ÚVOD

Pohyb a tanec je nedílnou součástí nejen života nás – lidí, ale také ostatních zvířat. Tanec konkrétně je spjat s lidskou kulturou již od jeho prvopočátku, vždy plnil účel vyjádření vnitřních stavů člověka, byl prostředkem rituálů, které měly zajistit léčení různých nemocí nebo třeba také větší úrodu a přípravu či oslavu úspěšného lovu. Tanec doprovázel významné milníky lidských životů jako například svatbu nebo úmrtí, oslavoval dny příchodu na svět, pomocí tance si lidé předávali své zkušenosti ať už zobrazováním životních příběhů nebo rytmů v přírodě. Tanec a pohyb hrál významnou roli v komunikaci domorodých kmenů, určoval hierarchii nebo byl prostředkem komunikace s ostatními kmeny.

Tančit může každý a každá jeho forma má svou specifickou podobu. Nemůžeme proto tvrdit, že někdo tančit neumí. Bohužel v dnešní době se s takovým hodnocením u některých lidí setkáváme. Tanec je totiž brán jako umělecká forma, která je výhradně spojována (chybně) s estetickým (subjektivním) cítěním. Je opomíjena samotná podstata tance jako prostředku vyjádření sebe sama a komunikace. Jana Jebavá ve své publikaci „Kapitoly z dějin tance a možnosti terapie“ si velmi trefně klade otázku: „Z čeho tedy krása vyplývá?“ Následně odpovídá: „Z nás samotných. Z vnitřního vyvážení sebe sama. Krásu můžeme hledat i ve zdánlivě ošklivých věcech, v tragédii prožitých útrap, ve vnitřních asymetriích duše, často i v bolesti.“

Nyní si mohu položit otázku: „Jak jsem se dostal k tomuto tématu?“ Můj život je s tancem úzce spojen. Díky vedení mých rodičů jsem se dostal ke společenskému tanci, tedy tanci párovému. Protože jsem byl hodně nadšený a pilný, dostal jsem se až na vrchol české taneční scény (ve standardních tancích).

Během každodenních tréninků jsem přemýšlel nad schopností a dovedností těla vytvářet ty správné pohyby, které jsem chtěl tančit. Trenéři mě učili, jak je dělat, ale zdálo se mi to někdy až příliš umělé a říkal jsem si, že prostě některé kvality pohybu či správnou techniku prostě nemohu zvládnout. Hledal jsem různé pomůcky pro vysvětlení určitých pohybů a možnosti jejich naučení, ale došel jsem

po dlouholetém pátrání, že nejjednodušší cesta vede skrze naprosto přirozené využití těla a základních principů pohybu. Také mě velmi zajímalo, proč se některé páry (i já) na tréninku hádají, proč vylévají tolik emocí? Zprvu jsem neznal odpověď, ale díky spojení mého zájmu o tanec, studia speciální pedagogiky a psychoterapeutického výcviku v tanečně-pohybové terapii jsem si odpověděl. Je to proto, že pohyb každého jedince má svůj výpovědní charakter, reflektuje osobnost, skrze pohyb mohou proudit různé emoce.

Téma využití tanečně-pohybové terapie u dětí s poruchami autistického spektra mě poprvé napadla minulý rok při setkání s tanečními terapeutkami – Joan Chodorow a Suzi Tortory. Shlédl jsem videa, na kterých Suzi Tortora a Janet Adler přibližují možnosti práce s autistickými dětmi. Velmi mě zaujal jejich přístup a působivé byly i pokroky, které se u dětí projevily. Nutno dodat, že v časovém horizontu nejméně dvou let.

Jsem velmi rád, že se mi naskytla možnost uplatňovat své poznatky z tance, potažmo z tanečně-pohybové terapie u dětí s poruchou autistického spektra v občanském sdružení JAN-Olomouc.

