaly méně stereotypního chování. Výzkum zjistil, že první výsledky se objevily v průměru už po třetím setkání a nejsou závislé na věku ani pohlaví.

Dle Valenty (2021) jsou osoby s poruchami autistického spektra jednou z nejvíce rezistentních skupin vůči dramaterapii. v dramaterapii je vzájemná komunikace a interakce, spontaneita a kreativita stěžejní, a právě autismus je definován jejich častým deficitem. Přesto se ale u osob s PAS využívá. Dítě s autismem má problémy orientovat se v realitě, a z toho plyne potřeba pravidelnosti a stereotypu. Dramaterapeutická technika rituálu této strukturaci napomáhá. Pro dítě s autismem je však v rámci rituálu podstatnější složka procesní než obsahová. Při realizaci dramaterapie u klientů s dětským autismem a dalšími poruchami autistického spektra je důležité akceptovat jisté principy. Příkladem může být **princip vizualizace**, který znamená, že je tvořena vizuální podpora ke všemu, co se děje a různé podněty jsou s vizuálními asociovány. Při skupinové dramaterapii je pak důležité usilovat o **minimalizaci změn**, co se týče příchodů a odchodů členů, ale také změn rekvizit nebo času a místa setkání.

Dramaterapie může být u dětí s autismem velice prospěšná. Prostřednictvím dramaterapeutických technik se děti učí vyjadřovat své emoce, zvnitřňují si a fixují žádoucí chování, které se pak pro ně stává srozumitelnějším (Valenta, 2021).

3 NÁSTROJ AQR – HODNOCENÍ KVALITY VZTAHU

Tato kapitola se věnuje nástroji AQR, který se specifikuje na měření různých dimenzí vztahů dítěte s poruchou autistického spektra. Dostupné zdroje jsou pouze cizojazyčné a téměř všechny mají stejnou autorku, což se odráží i v následující kapitole.

Nástroj pro hodnocení kvality vztahu je kvalitativní pozorovací metoda, která je určena k zjištění vývojové úrovně fungování a vztahů klienta v kontextu muzikoterapie a slouží pro účely posouzení, diagnostiky, dalšího plánování a hodnocení (Esterbauer, 2018).

3.1 Vývoj metody AQR

Autorkou této metody je německá muzikoterapeutka Karin Schumacher. Již čtyři dekády se věnuje dětem s těžkými vývojovými poruchami, které trpí poruchami sociálních, interakčních a komunikačních dovedností. To ji vedlo k tomu, že se začala zajímat o schopnost rozvíjet mezilidské vztahy. Snažila se své poznatky propojit se svou muzikoterapeutickou praxí a začala používat hru s hudbou, která se rozvíjí na základě pozorování dítěte. Terapeut je dle této muzikoterapeutky schopen skrz fyzické, hlasové a hudební intervence pomoci dítěti zažít kontakt s vlastním tělem a propojit smyslové vjemy (Schumacher et al., 2019).

O pár let později začala Karin Schumacher spolupracovat s vývojovou psychologičkou Claudine Calvet, jejíž vědecká činnost se specializovala na poruchy raných interakcí dětí s matkou, zvláště pak u dětí s Downovým syndromem. Calvet tvorbu nástroje AQR ovlivnila díky své specializaci právě na vývojovou psychologii. Rozvoj metody spočíval v tom, že obě tyto výzkumnice sledovaly a analyzovaly videosekvence z muzikoterapeutické práce Karin Schumacher. Snažily se ve videonahrávkách nalézt terapeutické momenty, v nichž byl patrný pokrok ve vývoji dítěte. Zjistily, že některé nerozvinuté základní schopnosti jako například raná schopnost regulace afektů či zpracování podnětů se prostřednictvím muzikoterapie mohou rozvíjet i později (Schumacher et al., 2019).

Tento nástroj AQR byl vyvíjen deset let, během kterých byly sesbírány důkazy o účinnosti muzikoterapeutických intervencí. Zaměření bylo nejdříve směřováno na

zacházení dítěte s hudebními nástroji a jeho hudební projev. Toto vedlo k vytvoření škály IQR. (Schumacher et al., 2019). Škála IQR je zkratka anglického názvu „*Instrumental quality of relationship*“, což by se do češtiny dalo přeložit jako instrumentální kvalita vztahu nebo jako kvalita vztahu k hudebnímu nástroji.

Dále se centrem pozornosti stal hlasový projev a vznikla škála VQR (Schumacher et al., 2019). Tuto škálu bychom z anglického názvu „*Vocal quality of relationship*“ mohli přeložit jako hlasová kvalita vztahu. Pro děti, které se nedokázaly vyjádřit ani skrz hudební nástroj ani vokálně, má sloužit škála PEQR – „*Physical-emotional quality of relationship*“, zaměřená na fyzicko-emocionální kvalitu vztahu (Schumacher et al., 2019).

Následovala škála pro hodnocení terapeutického vztahu TQR – která se zaměřuje na terapeuta. Byla vyvinuta s cílem posoudit schopnost dítěte tvořit vztahy a to v kontextu terapeutických intervencí (Schumacher et al., 2019). Otázkou, jakou roli má terapeutický vztah v rámci rozvoje dítěte v kontextu muzikoterapie, se zajímal kolektiv autorů a zjistili, že hudebně-terapeutický vztah je důležitým prediktorem v rozvoji sociálních dovedností, konkrétně komunikace a jazyka (Mössler et al., 2019).

Posledním krokem k dokončení nástroje AQR byla analýza spolehlivosti, prováděna osmdesáti kolegy a studenty z Německa, Rakouska a Švédska. Ti byli nejdříve důkladně vyškoleni v používání hodnotících škál. Následně jim byly prezentovány videosekvence, které hodnotili dle jednotlivých škál. Míra shody byla znázorněna statisticky, a tím se prokázala spolehlivost nástroje AQR. Pro kvalifikovanou aplikaci škál AQR je nezbytným předpokladem důkladné školení (Schumacher et al., 2019).

3.2 Fáze metody AQR

Dle Karin Schumacher a kolektivu (2019) se nástroj AQR soustředí na to, jak se rozvíjí vztah k sobě samému (tělo a hlas), k předmětům (hudební nástroje) a k ostatním (muzikoterapeut). AQR nástroj je rozdělen do čtyř škál (IQR, VQR, PEQR, TQR), každá z nich může nabývat sedmi modů (od 0 do 6), má své specifické charakteristiky a zaměřuje se na různá ohniska pozorování. Jednotlivé mody nemusí navazovat bezprostředně po sobě, protože vývoj není lineární proces.

Následující členění vychází z práce Karin Schumacher a kolektivu (2019) a Erika Esterbauera (2018):

Modus 0 – Nedostatek kontaktu/odmítnutí kontaktu: v tomto modu je často pozorovatelné repetitivní a stereotypní chování. Dítěti, jeho projevům a afektům je těžké porozumět. Může se zdát, že dítě terapeuta ani nástroje nevnímá. Chybí vokální nebo instrumentální projev. Dítě nenavazuje oční kontakt a zdá se být pro terapeuta nedostupné. Terapeut tento emoční stav akceptuje. Hudba je nabízena se záměrem vytvořit atmosféru, která umožní navázat vztah, aniž by ho vynucovala.

Modus 1 – Smyslový kontakt/kontaktní reakce: Typická je zde nízká míra akceptace fyzického kontaktu. Bývá zde pozorovatelné stereotypní chování a je velmi těžké rozeznat emocionální rozpoložení. Dítě v této fázi nenavazuje oční kontakt. Terapeut se soustředí na dítě a jeho smyslové potřeby a podporuje intermodální vnímání (integrace vizuálních a sluchových informací). Výsledkem je krátké uvědomění si vlastního těla dítěte. Charakteristické jsou krátké vokalizace, které jsou výrazem vnitřního prožitku.

Modus 2 – Funkcionalizovaný kontakt: Hlavní charakteristikou je vysoké vnitřní napětí a neklid, které vyjadřuje tělo a obličej. Důsledkem vysoké vnitřní tenze jsou i hlasové projevy. Dítě někdy navazuje oční kontakt za účelem kontroly. Terapeut reguluje tyto afekty, a dítě tak zažívá regulaci skrz jinou osobu.

Modus 3 – Kontakt se sebou samým/sebeuvědomění: Dítě si uvědomuje své vlastní tělo a hlas a vnímá je jako původce činnosti. Je to známkou koherence dítěte, které je v tomto modu klidné a pozorné. Dochází k záměrnému explorativnímu zacházení s hudebním nástrojem. Oči následují pohyby těla. Terapeut dítě v činnosti podporuje, doprovází a napodobuje jej.

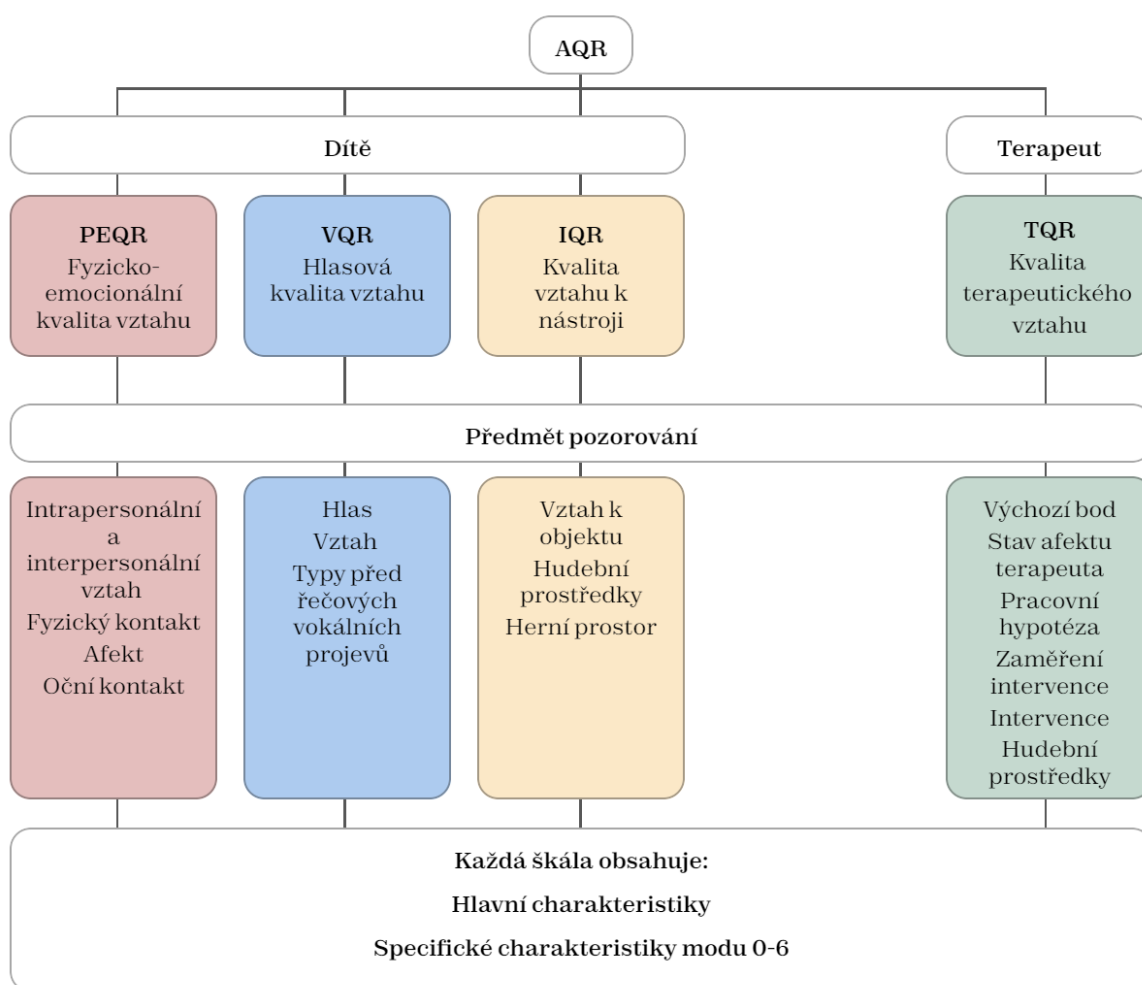
Modus 4 – Kontakt s druhým/intersubjektivita: v tomto modu se rozvíjí schopnost intersubjektivy (společné pozornosti). Dítě projevuje zájem o terapeuta a o společnou činnost. Prostřednictvím těla dítě zažívá mezilidskou zkušenost. Oční kontakt je regulován, dítě jej navazuje a přerušuje. Přáním dítěte je najít u terapeuta potvrzení prožitku svých hlasových projevů, což je nazváno jako „*social referencing*“, tedy sociální odkazování.

Modus 5 – Vztah k jinému/interaktivita: Rozvíjí se schopnost napodobování a objevuje se dialogická výměna motivů i dialogický fyzický kontakt. Dítě oční i fyzický kontakt dokáže regulovat a užívat si ho. Je zde typický pozitivní afekt, který by se ale neměl stát příliš intenzivním. Terapeut přebírá motivy a zkušenosti dítěte.

Modus 6 – Společná zkušenost: Tento stav provází společná expresivní hra nebo vokalizace. Je doprovázen pozitivním emočním stavem a potěšením, které dítě vyjadřuje. Ve hře se můžou objevit imaginární nebo symbolické prvky. Vztah je pevně navázán. Emocionální kvalita se odráží v očním kontaktu.

3.3 Škály pro měření kvality vztahu

Jak už je uvedeno výše v kapitole 3.1, postupně se vyvinulo vícero škál pro měření kvality vztahu. Můžeme je rozdělit podle toho, jestli se zaměřují na dítě, terapeuta.



Tabulka 1: schéma škál nástroje AQR, volně přeloženo autorkou dle Schumacher a kolektivu (2019).

3.3.1 Škála PEQR – fyzicko-emocionální kvalita vztahu

Škála PEQR hodnotí fyzický a emocionální vztah. Pomocí této škály posuzujeme stav afektu dítěte, který poskytuje vodítko pro vhodnou intervenci. Pomocí fyzicky-hudebního „jazyka“ může terapeut reagovat na nevyrovnané, nevyzpytatelné a často extrémní afekty dítěte, což umožňuje dialog a iniciuje pozitivní vývoj (Schumacher et al., 2019). v důsledku narušené integrace vnímání může být problematický vývoj očního kontaktu a vnímání vlastního těla. Rodiče absenci očního kontaktu vnímají často negativně, jako odmítnutí (Carpente & LaGasse, 2015). Dle Schumacher a kolektivu (2019) sleduje škála tyto klíčové oblasti:

Intrapersonální a interpersonální vztah: rozvoj uvědomování si vlastního těla a schopnost být v kontaktu s terapeutem.

Fyzický kontakt: souhlas nebo přání dítěte, aby se ho někdo dotýkal, držel ho, nosil atp.

Afekt: projevy tváře a fyzicky pozorovatelné formy chování.

Oční kontakt: kvalita, délka i typ očního kontaktu s terapeutem. v anglickém znění se jedná o „*eye contact*“, proto překládáme jako oční kontakt, nikoli zrakový.

PEQR - fyzicky emocionální kvalita vztahu	Interpersonální a intrapersonální vztah	Fyzický kontakt	Afekt	Oční kontakt
modus 0: nedostatek kontaktu/odmítnutí kontaktu	Vlastní koherence není vyvinutá, interpersonální prostor ještě není otevřený.	Dítě na fyzický kontakt nereaguje nebo jej odmítá.	Afekt je obtížně interpretovatelný, dítě bez zjevného důvodu přechází z neutrálního stavu do stavu neklidu.	Dítě nenavazuje oční kontakt.
modus 1: smyslový kontakt	Rozvíjí se vědomí vlastního těla, proprioceptivní vnímání je základ pro sebekoherenci. Může se objevit krátké uvědomění si fyzického kontaktu.	Dítě umožňuje fyzický kontakt, i když pasivně, nechá se nosit, houpat, masírovat.	Pokud se podaří intermodální spojení (integrace vizuálních a sluchových informací), dítě reaguje krátkým pozitivním vitálním afektem.	Zkušenost intermodálního spojení ovlivňuje vitalitu. Vyskytují se zde prchavé pohledy.
modus 2: funkcionalizační kontakt	Vysoká tenze těla dítěte poukazuje na nesouvislé vnímání těla. Terapeut je k dispozici k regulování afektů.	Není regulovaný, blízkost a vzdálenost nejsou vyvážené. U dítěte se vyskytuje autoagrese nebo agrese směřovaná vůči někomu jinému.	Dítě je přetíženo nebo ohroženo vlastním afektem. Lze pozorovat výrazný neklid, přehnanou mimiku. Intenzivní afekt může vyvrcholit v (auto)agresi.	Při autoagresi se dítě na terapeuta nedívá, při vnější agresi dítě sleduje terapeutovu tvář a kontroluje jeho reakce.
modus 3: kontakt se sebou samým/sebeuvědomění	Pohyby jsou koordinované, dítě se vnímá jako centrum činnosti a chápe, že je autorem pohybů. To umožňuje kontakt se sebou i druhými.	Dítě dává najevo svým postojem, že fyzický kontakt je zde žádoucí a objevuje své nebo terapeutovo tělo.	Zde pozorujeme klidný a čitelný stav afektu.	Pohled má charakter klidného pozorování. Dítě sleduje vlastní pohyby a činnost.
modus 4: interpersonální kontakt/kontakt s druhými	Rozvíjí se schopnost vzájemné pozornosti. Dítě projevuje zájem o terapeuta a zapojuje se do činnosti.	Tělo je používáno k interpersonální zkušenosti.	Objevuje se zde potřeba zapojit druhého do vlastního prožívání. Dítě reguluje afekty skrz střídavé navazování očního kontaktu s terapeutem.	Dítě vyhledává oční kontakt s terapeutem, když zažívá něco nového. Může se stát, že dítě pozoruje třetí osobu, je-li přítomná (triangulace vnímání).
modus 5: vztah k druhým/interaktivita	Delší trvání vzájemné pozornosti vede k zintenzivnění a upevnění vztahu. Dítě a terapeut na sebe dialogicky reagují.	Dítě samo iniciuje fyzický kontakt a užívá si jej. Může ho také různě rozvíjet nebo ho ukončit.	Terapeut a dítě se častěji nacházejí v pozitivním afektu, ve kterém probíhají dlouhodobější interakce, imitace i hry.	Dlouhodobější záměrná interakce je evidentní z častých výměn očního kontaktu.
modus 6: společná zkušenost	Vztahová vazba je bezpečná a upevní se důvěra v reakce terapeuta. Dítě a terapeut jsou schopni regulovat blízkost a vzdálenost.	Fyzický kontakt je hravý a může se rozvinout hraní rolí. Fyzický projev může mít symbolický význam.	Tělo a afekt se sjednotí. Rozvíjí se neustálý pozitivní afekt, se kterým se dítě vyrovnává. Projevuje se autenticita a emoční flexibilita.	V očním kontaktu se odráží schopnost hrát si a bavit se. Oční kontakt může přinášet silně pozitivní afekty, aniž by ohrožoval vztah.

Tabulka 2: škála PEQR, volně dle Schumacher a kolektivu (2019).

3.3.2 Škála VQR – hlasová kvalita vztahu

„Před řečové“ (pre-speech) kvality hlasu (VQR) poukazují výrazovou kvalitu hlasu, jeho vztah k vlastnímu tělu a k terapeutovi. (Esterbauer, 2018).

Centrem pozorování jsou v rámci VQR škály dle Schumacher a autorského kolektivu (2019) tyto oblasti:

Hlas: délka a forma hlasového přednesu v kontextu muzikoterapie.

Vztah: intrapersonální i interpersonální vztah hlasového projevu.

Intrapersonální: hlasový projev dává tělu proprioceptivní zpětnou vazbu, čímž se rozvíjí vztah k vlastnímu hlasu.

Interpersonální: posuzují se hlasové projevy v mezilidském kontextu. Základem jsou poznatky z vývojové psychologie – vývoj vlastního hlasového vyjádření, hra s ním a možnosti vytváření mezilidských vztahů skrz hlas.

Typy před řečových vokálních projevů: popis typů vokalizace.

VQR - vokální kvalita vztahu	Hlas	Vztah	Typy předřečových vokálních vyjádření
modus 0: nedostatek kontaktu/odmítnutí kontaktu	Dítě nevykazuje žádný hlasový projev nebo reakci. Nevnímá hlasové nabídky od terapeuta.	Žádný (ani interpersonální ani intrapersonální) vztah nelze pozorovat.	Nelze pozorovat žádné typy hlasového předřečového projevu.
modus 1: smyslový kontakt	Vokalizace jsou výsledkem vnitřních emocí a jsou výrazem afektů.	Rozvíjí se vztah mezi hlasem a tělem dítěte. Dítě si pravděpodobně neuvědomuje, že vokalizace pocházejí od něj samotného.	Objevují se zvuky podobné samohláskám. Hlasové projevy potěšení mají větší rezonanci a modulaci.
modus 2: funkcionalizační kontakt	Hlas je používán k vyjádření vnitřních potíží a potřeb. Může se projevovat i méně naléhavě, stereotypně.	Lze pozorovat propojení těla a hlasu dítěte a funkcionalizovaný interpersonální vztah.	Projevují se samohláskami bez modulace a rezonance. Zvuk, výška, rytmus a dynamika jsou stereotypní. Emoční intenzita může odpovídat hlasitosti.
modus 3: kontakt se sebou samým/sebeuvědomění	Uvědomění si a zkoumání vlastních hlasových projevů.	Dítě si uvědomuje vlastní produkci hlasu a hlasové projevy mají delší trvání.	Dítě zkoumá a mění výšku, rytmus i dynamiku zvuku. Forma se rozvíjí skrz terapeutickou intervenci.
modus 4: interpersonální kontakt/kontakt s druhými	Objevuje se potřeba sociálního odkazování ze zážitků z vokálního projevu.	Dosahuje se zde společného zaměření pozornosti na hlasové vyjádření a objevuje se touha po sounáležitosti.	Hlasové projevy jsou delší a mohou být propojené s gesty. Dítě si uvědomuje začátek, pauzu a konec. Projev se aktivuje pozitivním potvrzením terapeuta.
modus 5: vztah k druhým/interaktivita	Hlasové projevy mají dialogický charakter a používají se například v "gap-songs", napodobování a hrách.	Interpersonální vztah je pozorován na základě dialogických vokalizací.	Zvuk, rytmus a výška se vzájemně doplňují, napodobují nebo recipročně iniciují. Forma vzniká vzájemným vnímáním.
modus 6: společná zkušenost	Dítě a terapeut se vyjadřují hlasem ve společné hře. Hlasové projevy se často projevují s imaginárním obsahem.	Vztah je hravý.	Vznikají nesmyslné říkanky a písničky, které jsou projevem hravého používání hlasu a jsou přechodem k verbálním projevům. Dynamika je určována afekty a obsahem.

Tabulka 3: škála VQR, volně dle Schumacher a kolektivu (2019).

3.3.3 Škála IQR – kvalita vztahu k nástroji

Karin Schumacher společně s kolektivem (2019) popisují, jak sledovat a vyhodnocovat způsob zacházení dítěte s hudebním nástrojem a hraní na něj. Zaměřujeme se na následující čtyři klíčové oblasti:

Nástroj: doba trvání a způsob zacházení, případně způsob hry se posuzuje s ohledem na kvalitu vztahu.

Vztah k objektu: v úvahu se bere způsob, jakým dítě s předměty zachází a později, jak si s nimi hraje a jak to souvisí s mezilidskými vztahy. Vychází se zde z poznatků vývojové psychologie.

Hudební prostředky: způsob hry na nástroje, přístup a výraz jsou popsány analýzou hudebních parametrů: zvuk, rytmus, melodie, harmonie, dynamika a forma.

Herní prostor: zde se posuzuje herní prostor a zejména hudební rozsah na jeden nástroj včetně rozsahu při společné hře.

IQR - kvalita vztahu k nástroji	Hudební nástroj	Vztah k objektu	Hudební prostředky	Herní prostor
modus 0: nedostatek kontaktu/odmítnutí kontaktu	Hudební nástroje v místnosti pro dítě nejsou lákavé. Buď si jich nevšimá nebo je odmítá.	Hudební nástroje nevzbuzují zájem ani jako předmět ani jako zdroj zvuku.	Nabízené nástroje nevedou k žádné zjevné pozitivní reakci. Dítě je nepřijíma jako formu vyjádření.	Žádný prostor pro hraní se nevyvíjí.
modus 1: smyslový kontakt	Náhodný dotyk nástroje a následující zvuk nebo poslech způsobí krátký pohled na nástroj. Tato zkušenost dočasně mění stav afektu.	Nástroj je smyslově vnímán skrz zvuk, hmat, čich, chuť. Není vnímán jako oddělený od vlastního těla a dítě si neuvědomuje funkci nástroje.	Slyšitelný zvuk se může objevit náhodně díky smyslovému zkoumání.	Žádný prostor pro hraní se nevyvíjí.
modus 2: funkcionalizační kontakt	Dítě s nástrojem zachází v závislosti na afektu. Buďto destruktivně (mohlo by dojít k poškození nástroje), nebo stereotypně.	Hudební nástroj je rozpoznán jako objekt, ale vysoký afekt způsobuje agresivně-destruktivní zacházení, nebo na něj dítě hraje stereotypně.	Zvuk, rytmus i dynamiku určuje afekt. Kvalita projevu je buď hlasitá (agresivní, destruktivní), nebo monotónní (stereotyp). Není jasný začátek a konec.	Prostor pro hraní je velmi omezený a nelze jej dál rozvíjet.
modus 3: kontakt se sebou samým/sebeuvědomění	Nástroj je rozpoznán jako zvukotvorný objekt. Přenáší se na něj nálada dítěte. Nástroj může u dítěte díky zvuku způsobit emocionální změny.	Dítě prozkoumává nástroj, oči sledují činnost a je patrná koordinace mezi rukou a očima. Dítě si uvědomuje, že je autorem zvuku.	Nálada hráče ovlivňuje rytmus, dynamiku a výraz projevu, ale neomezuje jej. Forma se může vyvinout náhodně, nebo skrz terapeuta.	Prostřednictvím zkoumání nástroje se otevírá prostor pro hru.
modus 4: interpersonální kontakt/kontakt s druhými	Dítě na nástroj hraje s vědomím jeho funkce a pokud hraje i terapeut, snaží se s ním propojit	Společná hra na nástroj vede ke společné pozornosti. Sociální pospolitost je sdílená s terapeutem.	V závislosti na typu nástroje lze pozorovat ladění pomocí barvy, rytmu a výšky tónu a hra získává výraz. Začátek a konec jsou vědomé.	Prostor se rozšiřuje, dítě "vpouští" terapeuta do vlastní hry.
modus 5: vztah k druhým/interaktivita	Na nástroj se hraje dialogicky, často s hlasovým doprovodem.	Na hudební nástroj hraje dítě vědomě, nástroj slouží k dialogu.	Dítě v dialogu střídavě iniciuje a napodobuje. Oba hráči si uvědomují dynamiku a výraz. Forma se rozvíjí vědomou hrou.	Herní prostor je sdílený s terapeutem a je vzájemně "vyjednaný".
modus 6: společná zkušenost	Hra na nástroj je prostředkem k vyjádření emocí, v obsahu mohou vznikat asociace.	Hra odráží pozitivní emoční stav obou hráčů (interafektivita) a může být doprovázena imaginárním obsahem.	Dynamika je volná a flexibilní. Hudební forma se rozvíjí přes citové propojení mezi hráči i přes vznikající imaginární obsah.	Vzniká společný prostor pro hru, který je formován plynulou vzájemnou výměnou.

Tabulka 4: škála IQR, volně dle Schumacher a kolektivu (2019).

3.3.4 Škála TQR – kvalita terapeutického vztahu

V kontextu naší práce využíváme slovo terapeut v nejširším slova smyslu. Jedná se o pozici, ve které se intervenující osoba soustředí na vztah s klientem.

V měření kvality terapeutického vztahu se podle Schumacher a kolektivu autorů (2019) objevuje nejvíce ohnisek, na která se při pozorování zaměřujeme. Jsou to tato:

Výchozí bod: momentální „*so-state*“ dítěte, tedy situace před zásahem terapeuta.

Stav afektu terapeuta: „*so-state*“ dítěte způsobuje, že u terapeuta vzniká specifický stav afektu.

Pracovní hypotéza: terapeut buduje pracovní hypotézu na základě své předchozí zkušenosti s interakcí, své znalosti poruchy nebo postižení, muzikoterapeutických intervenčních technik a za pomoci své intuice.

Zaměření intervence: intervence terapeuta vychází z jeho pracovní hypotézy a je zaměřena na specifický aspekt chování dítěte (nálada, pohyb, stav afektu, instrumentální/vokální projev).

Intervence: prostřednictvím muzikoterapeutických technik je záměrně ovlivňován „*so-state*“ dítěte.

Hudební prostředky: zde je vidět, který z hudebních prostředků (zvuk, rytmus, dynamika, melodie, harmonie, forma a výraz) je v popředí.

Herní prostor: prostor pro hru se označuje jako prostor mezi dítětem a terapeutem.