Cílem této bakalářské práce je seznámit čtenáře s potenciálem využití tanečně-pohybové terapie u dětí s autismem. Teoretická část nám podává základní informace o tom, co je to tanec a tanečně-pohybová terapie, dále se zabývá vymezením pervazivních vývojových poruch, konkrétněji dětského autismu. V praktické části uvádíme případovou studii dívky s dětským autismem, popisujeme podmínky terapie a věnujeme se analýze vlivu taneční terapie na projevy v oblasti sociální interakce a komunikace této dívky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TANEČNĚ-POHYBOVÁ TERAPIE

Před samotným vymezením tanečně-pohybové terapie je nutné zmínit na jakých základech stojí, včlenit ji do kontextu tance a jeho historie.

1.1 Historie využití tance

Tanec zaujímal a zaujímá důležité místo v životech lidí, byl významným prostředkem komunikace a sebevyjádření. Tanec doprovázel různé rituály, používal se u zvláštních příležitostí, mezníků v životě. V dnešní době si nedovedeme představit všechny možné rozličné formy vyjádření a způsobů, ke kterým byl tanec využíván. Víme však, že měl tanec svou specifickou úlohu při léčbě nemocí.

Léčebné rituály jsou u přírodních národů spojovány se šamanem, který tyto rituály provádí. Šamanismus a rituály s ním spojené nejsou doménou pouze omezeného počtu domorodých kmenů, ale tyto jevy byly zaznamenány například v Asii, Severní a Jižní Americe, Indonésii, Oceánii. Eliade[1] označuje šamanismus za jednu z archaických technik extáze, která je současně mystikou, magií a náboženstvím a existuje zpravidla vedle těchto či jiných forem. Šamani používají mnoha forem k léčení nemocí, ať už fyzických nebo psychologických, z fyzických můžeme zmínit například léčbu pomocí různých bylin, nápojů. Z psychologických forem to jsou rituály, sugesce, předpovědi. Praktiky fyzické a psychologické nejsou u šamanů odděleny, vzájemně se prolínají.[2] Přístup šamana je v tomto ohledu velmi široký, poněvadž plní spoustu rozdílných úloh, které by dnes mohlo vykonávat široké spektrum profesí. Důležitou součástí některých rituálů je také přítomnost dalších členů rodiny či společnosti, která hraje významnou roli při znovuzačlenění nemocné osoby do kmenové společnosti.

[1] in Čížková, 2005
[2] Lommel in Čížková, 2005

Serlin[3] uvádí sedm charakteristik léčebného procesu u šamanů:

- šamanismus je propojen s celou řadou pověr a přesvědčení týkajících se příčin onemocnění a léčby, které se tradovaly v lidových příbězích,
- přítomnost a účast celé skupiny při léčbě,
- důležitost posvátné úcty,
- posedlost,
- diagnostika,
- léčba,
- ovlivnění pacienta a užití symbolické změny: šaman nařídí úkony potřebné k očištění, podnikne kroky ke stabilizaci léčby, např. změní jméno nebo dokonce sexuální identitu pacienta, prostě cokoli, co mu pomůže zbavit se nemoci a navrátí mu zdraví.

„Věřilo se, že šamani uměli komunikovat s bohy a že bohové promlouvají jejich ústy.“[4] Existují domněnky, že byly při tanci prožívány různé druhy stavů, které mohly být vnímány jako božské či promlouvání předků. Takové prožitky byly pojmenovávány a tím se eliminoval strach z neznámého. Jakmile člověk znal jméno boha a pole jeho působnosti, tak se mohl s daným jevem přímo konfrontovat, nebo k němu zaujmout jistý postoj.[5]

Tanec u léčitelů – šamanů vykazuje jasně diferencovanou kvalitu. Během léčebných rituálů se využívalo nejen tance, ale i hudby či zpěvu, který efekt dále umocňoval. Využívalo se jednoduchých rytmů, které měly navodit stav transu. Pojem „trans“ je podle Psychologického slovníku vymezen jako „zvláštní stav vědomí podobný stavu hypnotickému, který kvalitativně mění vědomí i chování člověka; stav vytržení, extáze bývá nejčastěji vyvolán emocionálně hluboce působícími podněty; nejčastěji při náboženských obřadech, rituálech a symbolických obřadech, též při některých druzích meditace.“[6] Monotónní rytmus v pohybu

[3] in Čížková, 2005
[4] Kefen in Čížková, 2005, s. 15
[5] Čížková, 2005
[6] Hartl, Hartlová, 2000, s. 624

vyvolává změny ve vědomí do stavu, kdy jsou „otevřeny“ další smysly a tím i prostor pro změněné vnímání. Tento změněný stav umožňoval komunikaci s různými nadpozemskými tělesy.