TQR - terapeutická kvalita vztahu	Výchozí bod	Terapeutův stav afektu	Pracovní hypotéza	Zaměření intervence	Intervence	Hudební prostředky	Herní prostor
modus 0: nedostatek kontaktu/odmítnutí kontaktu	Výchozím bodem je nereagující dítě, které buď neprojevuje zájem o kontakt, nebo jej odmítá.	Dítě nevysílá žádné signály a neprojevuje žádné známky akceptace, takže má terapeut pocit, že si ho nikdo nevšímá.	Terapeut předpokládá, že dítě v tomto okamžiku není schopno projevovat žádnou reakci, ale uvědomuje si atmosféru, kterou terapeut vytvořil.	Terapeut si uvědomuje náladu dítěte, ale zaměřuje se na hudbu, která může ovlivnit atmosféru v místnosti.	Terapeut svým projevem a postojem umožňuje, aby dítě vnímalo jeho akceptující postoj. Cílem je dítě v "so-state" hudebně obklopit.	Zvolené nástroje a forma hraní nemají zvucí charakter. Tóny jsou hlavně dlouhé a hluboké. Tempo není aktivizační. Hra je bez pauz, mohly by působit tenzi.	Hudba dítě obklopuje. Terapeut si je vědom nálady a chování dítěte, ale nezaměřuje se na ně.
modus 1: smyslový kontakt	Výchozím bodem je smyslové sebestimulační zájem o kontakt, nebo stereotypní pohyby.	Terapeut se může cítit vybidnut k vnímání pohybů dítěte a k vnímání jeho vnitřního napětí.	Rozvíjí se kontaktní reakce. Terapeut nepřisuzuje očím kontaktu interpersonální význam. Dítě si může uvědomit vlastní tělo.	Terapeut zaměřuje pozornost na pohyby, činnost a fyzický stav dítěte.	Hudební improvizace se zaměřuje na smyslové potřeby. Pokud dítě přijme dotyk, je vhodné kývání, houpaní atp. pro smyslové propojení.	Způsob hry vychází z fyzického stavu dítěte. Činnost a rytmus pohybu dítěte jsou ozvučovány. Pokud se dítě nehýbe, vychází se z rytmu dýchání.	Důraz je kladen na tělesnost dítěte, takže herní prostor vychází od dítěte.
modus 2: funkcionalizační kontakt	Výchozím bodem je stav vysokého afektu a většinou projev nebo činnost s destruktivními sklony ze strany dítěte.	Napětí dítěte vyvolává vypjatý stav i u terapeuta. Za určitých okolností se cítí ohrožen nebo musí chránit nástroje. Musí reagovat okamžitě. Dítě očekává sankce za agresivní a destruktivní jednání. Terapeut má pocit, že je tímto chováním ovládan.	Pokud dítě vykazuje vysoký stav afektu, musí se tomu terapeut plně věnovat.	Intervence je zcela zaměřena na stav afektu dítěte.	Terapeut se snaží skrz hru regulovat afekt dítěte. Cílem intervence je, aby dítě také muselo umožňovat regulaci afektu prostřednictvím druhého.	Vysoká tenze vyžaduje odolné hudební nástroje, které nelze poškodit. Nástroje ale také musí umožňovat rozvoj dynamiky. Hudební improvizace (hlas a také texty improvizovaných písní) jsou rytmizovány dle afektu dítěte.	Atmosféra herního prostoru je velmi napjatá. Dítě a terapeut jsou na sebe napojeni a jsou na sobě navzájem závislí.
modus 3: kontakt se sebou samým/sebeuvědomění	Výchozím bodem je výrok nebo jednání dítěte.	Terapeut se zajímá o výroky a jednání dítěte. To je spojeno s pozorným stavem afektu.	Terapeut se soustředí na projevy a/nebo jednání dítěte a podporuje ho.	Terapeut se soustředí na projevy dítěte.	Pokud dítě objeví hlas nebo nový zvuk, terapeut ho podpoří vhodným hudebním doprovodem. Cílem je posílit prožitek autorství a vlastní účinnosti.	Terapeut se vyjadřuje formou, kterou si zvolilo dítě. Fyzické projevy se integrují a dítě si je uvědomuje skrz zvuky, gesta a písně.	Herní prostor je vyplněn projevy dítěte a podpůrnými intervencemi terapeuta.
modus 4: interpersonální kontakt/kontakt s druhými	Výchozím bodem je iniciativa dítěte zapojit terapeuta do své hry.	Zapojení terapeuta u něj vytváří pozitivní stav afektu, který je doprovázen pocitem „uvolnění“.	Terapeut může přinést své vlastní nápady, aniž by přerušil kontakt, ale musí respektovat případné pauzy dítěte s vědomím, že opět naváží kontakt.	Terapeut se nadále zaměřuje na projevy a jednání dítěte. Dítě upíná pozornost na terapeuta a jeho hru, což umožňuje rozvinout společné téma (inter-attentionality).	Intervence poprvé obsahují i nápady terapeuta. Hudební projev by měl dítě stimulovat, aniž by se zaměřoval na dialog.	Improvizace vychází ze společného impulsu a pro oba hráče zůstává poutavá. Nyní lze jasněji rozlišit barvu vybraných nástrojů. V hraní jsou možné pauzy.	Prostor pro hru je zřetelně otevřenější pro hru terapeuta a je naplněn společným tématem.
modus 5: vztah k druhým/interaktivita	Výchozím bodem je schopnost dítěte přijmout a opakovat motivy terapeuta a evidentní touha dítěte po výměně.	Terapeut je zapojen, což způsobuje pozitivní afekt, který je pozorovatelný na jeho mimice a gestech.	Terapeut se prezentuje jako individuální osoba se svými vlastními představami a pocity. Očekává, že dítě převzme jeho nápady.	Intervence je zaměřena na interpersonální interakci.	Terapeut přebírá motivy dítěte, které tím zažívá pozornost. Cílem je posílit rozvíjející se interaktivitu.	Dítě a terapeut v hudebním dialogu používají různé hudební prostředky vhodné k vyjádření daného motivu. Jednotlivé motivy na sebe vzájemně navazují.	Prostor pro hru je sdílen oběma hráči: dítětem a terapeutem.
modus 6: společná zkušenost	Výchozím bodem je připravenost dítěte hravě vstoupit do vztahu.	Terapeut má radost ze společné hry a objevují se u něj radostné a šťastné pocity.	Terapeut si jakožto hrající partner může dovolit, aby se jeho hudebně-dramatická činnost stala nápaditější.	Intervence se vedle potěšení a zábavy při hraní zaměřuje na rozvoj představitosti a nápaditosti.	Zde se objevuje hraní rolí a vznikají obrazy, které jsou začleněny do hudebně dramatického způsobu hry. Cílem je hravou formou přiblížit téma dítěte.	Hra může obsahovat mimo hudební projev i tanec, hraní rolí. Dynamika se proměňuje a je určována oběma hráči. Téma jsou zpracovávána hravým způsobem.	Herní prostor se stal skutečným herním prostorem a je vyplněn oběma hráči.

Tabulka 5: škála TQR, volně dle Schumacher a kolektivu (2019).

4 VYUŽITÍ EXPRESIVNÍCH PŘÍSTUPŮ PŘI APLIKACI METODY AQR VE SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ INTERVENCI U DĚTSKÉHO KLIENTA S PAS

O tom, kterou ze čtyř stupnic použít pro analýzu (viz kap. 3.3 *Škály pro měření kvality vztahu*), rozhoduje druh výrazových prostředků, které jsou v popředí zájmu. Pokud se nejedná o instrumentální nebo vokální projev, je v popředí fyzicko-emocionální projev dítěte. Pokud se objeví vokální nebo instrumentální projev, použije se vokální předřečová nebo instrumentální škála. Jednou z nejdůležitějších otázek při posuzování kvality vztahu je, zda terapeut používá vhodnou intervenci (metodu) pro momentální stav dítěte. Posouzení podle škály TQR pomáhá určit pracovní model terapeuta, který se projevuje v jeho intervencích. Dáme-li posuzovaný modus podle škály TQR do souvislosti s hodnocením tělesně-emocionálního a/nebo hlasového či instrumentálního projevu dítěte, je zřejmé, zda terapeut určil stav vývoje dítěte a zda použil vhodnou intervenci. Tímto způsobem lze rozpoznat případné chyby v intervenci a změnit metodu (Schumacher et al., 2019).

Jak již uvádíme výše (viz. kap. 3 *Nástroj AQR – hodnocení kvality vztahu*), nástroj AQR je metoda využívající muzikoterapii v rámci intervencí s dítětem a centrem pozornosti je zde afektivní, vokální, instrumentální a další vyjádření dítěte (Esterbauer, 2018). Müller ve své práci s názvem *Expresa jako prostředek rozvoje osobnosti a terapie* (2015) uvádí, že umělecká exprese v kreativních terapiích je spojena s vyjádřením vnitřních (v případě někoho potlačených) pocitů a vztahů k lidem. v kontextu této práce rozšiřujeme nástroj AQR na expresivní přístupy právě z toho důvodu, že je pro nás podstatná především exprese jakékoliv povahy, ne pouze hudební vyjádření.

Modus, který se často objevuje (viz kap. 3.2 *Fáze metody AQR*) a je jasně stanovený, se označuje jako "základní modus". u nových nebo teprve krátce vznikajících kvalit hovoříme o takzvaných "vrcholech". Vrcholy neoznačují pouze možnosti, ale také hranice klienta. Těch je třeba si být vědom, zejména pokud jsou vrcholy krátké a nepravidelné. Na známky stresu je důležité pohotově reagovat (Schumacher et al., 2019).

Vrcholy se podobají tomu, co Lev Vygotskij (1978) nazývá zóna proximálního vývoje. Je to vzdálenost mezi skutečnou vývojovou úrovní, která je charakterizována samostatným řešením problémů, a úrovní potenciálního rozvoje, kam patří řešení problémů pod vedením dospělých nebo ve spolupráci se schopnějšími vrstevníky. Metody pro měření vývojové úrovně se většinou zaměřují na to, co dítě zvládá samostatně, ale opomíjí to, co děti zvládnou s dopomocí. Zóna proximálního vývoje definuje ty funkce, které ještě nedozrály, ale jsou v procesu zrání. Tyto funkce představují spíše jakési „pupeny“ nebo „květy“ rozvoje než zralé „plody“.

Může se tedy stát, že je dvěma dětem přiřazena stejná mentální úroveň z hlediska ukončených vývojových úkolů, ale dynamika jejich vývoje je zcela odlišná. Zóna proximálního vývoje je nástroj, který psychologům a pedagogům dává možnost popsat a pochopit vnitřní průběh vývoje a vymežit jeho bezprostřední budoucnost (Vygotsky & Cole, 1978).

Pokud se v sekvenci objeví určitý modus, je důležité pozorovat, jak často a na jak dlouho se tento modus opakuje v průběhu terapie. Tímto způsobem lze potvrdit, zda se jedná o rozvinutý modus, nebo o vrchol, tedy o kvalitu, která se objevuje na krátkou dobu a vybočuje z obvyklého chování. Brzy je zřejmé, jestli je dítě na jedné úrovni vývoje po velmi dlouhé období a také zda se objevují rychlé změny vlastností nebo zda narůstá schopnost pro tvorbu vztahu. Tato hodnocení lze dávat do souvislosti s primární diagnózou (Schumacher et al., 2019).

Výchozím bodem je jakákoli stimulace. Pokud chceme navázat kontakt s osobou s autismem, je důležité, abychom se nejprve naučili obejít bez „principu dialogu“ v komunikaci. Jak je uvedeno již v kapitole 1.2.1 *Triáda problematických oblastí*, děti s autismem, které umí mluvit, obvykle nepoužívají řeč ke komunikaci, ale používají ji ke zvládnutí neúnosných vnitřních stavů, vysokého stresu nebo úzkosti (Carpente & LaGasse, 2015).

4.1 Principy metody AQR

Základním principem nástroje AQR je zaměření se primárně na vztahy dítěte, nikoliv na jeho aktivizaci (Schumacher et al., 2019). Principy se v jednotlivých modech proměňují a nejdůležitější jsou v modu 0. Za zásadní považujeme dle Karin Schumacher a Claudine Calvet tyto principy:

1. Stereotypní chování by mělo být akceptováno a nepotlačováno, přestože je rušivé.
2. Dítě by nikdy nemělo být nuceno ke kontaktu.
3. Terapeut vytváří atmosféru, do které má být dítě zapojeno, ale nesměřuje přímo ke změně jeho chování.
4. V počátcích je cílem dítě hudebně obklopit.

(Principy převzaty a volně přeloženy z článku *The Body and the State of Affect as Starting Points in Music Therapy*, rok neuveden)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 DESIGN VÝZKUMU

V této kapitole autorka popisuje zaměření a cíle výzkumu, jeho metodický rámec a zdůvodňuje volbu základního přístupu. Tento výzkum je designován jako jednopřípadová exploratorně-deskriptivní studie. Výzkum má sloužit jako pilotní studie, na kterou autorka naváže v rámci dalšího studia.

Výzkum zaměřený na expresivní přístupy v kontextu metody AQR byl realizován u klienta s PAS v organizaci Za sklem o.s. Hlavním cílem výzkumu bylo pozorovat a popsat proces intervence a za pomoci strukturovaného pozorování metody AQR zreflektovat její průběh.

Účast ve výzkumu zahrnovala polostrukturovaný rozhovor se zákonným zástupcem dětského klienta a s jeho klíčovou pracovnící před zahájením intervencí. Dále pak proběhlo pět setkání s dítětem. Trvání setkání se pohybovalo v rozmezí jedné až dvou hodin. Využívané metody/techniky/aktivity byly dopředu konzultovány a zpětně supervidovány s vedoucí bakalářské práce či odbornými pracovníky organizace. Zákonný zástupce byl průběžně informován o průběhu intervencí. Počet setkání s dítětem se odvíjel od možností a kapacity instituce, dítěte, rodiny i výzkumnice.

Případ byl zvolen na základě doporučení pracovníků dané organizace, časových možností a kapacit zařízení a výzkumníka. Práci předcházela literární rešerše na dané téma a vyhledávání vhodných knih, odborných článků a výzkumů s touto tematikou. Využitými metodami byly polostrukturované rozhovory a zúčastněné pozorování.

5.1 Metodologie vlastního výzkumu

Výzkum zkoumající expresivní přístupy v kontextu metody AQR u dětského klienta s PAS byl realizován v organizaci Za sklem od listopadu 2023 do března 2024. Cílem této organizace je poskytovat podporu rodinám s dětmi a dospívajícími s poruchou autistického spektra.

Zvolili jsme kvalitativní přístup, protože cílem bylo vytvoření exploratorně-deskriptivní studie, která má za cíl prozkoumat, pozorovat a popsat využití metody AQR

u dítěte s autismem. Druhým důvodem volby kvalitativního výzkumu bylo využití metody AQR, která je kvalitativní povahy.

Jako základní design byla zvolena jednopřípadová studie. Tento přístup byl zvolen, jelikož se jednalo o podrobný výzkum specifického kontextu v průběhu práce s jedincem. Případová studie má za cíl shromáždit velké množství dat, zachytit složitosti situace a popsat vzájemné vztahy v celistvosti (Hendl, 2005).

Pro zajištění validity a zvýšení reliability výzkumu byla využita triangulace na dvou úrovních. Jednou z nich byla triangulace dat, protože byla získávána z různých zdrojů (od různých účastníků výzkumu). Dále byla využita metodologická triangulace, která je charakterizovaná tím, že se využívá více metod. v tomto výzkumu se jednalo konkrétně o zúčastněné pozorování a o polostrukturované rozhovory (Ferjenčík, 2015).

Výzkum prezentovaný v této práci je koncipován jako pilotní studie, která má za cíl prozkoumat a popsat daný fenomén na jednom dítěti, porovnat jej s teorií a zároveň ověřit efektivitu využití zvolených výzkumných metod.

5.2 Cíle práce, výzkumná otázka

Metoda AQR má široký záběr a má potenciál být využívána v mnohých oblastech. Autorka se zaměřila na aplikaci metody u konkrétního dítěte v konkrétním zařízení. s ohledem na rozsah práce si autorka vedle hlavního cíle stanovila dva dílčí cíle a hledala odpověď na dvě výzkumné otázky.

Hlavní cíl: Pozorovat a popsat proces intervence a zreflektovat její průběh za pomoci metody AQR.

Dílčí cíl 1: Popsat a vyhodnotit na základě introspekce roli terapeuta s využitím metody AQR.

Dílčí cíl 2: Zmapovat průběh fyzicko-emocionální kvality vztahu dítěte.

Výzkumné otázky vycházejí z výše stanovených cílů výzkumného šetření. Záměrem praktické části je odpovědět na tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jak lze v kontextu speciální pedagogiky aplikovat u dítěte s PAS nástroj AQR?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké nástroje (prostředky) může využívat terapeut?

5.3 Výzkumný soubor a výzkumné prostředí

Autorka se zkontaktovala s pobočkou zařízení Za sklem a získala možnost uskutečnit praktickou část této práce zde. Tato organizace poskytuje podporu dětem s poruchami autistického spektra a jejich rodinám. Zařízení nabízí zejména odborné sociální poradenství, sociálně aktivizační službu a sociální rehabilitaci. Také zde vznikají různé podpůrné skupiny, například pro rodiče nebo sourozence dětí s autismem (*Registrované sociální služby | ZA SKLEM o.s., rok neuveden*).

Výzkum probíhal v prostorách tohoto zařízení. Rozhovory proběhly v pracovně, pro setkávání s klientem byla k dispozici tělocvična, hudebna, výtvarná dílna a světlý i tmavý snoezelen. Jedno ze setkání proběhlo kvůli opravám v provizorních prostorách.

Dětský klient byl vybírán prostým záměrným výběrem na základě určitých kritérií. Kritériem byla diagnóza dětského autismu, časové možnosti a ochota dítěte i jeho zákonného zástupce zapojit se do výzkumu. Konkrétní klient byl zvolen na základě doporučení pracovníků, kteří byli informováni o designu výzkumu a jeho cílech. Následně se autorka setkala s matkou dítěte, která jí po seznámení se s plánem a podmínkami a cíli výzkumu podepsala souhlas s účastí (jí a jejího dítěte) ve výzkumu. Identita účastníků výzkumu je ve všech částech anonymizována.

5.4 Sběr dat

Sběr dat probíhal kombinací dvou metod. První metodou byly polostrukturované interview s matkou dítěte a s klíčovou pracovnící. Rozhovory předcházely setkáním s dětským klientem a probíhaly v pracovně v zařízení Za sklem. Rozhovory trvaly přibližně půl hodiny. Před začátkem byly účastnice poučeny o průběhu interview a podepsaly informované souhlasy o účasti ve výzkumu. Metoda polostrukturovaného interview umožňuje kromě pevně daných otázek klást otázky doplňující a dle potřeb zaměřovat jejich pořadí a tím získat maximum potřebných informací (Miovský, 2006). Otázky, které tvořily jádro rozhovoru, byly utvořeny dle principů, které popisuje Ferjenčík (2015):

1. Otázka není příliš široká.
2. Otázka není sugestivní.
3. Otázka je srozumitelná.
4. Otázka neobsahuje dva zápory.

5. Otázka je položena tak, aby participant neodpovídal na více věcí zároveň.

Na základě informací získaných rozhovorem a pozorováním dětského klienta v rámci sociálně aktivizační služby autorka utvářela plán setkání.

Druhou využitou metodou v rámci sběru dat bylo nemaskované zúčastněné pozorování při setkáních s klientem. Pozorování se soustředilo na dětského klienta a jeho projevy, dále na prožívání terapeuta a také na jejich vzájemný vztah. Jednalo se tedy o kombinaci extrospektivního a introspektivního pozorování. Roli terapeuta i roli pozorovatele v tomto výzkumu zastávala jeho autorka.

Během pozorování se autorka řídila pravidlem epoché, které Miovský (2006) vysvětluje jako cílené odkládání své předpojatosti, předsudků, domněnek a očekávání a pravidlem deskripce, které směřuje k holému popisu bez hodnotících soudů a interpretací.

Rozhovory se zákonnými zástupci a klíčovým pracovníkem byly nahrávány a po přepsání vymazány. Části využity v textu práce i poznámky ze setkání a reflexí jednotlivých intervencí jsou anonymizovány.

5.5 Analýza dat

V rámci tvorby profilu dítěte byla pro analýzu přepisů rozhovorů využita kombinace analytické metody prostého výčtu, jejímž prostřednictvím vyjadřujeme vlastnosti určitého jevu a analytické metody kontrastu a srovnávání, kterou používáme, chceme-li najít podobnosti či odlišnosti analyzovaných materiálů (Miovský, 2006).

Data a údaje získané při výzkumu mohou být využity výhradně pro účely výzkumu a publikovány v anonymizované formě. Podepsaný informovaný souhlas bude archivován u výzkumnice.

Setkání s dětským klientem byla vždy autorkou po realizaci na základě pozorování popsána. Pro analýzu byly využity škály nástroje AQR, konkrétně pak škála PEQR, která se zaměřuje na fyzicko-emocionální kvalitu vztahu a škála TQR, která se zaměřuje na vztah dítěte a terapeuta (viz kap. 3.3.1 *Škála PEQR – fyzicko-emocionální kvalita vztahu* a kap. 3.3.4 *Škála TQR – kvalita terapeutického vztahu*). Chápání pozice terapeuta v kontextu této práce je popsáno rovněž v kapitole 3.3.4 *Škála TQR – kvalita terapeutického vztahu*.

Škály nástroje AQR byly přeloženy autorkou, která z nich vytvořila tyto tabulky, do kterých byla zaznamenána jednotlivá setkání:

PEQR - fyzicky emocionální kvalita vztahu	Interpersonální a intrapersonální vztah	Fyzický kontakt	Afekt	Oční kontakt
modus 0: nedostatek kontaktu/odmítnutí kontaktu				
modus 1: smyslový kontakt				
modus 2: funkcionalizační kontakt				
modus 3: kontakt se sebou samým/sebeuvědomění				
modus 4: interpersonální kontakt/kontakt s druhými				
modus 5: vztah k druhým/interaktivita				
modus 6: společná zkušenost				

Tabulka 6: tabulka PEQR pro analýzu, volně dle Schumacher a kolektivu (2019).

TQR - terapeutická kvalita vztahu	Výchozí bod	Terapeutův stav afektu	Pracovní hypotéza	Zaměření intervence	Intervence	Hudební prostředky	Herní prostor
modus 0: nedostatek kontaktu/ odmítnutí kontaktu							
modus 1: smyslový kontakt							
modus 2: funkcionalizační kontakt							
modus 3: kontakt se sebou samým/sebeuvědomění							
modus 4: interpersonální kontakt/kontakt s druhými							
modus 5: vztah k druhým/ interaktivita							
modus 6: společná zkušenost							

Tabulka 7: tabulka TQR pro analýzu, volně dle Schumacher a kolektivu (2019).

6 VÝSLEDKY

V této kapitole prezentujeme výsledky analýzy rozhovorů a také analýzy jednotlivých setkání. První podkapitola prezentuje výsledky analýzy rozhovorů, druhá potom předkládá popis setkání a jejich grafické znázornění dle nástroje AQR.

6.1 Profil dětského klienta

Jméno: Radim

Věk: 9 let

Radimovi byl diagnostikován dětský autismus v průběhu třetího roku života. Mimo autismus má vývojovou dysfázii na úrovni expresivní i receptivní poruchy řeči a středně těžkou mentální retardaci. Aktuálně třetím rokem dochází do základní školy zřízené podle § 16 odst. 9 zákona. Zařízení Za sklem navštěvuje čtyři roky, dále pravidelně dochází na logopedii, rehabilitaci a canisterapii.

Radim se učí komunikovat přes fotky nebo přímo přes předměty. Piktogramy u něj příliš nefungují. Některým frázím a pokynům rozumí, dobré je doplnit slovo vizualizací. Radim zná některé fráze, ale neumí je využívat funkčně. Má echolálii, takže často opakuje věty, které slyší. Pokud něco chce, většinou na daný předmět ukáže, rovnou si ho vezme, případně o některé věci si dokáže říct a chce-li něco dělat, většinou s tím rovnou začne. Pokud se mu něco nelíbí nebo nechce nějakou činnost dělat, vymezuje se slovem „nečeš“, případně odejde. Při hluku či nelibých zvucích si zacpává uši. Na hudbu většinou reaguje pozitivně a rád zpívá. Mívá agresivní a autoagresivní projevy. Učí se je přeměrovat na předmět (např. polštář).

Projevuje se u něj repetitivní chování. Má velice dobře vyvinutý odhad pro čas a trvá na přesnosti. Pokud se čas strávený v zařízení prodlouží, pozná to. Zároveň jeho vnímání času je omezené na přítomnost. Ilustrující je výpověď maminky: „Vůbec mu nemůžu o Vánocích říct dřív, protože jak bych řekla, že budou Vánoce, chce hned stromeček a to, že budou až za týden, to ho nezajímá, protože on neví, co to je za týden, on má všechno teď.“

Radim žije v bytě s matkou, s otcem se setkává některé víkendy. Doma teď pracují na tom, aby se naučil při jídle sedět u stolu.

V Za sklem rád skáče na trampolíně, houpe se a jeho oblíbenou aktivitou je dle klíčové pracovnice práce s „albi tužkou“. Nerad chodí do dílny a vadí mu, když ho pracovníci nebo i rodiče nutí něco dělat. v zařízení nepíše ani nekreslí, ale ve škole ano. Aktuálně pracují na tom, aby vydržel u nějaké činnosti souvislou dobu. Pomáhá donést aktivity, které s ním chce pracovnice dělat, na místa, které má rád. Dobře reaguje na šeptání, to upoutá jeho pozornost.

6.2 Škálování setkání

Zde předkládáme verbální popis pěti setkání a zpracování dat nástrojem AQR.

Setkání I.

Radim na začátku setkání šel k hydrogelovým kuličkám se zvířátky, které si v poslední době oblíbil. Ponořil ruce do krabice, prohrabával kuličky, vytahoval různá plastová zvířátka a pojmenovával je. v průběhu dokola opakoval fráze typu: „Bud’ opatrný.“ nebo „Dávej pozor.“ atp. Dokonce si pobrukoval nějakou písničku. Když jsem ale fráze opakovala, rozvíjela nebo nějak frázovala či intonovala, nepostřehla jsem žádnou reakci.

Po nějaké době jsem přidala své ruce do nádoby s kuličkami a začala je vířit či prosypávat mezi prsty a na to začal reagovat. Bud’to přesypával kuličky ze svých rukou do mých, nebo naopak nastavoval ruce, abych mu tam kuličky sypala já, ale někdy taky kuličky z mých rukou shazoval zpět do krabice. Po chvíli se ale vrátil zpět k figurkám zvířátek v kuličkách. Nejčastěji se vracel k jedné, která byla omotaná gumičkami. Figurku zahrabával do kuliček, pak ji za gumičky vytahoval a stále u toho něco povídal.

Zapnula jsem připravenou hudbu – hudbu z filmu, na který se dívá každý den. Hned bylo patrné, že ho to zaujalo a že hudbu poslouchá. Dále si hrál s kuličkami, ale napůl si lehl tak, aby byl blíž zdroji hudby. u dalších písniček jsem žádnou výraznější reakci nepozorovala. Zkusila jsem pak znovu přepnout na první píseň a bylo zřejmé, že ji registruje a poslouchá, ale věnoval se kuličkám. Vzala jsem gumičky, které tam byly a natáhla je na krabici a začala na ně brnkat. To ho zajímalo a nejdřív zkoušel brnknout na tu, kterou jsem držela v ruce a pak si vzal další, kterou rovněž natahoval a brnkal na ni. Chvíli jsme oba na gumičku brnkali, pak ale ta jeho z krabice sjela a když jsem k němu natáhla tu svou, už na ní hrát nezkoušel.

PEQR - fyzicky emocionální kvalita vztahu	Interpersonální a intrapersonální vztah	Fyzický kontakt	Afekt	Oční kontakt
modus 0: nedostatek kontaktu/odmítnutí kontaktu		Začátek - Radím na dotek nereaguje, ale ani ho neodmítá.	Začátek , - afekt je těžko interpretovatelný, Radím nereaguje na oslovení, neprojevuje viditelně emoce, je ponořený do vlastní činnosti.	
modus 1: smyslový kontakt	Radím si uvědomuje vlastní tělo a že je autorem pohybu a zvuku, který produkuje. Krátce vstupuje i do interakce.	Průběh, závěr - Radím přijímá dotek pasivně, nechá se houpat, vést za ruku.	Průběh, závěr - Radím se otáčí za zdrojem hudby a přibližuje se k němu. Afekt nelze přesně interpretovat, ale v důsledku hudby se dočasně proměňuje.	Během setkání se objevují krátké prchavé pohledy. Při spuštění hudby očima pátrá po zdroji.
modus 2: funkcionalizační kontakt				
modus 3: kontakt se sebou samým/ sebeuvědomění				
modus 4: interpersonální kontakt				
modus 5: vztah k druhým/ interaktivita				
modus 6: společná zkušenost				

Tabulka 8: škála PEQR – setkání I.

TQR - terapeutická kvalita vztahu	Výchozí bod	Terapeutův stav afektu	Pracovní hypotéza	Zaměření intervence	Intervence	(Hudební) prostředky	Herní prostor
modus 0: nedostatek kontaktu/odmítnutí kontaktu		Začátek - objevuje se pocit, že dítě vůbec nevnímá, že s ním je někdo v místnosti a převládá nervozita ze selhání v této roli.	Vytvořit hudební pozadí a dítě tak hudebně obklopit.	Ovlivnit atmosféru v místnosti skrz hudbu z oblíbeného filmu dítěte.		Je využívána reprodukováná hudba, hlas, předměty a hračky za zařízení (např. gumičky, které byly využity na brnkání).	
modus 1: smyslový kontakt	Výchozím bodem je stereotypní hra s hydrogelovými kuličkami. Radím sedí u krabice, ruce má v kuličkách a vytahuje zvířátka.	Průběh 1 - dítě vstupuje do interakce, přesypává kuličky do rukou terapeuta, který cítí výzvu k vnímání dítěte a stres skrz interakci lehce ustupuje.			Intervence se zaměřuje na smyslové potřeby, především na hmat a sluch.		
modus 2: funkcionalizační kontakt							
modus 3: kontakt se sebou samým/ sebeuvědomění		Průběh 2, závěr - afekt se dostává do pozorného stavu, kdy terapeut sleduje jednání dítěte a reakce na různé impulsy.					Herní prostor je vyplněn projevy dítěte a podpůrnými intervencemi terapeuta. Terapeut je spíš mimo herní prostor, ale není mu zcela uzavřen.
modus 4: interpersonální							
modus 5: vztah k druhým/interaktivita							
modus 6: společná zkušenost							

Tabulka 9: škála TQR – setkání I.

Setkání II.

Po mém příchodu šel Radim do tělocvičny ke krabici s hydrogelovými kuličkami. Navrhla jsem mu, že půjdeme do hudebny, ale hned se vymezil slovy: „Bubínky ne!“ Rozhodla jsem se zajít pro nějaké nástroje a přinést je za ním do tělocvičny. Vytáhla jsem z obalu ukulele, ale jen se na něj na chvíli podíval a hrál si dál s kuličkami. Začala jsem na ukulele něco brnkat. Párkrát zvedl hlavu, dokonce se mnou navázal oční kontakt, ale činnost nezměnil. Tak to nějakou dobu pokračovalo, zkoušela jsem i změnit nástroj – přesypávala jsem deštnou hůl, štěrkala jsem rolničkami, ale nepozorovala jsem žádnou výraznou změnu. Snažila jsem se, aby mnou produkované zvuky a hudba odrážely jeho činnost. Vždy, když nějaké zvířátko potopil, vytvořila jsem tomu hudební doprovod a stejně tak, když nějaké vylovil. Opakoval podobné větičky jako minule: „Opatruj se.“, „Potápí se.“ a říkal názvy různých zvířátek, která tam byla. Slovní spojení jsem po něm opakovala, rozvíjela je a přidávala jim melodii. Za chvíli z toho vznikla jednoduchá improvizovaná písnička, kde se vždy zpívalo, které zvířátko se potápí nebo se vynořuje.

Na chvíli ho zaujal můj nástroj, začal opakovat slovo kytara a natahoval po ní ruce. Vzal si ukulele, zkusil párkrát zabrnkat, ale pak ho opět položil a vrátil se ke kuličkám. Změna byla v tom, že u toho Radim už téměř ležel a hrál si pouze jednou rukou. Pokračovala jsem tedy v improvizaci písničky, ale po chvíli jsem si všimla, že si Radim jednou rukou zacpává ucho. Vyhodnotila jsem situaci tak, že Radimovi hraní nebo zpívání vadí, proto jsem hraní ukončila a dál jsem ho pouze pozorovala. Najednou Radim zvedl hlavu, podíval se mi do očí a zeptal se: „Kde je hudba?“. Svou otázku opakoval, tak jsem opět začala hrát písničku. Překvapivé bylo, když se Radim k pobrukování písničky přidal. Vzal do ruky žirafu, pojmenoval ji a chtěl, ať zpívám. Vyzvala jsem ho, ať se přidá a opravdu zpíval se mnou. Pak vybíral různá další zvířátka a chtěl verzi s nimi. Dál už moc nezpíval, ale zdálo se, že následuje má slova. Zapojovala jsem do improvizace jeho jméno a když jsem zazpívala například: “Rád’a našel koníka...“, tak ho z krabice vytáhl. Nebylo to tak vždy, ale zdálo se, obsahu rozuměl.

Po pár minutách jeho reakce i jeho aktivita začaly zpomalovat, tak jsem zkusila vzít nějaké další nástroje. Deštné holi se smál, ale začal si zacpávat ucho. Zkusila jsem mu nabídnout dřívka, ze kterých si jedno vzal. Nastavila jsem mu to druhé a on do něj začal ťukat. Pohybovala jsem tedy dřívkem z místa na místo, přidala jedno i do druhé ruky, čímž jsem si udržela Radimovu pozornost, a dokonce jsme se dostali do stoje a pohybovali se takto po místnosti, takže to vypadalo jako takový „dřívkový souboj“. Po nějaké chvíli se R.

zase vrátil ke krabici a sedl si, ale ke kuličkám už se nevrátil. Oznámila jsem mu, že budeme pomalu končit, na což reagoval slovy: „máma, máma“, zvedl se a šel do šatny.