Tyto prvky v sobě nesou, nejen léčebné rituály u přírodních národů, jak je známe z historie i současnosti, ale také se promítali i do ostatních kultur v různých obdobích. Pojetí tance se v různých časových periodách měnilo a uplatnění jeho léčebné složky mělo různou váhu.

V dnešním pojetí se na tanec nahlíží jako na „umění, v němž je dominantním prvkem lidské tělo. Umění, které pomocí citu a výrazu pracuje v čase a prostoru.“[7]

1.2 Vznik tanečně-pohybové terapie

Tanečně-pohybová terapie se začala utvářet po druhé světové válce. Pod tímto pojmem se v sobě propojily poznatky z psychologie, psychiatrie, psychoterapie a moderního tance. První taneční terapeuti nebyli psychoterapeutové, ale „pouze učitelé tance, kteří využívali za spolupráce s psychiatry tanec jako komunikační prostředek s pacienty, kteří nebyli přístupni verbální terapii. Za dvě hlavní osobnosti vzniku a rozvoji taneční terapie v Americe můžeme považovat Marian Chace a Francizku Boas.

Marian Chace vyučovala tanec a vystupovala ve Washingtonu D.C. Během své výuky sledovala pečlivě taneční projev a komunikaci svých studentů a začala se zajímat o jejich psychické potřeby a individuální motivaci. Později se zaměřovala na individuální taneční a pohybový projev a jeho souvislost s momentální psychickou situací. Samotná taneční technika šla stranou. Experimentovala s metodou, nazvanou „komunikace tancem“. Později začala spolupracovat s psychiatry a psychology v psychiatrické léčebně St. Elizabeth ve Washingtonu D.C.[8] Byla u zrodu American Dance Therapy Association – ADTA (Americká

[7] Jebavá, 1998, s. 11
[8] Chaiklin, 1975 in Čížková, 2005

asociace taneční terapie) a v roce 1966 byla zvolena její první prezidentkou. Sama nevytvořila žádnou teorii tanečně-pohybové terapie, avšak její využila různé aspekty tance a vsunula je do jednotné formy terapie. Její přístup byl základem, jakýmsi styčným bodem pro všechny, kdo se zabývali využitím tance ve zdravotnictví.

Francizka Boas vyučovala kreativní moderní tanec dětí v psychiatrické léčebně Bellevue v New Yorku. Byla ovlivněna zejména prací Paula Schildera (psychoanalytik, psychiatr) a jeho knihou „The Image and Appearance of the Human Body".[9] U pacientů se snažila skrze kreativní pohyb zprostředkovat nové možnosti v jejich pohybu. Francizka Boas se rovněž snažila o využití pohybu ke snadnější verbalizaci jejich obrazů. Hojně využívala hudbu a zejména perkuse.

Během dalšího vývoje došlo k rozpracování teorie tanečně-pohybové terapie, na které se podílelo široké spektrum různých odborníků, ať už z oblasti psychiatrie, psychologie, psychoterapie, zdravovědy nebo tanečníků. Mezi další osobnosti tanečně-pohybové terapie patřily či patří Trudi Shoop (Švýcarka, která pracovala s psychotickými pacienty na psychiatrických klinikách a věnovala se také vzdělávání nových tanečních terapeutů a pracovníků z různých odvětví pomáhajících profesí), Mary Starks Whitehouse, Liljan Espenak, Blanche Evan, Miriam Roskin Berger, Joan Chodorow a mnoho dalších.