PEQR - fyzicky emocionální kvalita vztahu	Interpersonální a intrapersonální vztah	Fyzický kontakt	Afekt	Oční kontakt
modus 0: nedostatek kontaktu/odmítnutí kontaktu				
modus 1: smyslový kontakt		Dítě umožňuje fyzický kontakt, samo ho nenavazuje. Akceptuje dotek skrz předmět (dřívka).		Začátek - objevují se krátké pohledy především při nějakém zvukovém podnětu.
modus 2: funkcionalizační kontakt				
modus 3: kontakt se sebou samým/sebeuvědomění	Začátek - pohyby jsou koordinované, při manipulaci se zvířátky lze pozorovat, že se dítě vnímá jako centrum činnosti. Projevuje se to i v interakci s terapeutem.		Začátek, závěr - lze pozorovat klidný stav trvalejšího charakteru a krátké projevy radosti.	Závěr - Radim pozoruje dění, sleduje vlastní pohyby a činnost.
modus 4: interpersonální kontakt/kontakt s druhými	Průběh, konec - u Radima se objevuje zaměření pozornosti na činnost terapeuta a vstupuje do interakce.		Průběh - Radim pro regulaci afektu vyžaduje hudbu a vchází do interakce s terapeutem.	Průběh 1 - Radim navazuje oční kontakt po delší dobu, používá ho, aby zjistil, co se děje a nebo když něco chce.
modus 5: vztah k druhým/interaktivita				
modus 6: společná zkušenost				

Tabulka 10: škála PEQR – setkání II.

TQR - terapeutická kvalita vztahu	Výchozí bod	Terapeutův stav afektu	Pracovní hypotéza	Zaměření intervence	Intervence	(Hudební) prostředky	Herní prostor
modus 0: nedostatek kontaktu/odmítnutí kontaktu		Začátek - provázen nervozitou a nepříjemnými pocity způsobě stereotypní hrou.		Terapeut se zaměřuje na hudební doprovod činnosti dítěte, který může ovlivnit afekt i chování.			
modus 1: smyslový kontakt	Výchozím bodem je Radimova stereotypní hra s kuličkami a zvířátky, při které opakuje různé fráze.	Průběh 1 - nervozita přechází ve zvědavost z reakcí dítěte na hudební podněty. Terapeut si uvědomuje, že je dítětem vnímán.	Terapeut předpokládá, že Radim dokáže reagovat na různé smyslové podněty, ale reakce jsou těžko čitelné.	Terapeut se zaměřuje na činnost a stereotypní projevy dítěte a hudebně je doprovází.	Hudební improvizace se zaměřuje na smyslové potřeby a odráží činnost Radima. K doteku dochází skrz další předmět.	Začátek - způsob hry vychází z fyzického stavu dítěte. Činnost a rytmus pohybu dítěte jsou ozvučovány. Pro improvizaci jsou využívány rytmické nástroje a ukulele.	
modus 2: funkcionalizační kontakt							
modus 3: kontakt se sebou samým/ sebeuvědomění							Začátek, průběh 1 - herní prostor je vyplněn projevy dítěte a podpůrnými intervencemi.
modus 4: interpersonální kontakt/kontakt s druhými		Průběh 2 - vzájemná pozornost a společné zapojení u něj vytváří pozitivní stav afektu, který je doprovázen pocitem „uvolnění“.					Průběh 2, závěr - prostor pro hru je zřetelně otevřenější pro terapeuta a je naplněn společným tématem.
modus 5: vztah k druhým/interaktivita		Závěr - u terapeuta se objevuje pozitivní afekt ze společných interakcí.				Průběh - improvizace přechází do hudebního dialogu. Zpěv odráží činnost Radima a zároveň činnost určuje zpěv. Do zpěvu se zapojuje i dítě.	
modus 6: společná zkušenost							

Tabulka 11: škála TQR – setkání II.

Setkání III.

Toto setkání se konalo v provizorních prostorách kvůli probíhající rekonstrukci. Nechala jsem Radimovi prostor, aby si zvykl na jiné prostředí. Pár minut skákal na trampolíně a pak se posadil do sedacího pytle. Nadhodila jsem mu balónek, který začal odpinkávat. Chvilí jsme si takto balónek přehazovali, Radim se u toho smál a něco povídal, ale většina z toho byla nesrozumitelná. Postupně o balónek ztratil zájem a když k němu letěl, už ho ani rukama neodrážel a jen ležel na sedacím pytli.

Přemístili jsme se do látkového domečku s plyšáky. Radim jednotlivé plyšáky pojmenovával. Vzala jsem si jiného plyšáka a zkoušela s ním interagovat. Žádnou reakci jsem nepozorovala. Najednou začal opakovat „máma, máma“, „Máma přijde“, „Kde je máma?“ a taky jsem zaslechla slovo „zvonek“. Šel se podívat ke dveřím a mámu vyhlížel.

Když zjistil, že tam opravdu není, nechal se nasměřovat zpět do místnosti s trampolínou. Tím, že je zařízení v rekonstrukci, procházeli kolem pracovníci s materiálem. Všimla jsem si, že Radim reagoval na zvuky dveří a na kroky. Několikrát se opakovalo, že začal volat mámu a šel kontrolovat vchod, jestli tam není.

Vrátil se do domečku a vzal si plyšáky. Vytáhla jsem ukulele a začala brnkat. Radim stále opakoval „máma přijde“, tak jsem mu toto spojení slov broukala. Když jsem to přerušila, začal zase tato slova říkat on, párkrát i v rytmu hudby, a dokonce se stalo, že jsme „zpívali“ synchronizovaně. Po krátkém časovém úseku ale zase vyběhl ke dveřím.

Po příchodu zpět do domečku si lehl, položil si na mě nohy a řekl: “zatančí“.

Zvedla jsem jeho nohy a začala mu s nimi houpat. Tančili jsme s jeho nohama i rukama a on se smál. Po chvíli se ale vydal opět ke dveřím, tak jsem mu navrhla, jestli nechce na trampolínu. Otočil se a šel. Registrovala jsem, že jakmile jsem vylezla za ním, natáhl ke mně ruce, chytil mě, zavřel oči a začal skákat. Postupně jsme přešli do sedu a když jsem k němu natáhla ruku, plácl si se mnou. Pak i s druhou rukou a následně jsme zapojili nohy. Chvíli jsme si tak tůukali nohama a rukama. Zkoušela jsem, jestli bude pokračovat, když se postavím, ale on místo toho začal pode mnou podlézat tam a zpátky a nahlas se smál. Měnila jsem pozice a on stále podlézal. Po chvíli si Radim klekl si na čtyři a chtěl, ať podlézám i já. u této aktivity „na mosty“ vydržel nezvykle dlouho, a dokonce mě směřoval do takových pozic, které by mu umožnily prolézání. Potom si na mě začal lehat, chytil mě za ruce a různě se se mnou točil. v jednu chvíli to vypadalo, že už půjde ven. v reakci na to jsem zkusila udělat most a Radim opět začal nadšeně prolézat. Nedlouho poté šel znovu kontrolovat, jestli nepřišla máma. Posadili jsme se opět do domečku, hraní na nástroj pokračovalo. Natáhl k němu ruce, tak jsem mu ukulele půjčila. Radim se ke mně otočil zády a zkoušel hrát. Potom se o mě opřel, vzal moji ruku a naváděl ji tak, abych hrála. Oznamila jsem mu, že budu odcházet. Radim se mě chytil a začal do mě bouchat hlavou. Oslovila jsem ho, podržela od sebe a on přestal. Dále navazoval kontakt neagresivní povahy, držel mě a šel se mnou ke dveřím. Rozloučil se plácnutím si se mnou.

PEQR - fyzicky emocionální kvalita vztahu	Interpersonální a intrapersonální vztah	Fyzický kontakt	Afekt	Oční kontakt
modus 0: nedostatek kontaktu/ odmítnutí kontaktu				
modus 1: smyslový kontakt		Začátek - Radím není iniciátorem doteku, ale neodmítá ho.	Začátek, závěr - dítě reaguje krátkým pozitivním afektem na různé podněty, zvedá ruce a hlasitě se směje.	Začátek - při různých podnětech se objevují krátké pohledy. Sleduje svůj i terapeutův pohyb.
modus 2: funkcionalizační kontakt	Závěr - objevuje se vysoká tenze těla, agrese k sobě a terapeutovi poukazuje na nekonzistentní vnímání vztahu k sobě i druhým.	Průběh 2 - blízkost a vzdálenost nejsou vyváženy, projevuje se autoagrese a agrese vůči terapeutovi.	Průběh 2 - intenzivní afekt graduje v krátký projev agrese.	Závěr - při agresivních projevech Radím oční kontakt nenavazuje, po oslovení kontroluje terapeutův obličej.
modus 3: kontakt se sebou samým/sebeuvědomění	Začátek - pohyby jsou koordinované, dítě vnímá, že je autorem pohybů. Uvědomuje si přítomnost další osoby a vstupuje do kontaktu	Závěr - Radím dává najevo, že fyzický kontakt je zde žádoucí, vyhledává ho.		
modus 4: interpersonální kontakt/kontakt s druhými	Průběh - rozvíjí se schopnost vzájemné pozornosti. Radím projevuje zájem o terapeuta a zapojuje se do činnosti.			Průběh - Radím používá oční kontakt k zapojení terapeuta do činnosti. Vyhledává oční kontakt, když zažívá něco nového.
modus 5: vztah k druhým/interaktivita		Průběh 1 - dítě samo iniciuje fyzický kontakt a rozvíjí jej. Koriguje fyzický kontakt pro vlastní hru. Staví terapeuta do "mostů", směřuje jeho pohyb, hraje na ukulele rukou terapeuta.	Průběh 1 - Radím projevuje pozitivní afekt, ve kterém probíhá dlouhodobější interakce. Objevuje se zde radost ze společné hry.	
modus 6: společná zkušenost				

Tabulka 12: škála PEQR – setkání III.

TQR - terapeutická kvalita vztahu	Výchozí bod	Terapeutův stav afektu	Pracovní hypotéza	Zaměření intervence	Intervence	(Hudební) prostředky	Herní prostor
modus 0: nedostatek kontaktu/ odmítnutí kontaktu							
modus 1: smyslový kontakt	Výchozím bodem je smyslové sebestimulační jednání a/nebo stereotypní pohyby.	Závěr - terapeut vnímá dítě, jeho pozitivní afekty a reakce.					Začátek, závěr - herní prostor vychází od dítěte a jeho potřeb. Terapeut vstupuje do prostoru natolik, nakolik to dítě umožňuje.
modus 2: funkcionalizační kontakt		Průběh 2 - napětí Radima vyvolává napjatý stav i u terapeuta. Snaží se chránit sebe i dítě před agresí. Musí reagovat okamžitě.		Intervenci je potřeba přizpůsobit jiným prostorám. Zaměřuje se na stav afektu dítěte.	Průběh 2, závěr - terapeut se snaží skrz hru regulovat afekt Radima.		Průběh 2 - v herním prostoru je vypjatá atmosféra. Terapeut je do prostoru vtažen skrz agresivní projev dítěte.
modus 3: kontakt se sebou samým/ sebeuvědomění		Začátek - terapeut je v pozorném stavu. Sleduje a zajímá se o jednání dítěte.	Terapeut se soustředí na projev a jednání dítěte a podporuje ho. Vytváří akceptující prostor pro dítě, kde se může projevovat dle svých potřeb.			Terapeut se vyjadřuje formou, kterou si zvolilo dítě. Prostředkem je nástroj a hlas, ale také tělo a přítomné předměty. Radim si uvědomuje skrz zvuky, gesta a písně.	
modus 4: interpersonální kontakt/kontakt s druhými							Průběh - prostor pro hru je zřetelně otevřenější pro hru terapeuta, v herním prostoru probíhají společné interakce a hry.
modus 5: vztah k druhým/ interaktivita		Průběh 1 - terapeut je zapojen do hry dítěte, což způsobuje pozitivní afekt, který je pozorovatelný na jeho mimice a gestech.			Začátek, průběh 1 - terapeut přebírá motivy Radima, který tím zažívá pozornost. Cílem je posílit rozvíjející se interaktivitu, dochází ke společnému zapojení se do hry.		
modus 6: společná zkušenost							

Tabulka 13: škála TQR – setkání III.

Setkání IV.

Na začátku setkání si Radim hrál s moukou a různými figurkami v ní. Po chvíli jsem přidala své ruce do krabice s moukou taky. Nejdříve na ně nijak nereagoval, ale když jsem mouku prosívala mezi prsty, nastavil svoje ruce a mouku zachytával. Sypala jsem potom mouku na jeho ruce a po chvíli hraní si s moukou vzal moji ruku a naváděl mě, co s ní mám dělat.

Po určitém čase se zvedl a šel do výtvarné dílny, kam nikdy předtím dobrovolně nešel. Všimla jsem si, že víckrát během setkání šel do místnosti, kde byl jiný klient. v ten

čas bylo v zařízení hodně dětí a pracovníků, takže měl kolem sebe mnoho podnětů a pozorovala jsem, že často měnil činnost nebo vyžadoval něco, co dělal zrovna jiný klient.

V dílně jsme nějakou dobu modelovali s kinetickým pískem. Radim mačkal předměty, které jsem vytvarovala. Během modelování si začal zpívat píseň *Narodil se Kristus Pán*.

Pak na chvíli zase přeběhl do tělocvičny, kde šel skákat na malou trampolínu. Když jsem šla za ním, opětovně zavřel oči a chytil mě za ruce.

Potom jsme šli do světlého snoezelenu, kde jsme si sedli na vodní postel. Radim si bral různé zátěžové pomůcky a zvedal je a přitom neustále povídal nebo zpíval. Zaslouchala jsem, že si zpívá písničku *Není nutno*. Začala jsem mu tu písničku hrát a zpívat. Při mém zpívání se občas přidal a zazpíval nějaké slovo, například „nutno“ nebo „veselo“, ale po chvíli si lehl na břicho zády ke mně a položil si nohy ke mně do klína. Začala jsem mu je jemně masírovat míčkem a potom jsem pomalu přesypávala deštnou hůl. Radim se posunul ještě blíže ke mně, vzal mi hůl z rukou, nejdřív s ní třepal a štěrkal a následně se s ní začal bouchat do hlavy. Chytila jsem hůl tak, aby si s ní nemohl ublížit a nastavila mu polštář. To zafungovalo a bouchal do něj.

Přesunuli jsme se do druhého snoezelenu, kde jsme si házeli kuličkami a už po několikáté jsem postřehla, že Radim přerušil veškeré aktivity a upřeně se mi zadíval do očí.

Zbytek času jsme strávili u houpačky.

Všimla jsem si, že když jsem s ním pracovala déle než hodinu, což je standartní čas, který v zařízení bývá, byl ke konci setkání roztržitý, hyperaktivní nebo projevoval prvky sebeagrese (bouchal hlavou do předmětů nebo lidí).

PEQR - fyzicky emocionální kvalita vztahu	Interpersonální a intrapersonální vztah	Fyzický kontakt	Afekt	Oční kontakt
modus 0: nedostatek kontaktu/odmítnutí kontaktu				
modus 1: smyslový kontakt	Začátek - rozvíjí se vědomí vlastního těla, objevuje se zájem o tvarování, modelování. Dochází ke krátkým interakcím skrz dotek a oční kontakt.	Začátek, závěr - dítě umožňuje fyzický kontakt, i když pasivně, přesypává mouku do rukou terapeuta, reaguje na jeho dotek.	Začátek, závěr - Radim projevuje hodně energie, je vitální, jeho projev je hlasitý, reaguje krátkými pozitivními afekty.	Začátek, závěr - objevují se prchavé pohledy. Radim střídavě upíná oči na terapeuta a na krabici s moukou.
modus 2: funkcionalizační kontakt	Průběh - objevuje se vysoká tenze a autoagrese. Interpersonální kontakt se projevuje přes dotek a pohled.	Průběh 2 - fyzický kontakt není regulovaný, blízkost a vzdálenost nejsou vyvážené. Radim si na terapeuta lehá a objevuje se i autoagrese, která je přesměrována na polštář.	Průběh 2 - objevuje se neklid, který postupně graduje v autoagresi.	Průběh - objevuje se intenzivní a dlouhý pohled přímo do očí. Při agresi se oční kontakt neobjevuje.
modus 3: kontakt se sebou samým/sebeuvědomění	Závěr - Radim si je vědom své činnosti, mění ji a vybírá si ji. Vstupuje do krátké interakce s jiným klientem i s terapeutem.	Průběh 1 - Radim dává najevo svým postojem, že fyzický kontakt je zde žádoucí, vyhledává ho.	Průběh 1 - afekt je čitelnější, Radim je klidnější a naslouchá hraní terapeuta.	
modus 4: interpersonální kontakt/kontakt s druhými				
modus 5: vztah k druhým/interaktivita				
modus 6: společná zkušenost				

Tabulka 14: škála PEQR – setkání IV.

TQR - terapeutická kvalita vztahu	Výchozí bod	Terapeutův stav afektu	Pracovní hypotéza	Zaměření intervence	Intervence	(Hudební) prostředky	Herní prostor
modus 0: nedostatek kontaktu/odmítnutí kontaktu							
modus 1: smyslový kontakt	Výchozím bodem je stereotypní hra s moukou a figurkami.	Začátek, závěr - terapeut pociťuje napětí, soustředí se na pohyby dítěte a vnímá jeho stav.			Intervence se zaměřuje na smyslové potřeby. Stimulován je především hmat skrz mouku, dochází i k interakci rukou. Ve snoezelenu se přidávají sluchové a zrakové podněty.	Začátek, závěr - prostředky vycházejí z fyzického stavu Radima a jsou jimi různé materiály, jako je mouka a kinetický písek.	Začátek - hudební prostor vychází od Radima, terapeut není z herního prostoru vyloučen, ale není do něj ani zapojen.
modus 2: funkcionalizační kontakt		Průběh 2 - u terapeuta se projevuje tenze při autoagresivních projevech dítěte a zároveň nervozita z toho, jak zvládne situaci.	Pokud se u dítěte objevuje vypjatý afekt, musí se tomu terapeut plně věnovat a přeměřovat agresi.	Intervence je zcela zaměřena na stav afektu dítěte.			
modus 3: kontakt se sebou samým/ sebeuvědomění		Průběh 1 - terapeut se zajímá o výroky, jednání dítěte a jeho hudební projev (zpěv). To je spojeno s pozorným stavem afektu.				Průběh - terapeut se vyjadřuje formou, kterou zvolilo dítě, využívá hry na ukulele a zpěvu písní, které Radim zpíval.	Průběh, závěr - prostor je vyplněn projevy dítěte a podpurným jednáním terapeuta. Zůstává to tak i během krátkého, prudkého afektu.
modus 4: interpersonální kontakt							
modus 5: vztah k druhým/interaktivita							
modus 6: společná zkušenost							

Tabulka 15: škála TQR – setkání IV.

Setkání V.

Šli jsme do tělocvičny, kde se Radim vydal opět k hydrogelovým kuličkám. Nechala jsem ho, ať se znovu aklimatizuje na zařízení, protože tam delší dobu nebyl a taky na moji přítomnost. Vzal si velkého dinosaura a začal ho zahrabávat do kuliček a pak vytahovat. Hrál si tak docela dlouho a neustále si něco povídal. Při mém promluvení nebo opakování jeho frází nijak nereagoval, ani nenavázal oční kontakt. Po zabrnkání na ukulele zvedl hlavu a na chvíli se na nástroj zadíval, ale pak se opět otočil na kuličky. Říkala jsem si, že v hraní setrvám. Zdálo se, že mě vůbec nevnímá, ale pak řekl: „žirafa se potápí“. Nabízí se interpretace, že si vybavil píseň z jednoho z předchozích setkání, protože hračka žirafy tam tentokrát nebyla. Nicméně pokusy zaujmout jeho pozornost prostřednictvím písničky neměly úspěch. Zkoušela jsem přinést nebo mu ukázat nějaké další předměty, ale nereagoval na ně. Po nabídnutí haptické pomůcky a vyzvání, jestli by se na ni nechtěl podívat, se otočil,

ohmatal ji a opakoval: „Podívej, podívej se.“ a potom se vrátil zpátky ke kuličkám. Zkusila jsem dát ruce na krabici, ale sundal mi je pryč, protože mu překážely. Zkusila jsem taky krabici potáhnout, ale chytil ji a přitáhl ji zpátky. Zatáhla jsem za nádobu znovu a vzal to jako hru, tak jsme se o krabici chvíli ve hře přetahovali. Jakmile jsem zatáhla víc, křečovitě krabici chytil, přitáhl zpět k sobě a držel. Vzal si koníka, skákal s ním do kuliček a u toho říkal: „já skáču.“. Dotaz, zda si nechce zaskákat na trampolíně, zůstal bez reakce. Poté jsem se postavila, natáhla ruce nahoru a začala jsem skákat. Radim se na mě chvíli koukal a po nějaké době se zvedl a natahoval ruce jako já. Zkoušela jsem udělat nějaké další pohyby, a i ty zopakoval. Pak mě dokonce chytil za ruce a hýbali jsme se tak spolu. Pustila jsem hudbu z jeho oblíbeného filmu, kterou jsem mu už pouštěla na dřívějším setkání. Radim lozil po pěnových kostkách a pak mě opět chytil za ruce a zatočili jsme se spolu, čemuž se hrozně smál. Dále skákal na trampolíně a opětovně přivíral oči jako při předchozích setkáních. Přidala jsem se k němu a okamžitě ke mně natáhl ruce. Skákali jsme spolu, Radim byl hodně rozdivočený a smál se. Postřehla jsem, jak říká „spadla lžička“. z toho jsem pochopila, že chce hrát tuto hru. Intonovala jsem říkanku a když se řeklo „bác“, tak si Radim sedl. z toho bylo patrné, že má hru naučenou. Jakmile jsme si sedli, chytil mě pevně za nohy a začal skřípat zuby. Řekla jsem mu, že to zkusíme ještě jednou, ale zase při „bác“ skřípal zuby a bouchal hlavou do trampolíny. Při pokusu mu v tom zabránit si na mě lehl a bouchal hlavou do mě. Ve snaze omezit jeho agresivní projev jsem se postavila a opět začala s říkankou a Radim mě doplnil. Projevy agrese jako bouchání hlavou a štípání se opakovaly. Lehce jsem ho přidržela ve snaze snížit jeho agresivní projevy. Radim mě nadále chytil a lehal si na mě. Snažila jsem se ho jemně posunout, ale nebylo to funkční. Pokusila jsem se převést jeho pozornost na písničku. Do místnosti v té chvíli vstoupila jiná klientka, která křičela, proto Radim slezl z trampolíny a odešel. Zbytek času jsme strávili ve výtvarné dílně, kde jsme modelovali z kinetického písku, Radim byl opět v klidu, a dokonce zazpíval celou sloku písničky *Vyletěla holubička*.

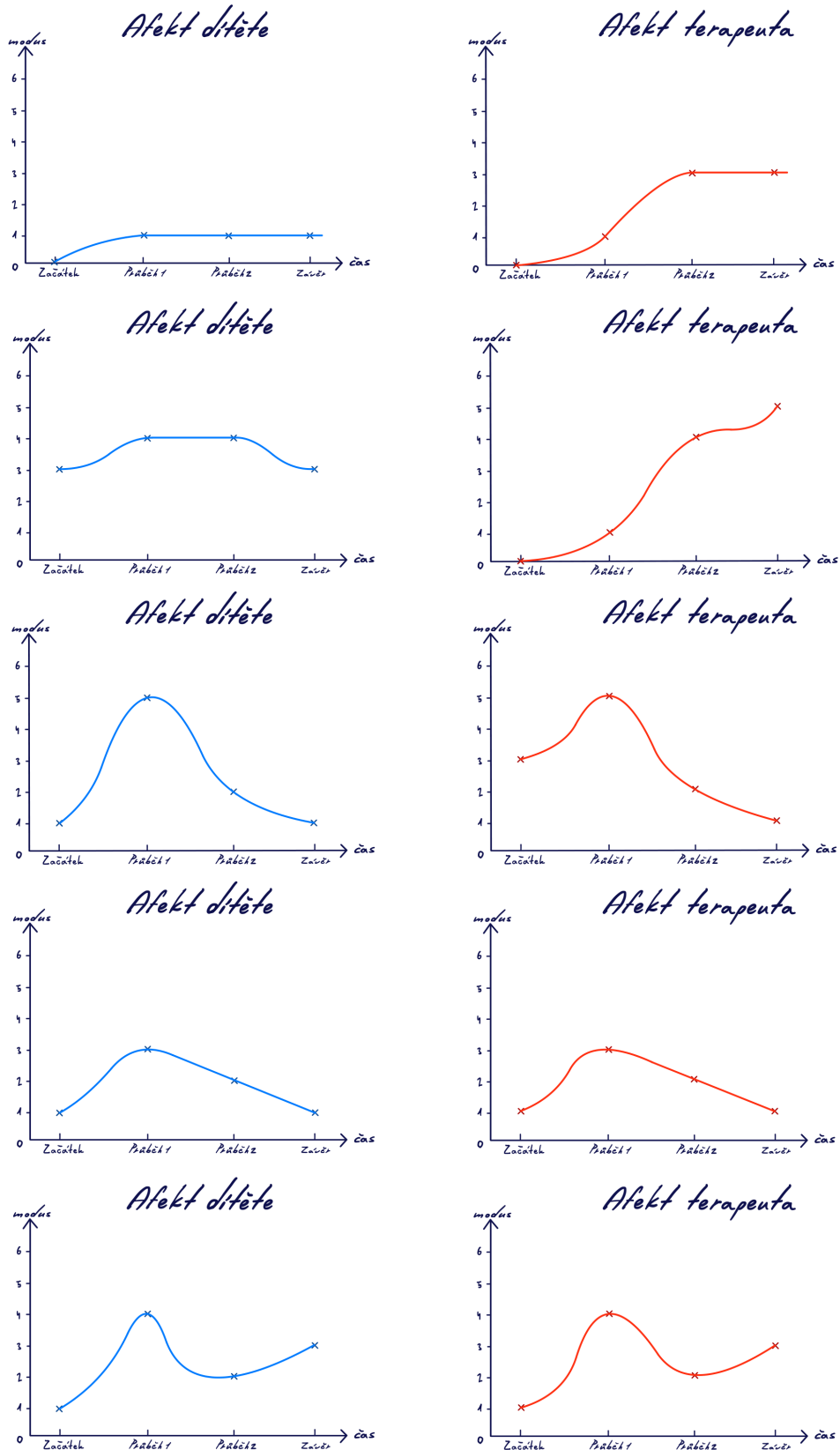
PEQR - fyzicky emocionální kvalita vztahu	Interpersonální a intrapersonální vztah	Fyzický kontakt	Afekt	Oční kontakt
modus 0: nedostatek kontaktu/odmítnutí kontaktu				
modus 1: smyslový kontakt		Začátek, závěr - dítě nevyhledává fyzický kontakt, dotek v rámci hry akceptuje.	Začátek - u Radima se projevuje pozitivní afekt, usmívá se nebo se nahlas směje, opakuje různé věty a zpívá části písní.	Začátek - objevují se krátké prchavé pohledy, nejsou striktně spojeny s podněty.
modus 2: funkcionalizační kontakt	Průběh 2 - vztah k sobě a k osobě terapeuta je neregulovaný a nevyrovnaný a ústí k agresivnímu projevu.	Průběh 2 - dotek není regulovaný, blízkost je nepřiměřená. Radim si na terapeuta lehá a má i agresivní projevy (štípání, bouchání hlavou). Vyskytuje se i autoagrese.	Průběh 2 - zde se objevuje neklidný afekt s agresivními i autoagresivními projevy a prudkými pohyby.	Průběh 2 - při agresivním projevu má Radim odvrácenou tvář, oční kontakt nenavazuje.
modus 3: kontakt se sebou samým/sebeuvědomění	Začátek, závěr - pohyby jsou koordinované a záměrné. Radim se vnímá jako centrum činnosti a chápe, že je autorem pohybů a reguluje je.		Závěr - objevuje se klidný afekt trvalejší povahy.	Závěr - pohled má formu pozorování. Dítě sleduje vlastní pohyby a činnost.
modus 4: interpersonální kontakt/kontakt s druhými	Průběh 1 - rozvíjí se schopnost vzájemné pozornosti a aktivity. Radim projevuje zájem o činnost terapeuta i jeho osobu a vstupuje do interakce.	Průběh 1 - tělo je používáno k interpersonální zkušenosti, Radim se terapeuta dotýká, chytá jej za ruce, zkoumá terapeutovo tělo.	Průběh 1 - u Radima se objevuje potřeba zapojit druhého do svého prožívání. Dítě reguluje afekty, vyhledává pohledy i doteky, reaguje úsměvem.	Průběh 1 - Radim navazuje oční kontakt při společném pohybu a nové činnosti. Při skákání na trampolíně ale oči zavírá (drží se přítom terapeuta).
modus 5: vztah k druhým/interaktivita				
modus 6: společná zkušenost				

Tabulka 16: škála PEQR – setkání V.

TQR - terapeutická kvalita vztahu	Výchozí bod	Terapeutův stav afektu	Pracovní hypotéza	Zaměření intervence	Intervence	(Hudební) prostředky	Herní prostor
modus 0: nedostatek kontaktu/odmítnutí kontaktu		Začátek - Radim nevysílá žádné signály a nereaguje na podněty, takže má terapeut pocit, že si ho nikdo nevšímá a pociťuje lehkou frustraci.					
modus 1: smyslový kontakt	Výchozím bodem je stereotypní hra s hydrogelovými kuličkami.				Terapeut zaměřuje pozornost na pohyby, činnost, jeho fyzický a emocionální vztah. Vytváří různé podněty zaměřené na smysly.	Začátek - způsob hry vychází z fyzického stavu dítěte. Ke hře jsou využívány figurky a hydrogelové kuličky. Činnost dítěte je doprovázená hrou na ukulele. Průběh 1 - prostředkem vyjádření je tělo a pohyb.	Začátek - herní prostor vychází od Radima, který do něj terapeuta nezapojuje, ani jej nevyklučuje.
modus 2: funkcionalizační kontakt		Průběh 2 - terapeut je v tenzi, reguluje afekt Radima a jeho nepřiměřený fyzický kontakt.	Terapeut se po zkušenosti soutědí na to, že pokud dítě vykazuje vysoký stav afektu, musí se tomu terapeut plně věnovat a přeměrovat jeho agresi.	Intervence je zcela zaměřena na stav afektu dítěte a pracuje s ním.		Průběh 2 - vysoká tenze vyžaduje odolné hudební nástroje a prostředky, které nelze poškodit. Pohyb odráží afekt dítěte.	Průběh 2 - atmosféra herního prostoru je velmi napjatá. Dítě a terapeut jsou na sebe napojeni a jsou na sobě navzájem závislí.
modus 3: kontakt se sebou samým/ sebeuvědomění		Závěr - terapeut se zajímá o výroky a jednání dítěte a je v pozorném afektu. Úsměv dítěte u něj působí krátký pozitivní afekt.				Závěr - prostředkem pro uvolnění a přeměrování agrese je pohyb a modelování z kinetického písku.	Závěr - herní prostor je vyplněn aktivitou dítěte, pro terapeuta, který vytváří akceptující prostředí, je otevřen, ale přímo ho nezapojuje.
modus 4: interpersonální kontakt/kontakt s druhými		Průběh 1 - terapeut pociťuje uvolnění a radost z toho, že setkání nabývá na dynamice.					Průběh 1 - prostor je naplněn společným pohybem a společnou hrou terapeuta a dítěte.
modus 5: vztah k druhým/interaktivita							
modus 6: společná zkušenost							

Tabulka 17: škála TQR – setkání V.

6.3 Stav afektu dítěte a terapeuta



Tabulka 18: afekt dítěte a terapeuta, pořadí dvojic grafů shora odpovídá pořadí setkání.

7 DISKUSE

Tato kapitola je věnována interpretaci výsledků tohoto výzkumu. Všechny stanovené cíle se podařilo naplnit a také se podařilo odpovědět na výzkumné otázky. Získané výsledky zde komparujeme s teoretickými poznatky.

Hlavní cíl: Pozorovat a popsat proces intervence a zreflektovat její průběh.

Průběh všech setkání popisuje kapitola 6 *Výsledky*. Uskutečnilo se pět setkání s dětským klientem v průběhu tří měsíců. v kapitole 8.1 *Limity výzkumu* více objasňujeme tento počet. Setkání autorka provázela v roli terapeutky dle principů metody AQR (viz kap. 4.1 *Principy metody AQR*) a každé z nich bylo po uskutečnění autorkou retrospektivně popsáno na základě zúčastněného pozorování. Pozorování obsahuje extrospektivní i introspektivní složku. Stručný popis setkání uvádíme v kapitole 6.2 *Škálování setkání*. Reflexi terapeuta i vývoj fyzicko-emocionálního stavu dítěte popisujeme níže.

Dílčí cíl 1: Popsat a vyhodnotit introspektivní složku terapeuta.

Pro výzkumnici se jednalo o první intervenci s dítětem s PAS dle principů metody AQR. Vyvolávalo to v ní velkou nervozitu. Pozorovala na sobě, že nastavení a pracovní hypotéza, se kterými přichází na setkání, odráží pocity z minulého setkání a její subjektivní přesvědčení o tom, jak se setkání podařilo.

Ze škál jednotlivých setkání a grafického zobrazení dosažených modů v průběhu setkání (viz kap. 6.3 *afekt terapeuta a dítěte*) lze pozorovat, že afekt terapeuta a afekt dítěte vzájemně korelují. Grafy s názvem *Afekt dítěte* zobrazují průběh vývoje jeho afektu na základě dosažených modů v rámci škály PEQR v ohnisku pozorování „afekt“. Podobně grafy pojmenované *Afekt terapeuta* vycházejí z modů, které se objevily v ohnisku pozorování „terapeutův stav afektu“ ve škále TQR. Grafy jsou seřazeny shora dle pořadí setkání (na začátku stránky je tedy ilustrován graf pro setkání I., na konci pro setkání V.). Nemůžeme popsat přesnou kauzalitu, ale je evidentní, že se afekty v rámci vztahu zrcadlí. Zároveň je větší míra shody u pozdějších setkání. Jedno z možných vysvětlení je vytvoření vztahu mezi dítětem a terapeutem. Společná zkušenost mohla ovlivnit jejich afektivní složku. Během setkávání docházelo k postupnému vyladování neboli „*attunementu*“.

Zjištění v studii attunemetu v muzikoterapii naznačují, že závažnost symptomů dítěte souvisí se schopností terapeuta naladit se na dítě (Mössler et al., 2020)

Z teoretických poznatků (viz kap. 3.1 *Vývoj metody AQR*) víme, že hudebně-terapeutický vztah je důležitým prediktorem v rozvoji sociálních dovedností (Mössler et al., 2019). Zároveň terapeutický a podporující vztah je jedním ze společných účinných faktorů pro všechny kreativně umělecké terapie (De Witte et al., 2021). Tyto poznatky nabízejí vysvětlení, proč se u dosažení stejného modu u dítěte i terapeuta, tedy u společného vyladění, objevuje také větší potřeba fyzického kontaktu dítěte.

Pokud se u dítěte objevily agresivní projevy, vyvolalo to ve výzkumnici obavy z udržení kontroly nad situací. Bylo pro ni důležité uvědomit si, že agrese dítěte se objevuje až ve vyšším modu než odmítání kontaktu a lze ji vyhodnotit jako známku vývoje, nikoliv selhání.

Při nahlédnutí do tabulek (viz kap. 6.2 *Škálování setkání*) si můžeme povšimnout, že pokud docházelo mezi terapeutem a dítětem k interpersonálnímu kontaktu a herní prostor byl pro terapeuta otevřený, byl afekt terapeuta pozitivnější. Nejedná se o lineární funkci, pouze jsme detekovali vzájemnou souvislost.

Proměňující se afektivní stav výzkumnice byl pro ni samotnou překvapující a přínosný pro budoucí praxi.

Dílčí cíl 2: Zmapovat průběh fyzicko-emocionální kvality vztahu dítěte.

Lze pozorovat, že jednotlivé složky škály fyzicko-emocionální kvality vztahu jsou mezi sebou velice provázané.

Z výsledků lze vyčíst, že nejvyššího modu bylo dosaženo v průběhu třetího setkání. Došlo ke společnému zaměření pozornosti a rozvoji hry, do které dítě zapojovalo terapeuta a směřovalo ho v jeho činnosti.

Dle výsledků není možné s jistotou říct, že by se u pěti setkání dal pozorovat lineární průběh. Odpovídá to teoretickým poznatkům Karin Schumacher a kolektivu (2019), že jednotlivé mody na sebe nemusí bezprostředně navazovat, protože ani vývoj není lineární proces (viz kap. 3.2 *Fáze metody AQR*). z dosažení určitého modu na setkání nelze předpokládat, že se jej podaří dosáhnout i během následujícího setkání. Výzkumnice pozorovala, že s každým dalším setkáním Radim vyhledával více fyzického kontaktu a inicioval dotek.

Ve fyzicko-emocionální kvalitě vztahu je možné pozorovat vývoj v čase v rámci jednoho setkání. Začátek byl téměř vždy spojen se stereotypní hrou, kterou se pak podařilo nějakým způsobem rozvinout či převést do jiné aktivity. Výzkumnice pozorovala, že pokud setkání trvalo déle než hodinu, objevil se u dítěte značný neklid a projev agrese. z rozhovoru s klíčovou pracovnící víme, že Radim má velice dobrý odhad času. Většinou bývá v zařízení právě hodinu, a když se blíží čas odchodu, chce jít do šatny a nachystat se (viz kap. 6.1 *Profil dětského klienta*). Jednou z možných interpretací je, že přesnost časového odhadu souvisí s rigiditou myšlení, preferencí rutinních činností a odmítání změn (viz kap. 1.2.1 *Triáda problémových oblastí*). Dle Thorové (2016) rigidní myšlení a vyžadování stereotypu patří mezi hlavní autistické projevy. Nabízí se tedy vysvětlení, že delší čas v zařízení patří mezi faktory, které u dítěte vyvolávají neklid.

Oční kontakt se v průběhu jednotlivých setkání výrazně proměňoval v intenzitě. Registrovali jsme však, že při projevech autoagrese se neobjevoval vůbec. Po komparaci s teoretickým podkladem jsme pozorovali shodu (viz kap. 3.3.1 *Škála PEQR – fyzicko-emocionální kvalita vztahu*).

Výzkumná otázka č. 1: Jak lze v kontextu speciální pedagogiky aplikovat u dítěte s PAS nástroj AQR?

Po realizaci výzkumu můžeme říct, že se nástroj AQR jeví jako vhodná speciálněpedagogická metoda. Na metodu AQR se můžeme dívat jako na principiální přístup i jako nástroj reflexe a analýzy intervencí.

Její zásady a principy (viz kap. 4.1 *Principy metody AQR*) mohou být implikovány i do jiných metod práce s dětmi s autismem. Zároveň intervence může být rozšířena o prvky všech expresivních terapií, protože se zaměřujeme především na vyjádření dítěte. Podstatným je přístup, který se zaměřuje víc než na aktivizaci dítěte na jeho vztahy. Dle De Backer a Sutton (2014) je vyzívání dětí s PAS do nechtěných aktivit zpočátku psychicky přetěžující a následně to brání očekávanému kontaktu. Důležité je být s dítětem, vytvářet akceptující prostředí a brát zřetel na jeho potřeby, skrz které může být dítě rozvíjeno.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké nástroje (prostředky) můžou být využívány?

V tomto výzkumu jsme zjišťovali, jestli metoda AQR, která je původně muzikoterapeutickou metodou, může být rozšířená i na další expresivní terapie a může využívat tedy i jiné než pouze hudební prostředky. Na základě průběhu setkání jsme zjistili,

že jako prostředek v intervencích s ohledem na metodu AQR může být použito mnoho věcí hmotných i nehmotných.

v každém ze setkání s klientem byly využity odlišné prostředky. Často využívaným prostředkem byla krabice s hydrogelovými kuličkami nebo s moukou a figurky různých zvířat. Dalším haptickým prostředkem byl kinetický písek. z hudebních nástrojů jsme pak využívali ukulele a rytmické nástroje jako dřívka, rolničky, deštnou hůl atp. Dále se stával prostředkem hlas terapeuta i dítěte, jejich těla, pohyb, gesta a písně.

Předmět nemusí být využit vždy k tomu, k čemu je prvoplánově určen. Může nést význam nebo mít zástupnou funkci. Na setkáních s klientem byly využity gumičky jako hudební nástroj, dřívka určená k hudebnímu doprovodu byly použity k pohybové hře a deštná hůl se na chvíli stala prostředkem k vyjádření agrese. Schumacher a kolektiv (2019) se věnují vztahu k nástroji a k objektům v rámci samostatné škály IQR (viz kap. 3.3.3 *Škála IQR – kvalita vztahu k nástroji*) a popisují, že se vztah k objektu vyvíjí. Postupně může dojít od nezájmu o objekt k smyslovému vnímání objektu, destruktivnímu zacházení s ním i koordinovanému prozkoumávání. Objekt může v některých případech mít i zástupnou funkci nebo být využit v rámci dialogu. Během tohoto výzkumu se objevilo vícero vztahů k využívaným prostředkům.

Z výzkumu vyplývá, že prostředkem v intervenci může být téměř cokoli a záleží především na způsobu využití. Jak uvádíme v kapitole 4 *Využití expresivních přístupů při aplikaci metody AQR ve speciálněpedagogické intervenci u dětského klienta s PAS*, používáme zde prostředky expresivních terapií k vyjádření vnitřních prožitků.

8 LIMITY VÝZKUMU A DOPORUČENÍ DO PRAXE

V této části se věnujeme limitům výzkumu, na které jsme narazili v průběhu jeho realizace. Dále popisujeme možné využití v praxi a doporučení pro zájemce, kteří by se chtěli tomuto tématu dále věnovat.

8.1 Limity výzkumu

Autorka během své práce narazila na mnoho limitů, kterých si je vědoma a popisuje je v této části práce. Jedná se o první zkušenost autorky s prací takového rozsahu, proto může být práce poznamenána nedostatkem zkušeností.

Během rešerše literatury autorka narazila na velmi omezený počet zdrojů. Aplikovaná metoda je poměrně nová a je původně popsána v německém jazyce. Neexistuje tedy žádný podrobný popis postupu v českém jazyce, a tudíž bylo nutné vše překládat a odvozovat ze zahraničních zdrojů. Některé zdroje sice jsou přeloženy do angličtiny, ale následný překlad do češtiny mohl v některých částech způsobit změnu významu nebo nedostatečné vystižení překládaného textu.

Autorka během tvorby designu zamýšlela uskutečnit více setkání s dítětem, nicméně do plánu výzkumu vstoupila dlouhá a opakující se nemoc dítěte, takže se setkání musela často přesouvat a rušit. Dále byla setkání omezena probíhající rekonstrukcí zařízení, o které výzkumnice nebyla předem informována, a kvůli které došlo rovněž k přesunutí setkání. Intervence s dítětem měly probíhat pravidelně jednou týdně, ale z výše uvedených důvodů docházelo k mnohem delším časovým prodlevám, což vnímá autorka jako další z limitů.

Za jisté omezení autorka považuje skutečnost, že byla zároveň intervenující i pozorující osobou. Autorka se domnívá, že by bylo vhodnější soustředit se pouze na interakci s dítětem, nebo pouze pozorovat. Toto bylo kompenzováno množstvím konzultací s vedoucí bakalářské práce a pracovníky daného zařízení.

Vzhledem k tomu, že se jedná o jednopřípadovou studii a získaná data jsou kvalitativní povahy, nelze výsledky generalizovat.

Limity, které se v procesu výzkumu a tvorby práce vyskytly, uvádíme souhrnně v tabulce, kde jsou limity rozděleny do kategorií, jak navrhuje Chrastina (2019):

Limity na straně výzkumníka	<ul style="list-style-type: none"> - náročný překlad odborné literatury do českého jazyka - málo zkušeností - ostych a nervozita z intervencí s dítětem - dvojí funkce (pozorující, intervenující)
Limity na straně účastníků výzkumu	<ul style="list-style-type: none"> - rušení setkání z důvodu nemoci - omezené časové možnosti
Limity na straně užitého metodologického rámce	<ul style="list-style-type: none"> - nelze generalizovat výsledky - popis setkání probíhá až po jeho skončení - novost zvolené metody
Limity na straně zkoumané, studované nebo vědecké reality	<ul style="list-style-type: none"> - nedostatek odborné literatury - absence zdrojů v českém jazyce - zvolené téma je velice obsáhlé

8.2 Doporučení do praxe

V této práci je nabízen alternativní pohled na intervenci dětí s PAS, který speciálním pedagogům a dalším pomáhajícím profesím může sloužit jako inspirace v jejich práci. Za stěžejní autorka považuje seznámit se předem důkladně s metodikou. Tato práce může zájemcům poskytnout základní informace v českém jazyce. Pro hlubší porozumění nástroji AQR pak doporučujeme prostudovat primární zdroje. Znalost teorie a dodržování principů může pomoci při řešení náročných situací a může být také prevencí před případnými chybami.

Podstatné je rovněž nevstupovat do intervence s velkým očekáváním, nezaměřovat se primárně na výsledky. a je potřeba být si vědom toho, že metoda vyžaduje hodně času.

Tato doporučení považuje autorka za zásadní pro využití v praxi:

- nemít maximalistická očekávání;
- důkladně se seznámit předem s metodikou;
- nebýt limitovaný časem;
- dbát na principy metody;
- uvědomit si, že i drobné změny mohou narušit průběh setkání.

9 ZÁVĚR

Tato práce objasňuje využití expresivních přístupů v kontextu metody AQR ve speciálněpedagogické intervenci u dítěte s PAS. Nástroj AQR je muzikoterapeutická metoda, která se soustředí především na vztahy dítěte k sobě, k druhým a k předmětům. Je rozdělen do čtyř škál podle zaměření pozorování.

Aby se čtenář snáze dostal hlouběji do problematiky nástroje AQR, byla mu nejprve předložena teoretická část, kde jsme v první kapitole popsali autismus se svými specifiky, teoriemi vzniku a také jsme se zabývali přidruženými poruchami. Ve druhé kapitole jsou popsány expresivní terapie, jejich účinné faktory a možnosti využití expresivních terapií u klientely s autismem. Následně je ve třetí kapitole objasněno, co je to metoda AQR, jak vznikla, na co se zaměřuje a jak se využívá. Poslední, tedy čtvrtá kapitola teoretické části, dává do souvislosti předchozí tři kapitoly a uvádí principy metody AQR.

V rámci praktické části jsme aplikovali muzikoterapeutickou metodu AQR rozšířenou o další expresivní přístupy u dětského klienta s PAS. Nejprve je vymezen design výzkumu a jeho metodologie, popisujeme zde, jakým způsobem byla získána data a jak jsme je analyzovali. Dále čtenáři předkládáme zjištěné výsledky, které obsahují stručný popis a škály PEQR a TQR pro každé setkání s dítětem a grafy afektivní složky dítěte i terapeuta. v diskusi zjištěné výsledky vysvětlujeme a komparujeme s teoretickým podkladem.

Z výsledků můžeme pozorovat, že především u později uskutečněných setkání se vývoj afektu terapeuta a dítěte podobá. Zjistili jsme také, že jako prostředky v této metodě mohou být využívány hmotné i nehmotné věci a slouží u dítěte především k vyjádření se. Po realizaci výzkumu můžeme říct, že se nástroj AQR jeví jako vhodný nástroj reflexe a analýzy speciálněpedagogických intervencí. Na metodu AQR se můžeme dívat jako na principiální přístup, který ve svém zaměření preferuje vztahy dítěte před jeho aktivizací. Proto její zásady a principy mohou být implikovány i do jiných metod práce s dětmi s autismem.

Práce nabízí čtenáři inspiraci k tomu, jak pracovat s dětmi s PAS. Zvláště pak pro speciální pedagogy může být impulsem pro změnu v přístupu k této klientele. Poznatky z výzkumu lze využít jako základ pro hlubší výzkum. Přínosem této práce je mimo jiné také zpracování problematiky v českém jazyce.

LITERATURA

1. Adamus, P., Vančová, A., & Löffl, M. (2018). *Poruchy autistického spektra v kontextu aktuálních interdisciplinárních poznatků*.
2. Baspinar, B., & Yardimci, H. (2020). Gluten-Free Casein-Free Diet for Autism Spectrum Disorders: Can It Be Effective in Solving Behavioural and Gastrointestinal Problems? *The Eurasian Journal of Medicine*, 52(3), 292–297.
<https://doi.org/10.5152/EURASIANJMED.2020.19230>
3. Bazalová, B. (2017). *Autismus v edukační praxi*. https://library.upol.cz/arl-upol/cs/detail-upol_us_cat-0218809-Autismus-v-edukacni-praxi/
4. Bernier, A., Ratcliff, K., Hilton, C., Fingerhut, P., & Li, C. Y. (2022). Art Interventions for Children with Autism Spectrum Disorder: A Scoping Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 76(5). <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.049320>
5. Brandoff, R. (2017). *Creativity in Art Therapy*. 327–336. <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-0504-4.CH015>
6. Carpenle, J. A., & LaGasse, B. A. (2015). Music therapy for children with autistic spectrum disorder. In *Music Therapy Handbook* (s. 290–300). Guilford Publications.
7. Cashin, A. (2009). The Triad of Impairment in Autism Revisited. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(4), 189–193. <https://doi.org/10.1111/J.1744-6171.2009.00198.X>
8. Croncke, A., Willard, M., & Huckabee, H. (2016). *The Causes of Autism*. 11–21. https://doi.org/10.1007/978-3-319-25504-0_2
9. De Witte, M., Orkibi, H., Zarate, R., Karkou, V., Sajnani, N., Malhotra, B., Ho, R. T. H., Kaimal, G., Baker, F. A., & Koch, S. C. (2021). From Therapeutic Factors to Mechanisms of Change in the Creative Arts Therapies: A Scoping Review. *Frontiers in Psychology*, 12, 678397. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.678397>
10. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (2011) Praha: Psychiatrické centrum.

11. Ellis, R. (2001). Movement metaphor as mediator: A model for the dance/movement therapy process. *The Arts in Psychotherapy*, 28(3), 181–190.
[https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(01\)00098-3](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(01)00098-3)
12. Esterbauer, E. (2018). Relationship in special music education: A new form of assessment; The AQR Tool in inclusive music lessons. In *Proceedings of the 22nd International Seminar of the ISME Commission on Special Music Education and Music Therapy* (s. 52–64). ISME.
<https://www.isme.org/sites/default/files/documents/2018%20Proceedings%20of%20the%20ISME%20Commission%20on%20SME%26MT-FINAL.pdf#page=53>
13. Ferjenčík, J. (2015). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši* (1. elektronické vydání). Portál.
14. Galizzi Faé, I., Guimarães de Azevedo, P., da Costa Sales, A. L. B., Chaves Ribeiro, P., Mares, Y. S., de Melo, F. M., & Lombardi, A. B. (2018). *Differential diagnoses between autistic spectrum disorders and specific receptive and expressive language disorders: An integrating review*. 28. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20180101>
15. Haigh, S. (2018). Variable sensory perception in autism. *European Journal of Neuroscience*, 47(6), 602–609. <https://doi.org/10.1111/EJN.13601>
16. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. PORTÁL s. r. o.
17. Hilton, C., & Ratcliff, K. (2022). Sensory Processing and Motor Issues in Autism Spectrum Disorders. In J. L. Matson & P. Sturmey (Ed.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorder: Assessment, Diagnosis, and Treatment* (s. 73–112). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-88538-0_4
18. Chrastina, J. (2019). *Případová studie—Metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Univerzita Palackého v Olomouci.
<https://doi.org/10.5507/pdf.19.24453736>
19. Jennings, S. (2015). Model Embodiment-Projection-Role pro emoční, sociální a dramatický vývoj dětí a mládeže. In *Expresivní terapie jako podpora kvality života u různých klientských skupin* (1. vydání, s. 37–62). Univerzita Palackého v Olomouci.
20. Jos De Backer & Julie Sutton. (2014). *The Music in Music Therapy: Psychodynamic Music Therapy in Europe: Clinical, Theoretical and Research Approaches*. Jessica

Kingsley Publishers.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=nlebk&AN=783102&authtype=shib&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593>

21. Kanner, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*. <http://www.thhoffmann.eu/archiv/kanner/kanner.1943.pdf>
22. Kantor, J. (2016). *Společné a rozdílné v uměleckých kreativních terapiích* (1. vydání). Univerzita Palackého v Olomouci.
23. Marco, E. J., Hinkley, L. B. N., Hill, S. S., & Nagarajan, S. S. (2011). Sensory Processing in Autism: A Review of Neurophysiologic Findings. *Pediatric Research*, 69(8), 48–54. <https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e3182130c54>
24. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (Vyd. 1.). Grada Publishing.
25. Mössler, K., Gold, C., Aßmus, J., Schumacher, K., Calvet, C., Reimer, S., Iversen, G., & Schmid, W. (2019). The Therapeutic Relationship as Predictor of Change in Music Therapy with Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(7), 2795–2809. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3306-y>
26. Mössler, K., Schmid, W., Aßmus, J., Fusar-Poli, L., & Gold, C. (2020). Attunement in Music Therapy for Young Children with Autism: Revisiting Qualities of Relationship as Mechanisms of Change. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(11), 3921–3934. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04448-w>
27. Mottron. (2020). Autism spectrum disorder. *Handbook of Clinical Neurology*, 174, 127–136. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64148-9.00010-7>
28. Müller, (ed.), Oldřich. (2014). *Terapie ve speciální pedagogice. 2., přepracované vydání* (1. elektronické vydání). Grada.
29. Müller, O. (2013). *Expresivní terapie ve speciální pedagogice* (1. vyd.). Univerzita Palackého v Olomouci.
30. Müller, O. (2015). Exprese jako prostředek rozvoje osobnosti a terapie. In *Expresivní terapie jako podpora kvality života u různých klientských skupin* (1. vydání, s. 13–36). Univerzita Palackého v Olomouci.

31. Nabizadeh, M. (2023). The Role of Mirror Neuron System (MNS) in Autism Spectrum Disorders (ASD). *Neurology and Neuroscience*. <https://doi.org/10.33425/2692-7918.1042>
32. Orkibi, H., & Keisari, S. (2023). Creative Arts Therapies: Processes and Outcomes for Emotional Well-Being. In J. C. Kaufman, J. D. Hoffmann, & Z. Ivcevic (Ed.), *The Cambridge Handbook of Creativity and Emotions* (s. 411–433). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009031240.027>
33. Ošlejšková, H. (2006). Autismus. Neurologické, behaviorální a kognitivní projevy. *Neurologie pro praxi*.
34. Ratajczak, H. (2011). Theoretical aspects of autism: Causes—A review. *Journal of Immunotoxicology*, 8(1), 68–79. <https://doi.org/10.3109/1547691X.2010.545086>
35. *Registrované sociální služby | ZA SKLEM o.s.* (b.r.). Získáno 11. duben 2024, z <https://www.zasklem.cz/registrovane-socialni-sluzby/>
36. Říčan, P., & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie* (4., přepracované a doplněné vydání). Grada Publishing.
37. Schumacher, K., Calvet, C., & Reimer, S. (2019). *The AQR Tool—Assessment of the Quality of Relationship*. Reichert Verlag.
38. Schumacher, K., & Calvet, C. (b.r.). The Body and the State of Affect as Starting Points in Music Therapy. https://claudine-calvet.eu/htm/Calvet_SchuhmacherThe_Body_and_the_State_of_Affect_as_Starting_Points_in_Music_Therapy.2016.pdf
39. Smolík, F. (2009). Vyojova Dysfазie a Struktura Ranych Jazykovych Schopnosti. *Ceskoslovenska Psychologie*, 53(1), 40–54.
40. Thorová, K. (2016). *Poruchy autistického spektra: Rozšířené a přepracované vydání*. PORTÁL s. r. o.
41. Valenta, M. (2021). *Dramaterapie* (Vydání páté, v Portále první, přepracované a doplněné). Portál.
42. Vygotsky, L. S., & Cole, M. (1978). *Mind in Society: Development of Higher Psychological Processes*. Harvard University Press.

43. Watts, T. J. (2008). The Pathogenesis of Autism. *Clinical Medicine. Pathology, 1*, 1178–1181. <https://doi.org/10.4137/CPath.S1143>
44. Wing, L. (1997). The autistic spectrum. *The Lancet, 350*(9093), 1761–1766. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)09218-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)09218-0)
45. Ziadat, A. H., Alramamneh, A. K., & Al-Sabaylehr, O. A. (2022). Dance Movement-Based Intervention Reduces Stereotypical Behavior in Children with Autism Spectrum Disorder. *European Journal of Educational Research, 11*(3), 1877–1885.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Informovaný souhlas pro rodiče
2. Informovaný souhlas pro pracovníka
3. Souhlas organizace o výzkumné činnosti studenta
4. Rámec otázek pro interview

Příloha 1: Informovaný souhlas pro rodiče



Univerzita Palackého
v Olomouci

Genius loci...

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Student

Mária Klásková
Ústav speciální pedagogiky
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
maria.klaskova01@upol.cz

Vedoucí bakalářské práce

Mgr. Lenka Růžicková
lenka.ruzickova03@upol.cz

Informace o výzkumu

Výzkum na téma Expresivní přístupy v kontextu metody AQR ve speciálně pedagogické intervenci u klienta s PAS je realizován v rámci bakalářské práce studentkou Márií Kláskovou na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Tento výzkum je designován jako případová studie.

Účast ve výzkumu zahrnuje polostrukturovaný rozhovor se zákonným zástupcem a s klíčovým pracovníkem před zahájením výzkumu a po jeho skončení (8-10 setkání s dítětem v závislosti na možnostech a kapacitě instituce, dítěte, rodiny i výzkumnice). Práce s dítětem bude probíhat výhradně v Za sklem o. s. – Olomouc pod dohledem klíčové pracovnice. Využívané metody/techniky/aktivity budou dopředu konzultovány a zpětně i supervidovány s vedoucí bakalářské práce či odbornými pracovníky organizace Za sklem o. s. Zákonný zástupce bude průběžně informován o průběhu intervencí a bude reflektován jejich dopad (vždy 15 minut před zahájením a 15 minut po skončení intervence).

Rozhovor se zákonným zástupcem a klíčovým pracovníkem bude nahráván a po přepsání bude vymazán.

Transkripce bude přístupná pouze komisi u obhajoby bakalářské práce a vedoucí bakalářské práce až na části citovány v textu práce, který bude volně dostupný online. Tyto citace budou vždy anonymní.

Poznámky ze setkání i reflexí jednotlivých intervencí budou taktéž anonymizovány.

Všechny údaje a data získaná při výzkumu mohou být využita výhradně pro účely výzkumu a publikována v anonymizované formě. Podepsaný informovaný souhlas bude archivován u výzkumnice.

Účastník může kdykoliv z výzkumu odstoupit.

Souhlas s výzkumem

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii mého dítěte

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru a záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že všechna získaná data budou použita anonymně.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha 2: Informovaný souhlas pro pracovníka



Univerzita Palackého
v Olomouci

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Student

Mária Klásková
Ústav speciální pedagogiky
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
maria.klaskova01@upol.cz

Vedoucí bakalářské práce

Mgr. Lenka Růžicková
lenka.ruzickova03@upol.cz

Informace o výzkumu

Výzkum na téma Expresivní přístupy v kontextu metody AQR ve speciálně pedagogické intervenci u klienta s PAS je realizován v rámci bakalářské práce studentkou Márií Kláskovou na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Tento výzkum je designován jako případová studie.

Účast ve výzkumu zahrnuje polostrukturovaný rozhovor se zákonným zástupcem a s klíčovým pracovníkem před zahájením výzkumu a po jeho skončení (8-10 setkání s dítětem v závislosti na možnostech a kapacitě instituce, dítěte, rodiny i výzkumnice). Práce s dítětem bude probíhat výhradně v Za sklem o. s. – Olomouc pod dohledem klíčové pracovnice. Využívané metody/techniky/aktivity budou dopředu konzultovány a zpětně i supervidovány s vedoucí bakalářské práce či odbornými pracovníky organizace Za sklem o. s. Zákonný zástupce bude průběžně informován o průběhu intervencí a bude reflektován jejich dopad (vždy 15 minut před zahájením a 15 minut po skončení intervence).

Rozhovor se zákonným zástupcem a klíčovým pracovníkem bude nahráván a po přepsání bude vymazán.

Transkripce bude přístupná pouze komisi u obhajoby bakalářské práce a vedoucí bakalářské práce až na části citovány v textu práce, který bude volně dostupný online. Tyto citace budou vždy anonymní.

Poznámky ze setkání i reflexí jednotlivých intervencí budou taktéž anonymizovány.

Všechny údaje a data získaná při výzkumu mohou být využita výhradně pro účely výzkumu a publikována v anonymizované formě. Podepsaný informovaný souhlas bude archivován u výzkumnice.

Účastník může kdykoliv z výzkumu odstoupit.

Souhlas s výzkumem

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii mého klienta

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru a záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že všechna získaná data budou použita anonymně.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha 3: Souhlas organizace o výzkumné činnosti studenta



Univerzita Palackého
v Olomouci

Souhlas organizace o výzkumné činnosti studenta

Student

Mária Klásková
Ústav speciální pedagogiky
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
maria.klaskova01@upol.cz

Organizace

Za sklem o. s.
1. máje 832/16, 779 00 Olomouc
sasolomouc@zasklem.com

Informace o výzkumu

Výzkum na téma Expresivní přístupy v kontextu metody AQR ve speciálně pedagogické intervenci u klienta s PAS je realizován v rámci bakalářské práce studentkou Márií Kláskovou na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Tento výzkum je designován jako případová studie.

Účast ve výzkumu zahrnuje polostrukturovaný rozhovor se zákonným zástupcem a s klíčovým pracovníkem před zahájením výzkumu a po jeho skončení (8-10 setkání s dítětem v závislosti na možnostech a kapacitě instituce, dítěte, rodiny i výzkumnice). Práce s dítětem bude probíhat výhradně v Za sklem o. s. – Olomouc pod dohledem klíčové pracovnice.

Využívané metody/techniky/aktivity budou dopředu konzultovány a zpětně i supervidovány s vedoucí bakalářské práce či odbornými pracovníky organizace Za sklem o. s. Zákonný zástupce bude průběžně informován o průběhu intervencí a bude reflektován jejich dopad (vždy 15 minut před zahájením a 15 minut po skončení intervence).

Souhlas s výzkumnou činností

Souhlasím, že studentka Mária Klásková může realizovat v Za sklem o. s. – Olomouc výzkumnou činnost v rámci své bakalářské práce za výše uvedených podmínek a ve výše uvedeném rozsahu.

Podpis ředitele pobočky:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha 4: Rámec otázek pro interview

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru s rodiči

- Příběh dítěte (mohla byste mi popsat váš příběh?)
 - o Jak dlouho navštěvujete Za sklem?
 - o Zkušenosti s intervencí
- Jak dává najevo libost a nelibost?
- Jak s Radimem komunikujete? Jak Radim komunikuje s Vámi?
- Jak s Radimem navazujete kontakt? Co upoutá jeho pozornost?
- Má nějaké rituály a stereotypy?
- Jak vypadá jeho klasický den?
- Má rád hudbu?
 - o Jakou?
 - o Jak na ni reaguje?
- Na čem teď pracujete?
- Je nějaká dovednost nebo návyk, který se snažíte rozvinout?

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru s klíčovou pracovnící

- Jak dlouho Radim navštěvuje Za sklem?
 - o Zkušenosti s intervencí
- Jak dává najevo libost a nelibost? Je něco, co Radimovi tady v zařízení vadí?
- Jak s Radimem komunikujete? Jak Radim komunikuje s Vámi?
- Jak s Radimem navazujete kontakt? Co upoutá jeho pozornost?
- Má nějaké rituály a stereotypy?
- Jak vypadá jeho běžná návštěva tady v Za sklem?
- Má rád hudbu?
 - o Jakou?
 - o Jak na ni reaguje?
- Na čem teď pracujete?
- Je nějaká dovednost nebo návyk, který se snažíte rozvinout?