Mezi tanečně-pohybovou terapií, tancem jako uměním a kreativním tancem existují zásadní rozdíly. Tanec jako umění a kreativní tanec mohou mít (podobně jako sport) terapeutické účinky, avšak terapií nejsou, protože systematicky nerozvíjejí spojování vědomé a nevědomé zkušenosti. Tanečně-pohybová terapie má pro svůj terapeutický efekt jasné základy.[10]

1.2.1 Tanečně-pohybová terapie v České republice

V roce 1999 vznikla na území ČR první organizace zabývající se tanečně-pohybovou terapií – Česká asociace taneční a pohybové terapie (TANTER). Byla

[9] citováno in Stanton-Jones, 1992, s.17
[10] Payneová, 1999

založena absolventy prvního výcviku v tanečně-pohybové terapii pod záštitou Americké asociace taneční terapie – ADTA (1997 – 1999). Výcvik vedly lektorky z USA a Velké Británie.

„Posláním TANTER je vytvořit a udržovat vysokou úroveň standardů profesionální způsobilosti tanečních a pohybových terapeutů podporou jejich vzdělávání a vytvořením a dodržováním systému akreditace. Asociace se zároveň snaží zprostředkovat komunikaci mezi tanečními a pohybovými terapeuty navzájem a mezi tanečními a pohybovými terapeuty a osobami pracujícími v příbuzných oborech k pozvednutí všeobecného povědomí o taneční a pohybové terapii mezi laickou i odbornou veřejností. Úkolem je i spolupráce se zahraničními asociacemi taneční a pohybové terapie.“[11]

V současné době probíhá výcvik druhé skupiny tanečních terapeutů pod vedením bývalé prezidentky ADTA Miriam Roskin Berger, dále Judith Richardson Bunney a Janet Kaylo.

1.3 Vymezení pojmu tanečně-pohybové terapie

Tanečně-pohybová terapie má své určité místo z hlediska různých pohledů, zejména psychologického a pedagogického. Klasifikace nám pomůže lépe se orientovat ve vztazích tanečně-pohybové terapie k ostatním terapiím.

1.3.1 Klasifikace tanečně-pohybové terapie

Tanečně-pohybová terapie patří do oblasti psychoterapeutických přístupů, přesněji ji lze považovat za expresivní terapeutický postup (expresivní terapie), kterého využívá arteterapie v širším slova smyslu (tedy terapii využívající uměleckých prostředků).

[11] TANTER, 2008

Vzhledem k faktu, že jednotná definice psychoterapie neexistuje, uvedeme si pro srovnání několik definic. Kratochvíl[12] vysvětluje pojem psychoterapie (jako činnost) v několika rovinách: čím působí, na co působí, čeho má dosáhnout, co se při ní děje a kdo působí. „Psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky na nemoc, poruchu nebo anomálii. Využívání těchto prostředků je záměrné a plánovité."; „Psychoterapie je působením, které má odstranit nebo zmírnit potíže a podle možnosti i odstranit jejich příčiny."; „V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta."; „Psychoterapii provádí kvalifikovaná osoba. Vyžadovaná kvalifikace a kompetence závisí na složitosti potřebného psychoterapeutického působení."

V nejširším smyslu rozumíme psychoterapii jako „užívání psychologických prostředků k léčbě, tj. docílení prospěšné změny při poruchách zdraví."[13] Nebo můžeme použít podobně nazírající definici „Psychoterapie je léčba duševních poruch psychologickými (nikoli fyzikálními nebo biologickými) prostředky."[14]

„Expresivní terapie jsou interdisciplinární vědní obory, které vznikly na základě vývoje a vzájemného ovlivnění medicíny, psychologie, psychoterapie a uměleckých věd."[15]

Müller ve své publikaci Terapie ve speciální pedagogice[16] definuje expresivní terapii jako „odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci uměleckých prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem."

Vymětal[17] charakterizuje expresivní terapeutické postupy jako „umožňující redukovat úzkost a uvolnit tak latentní tendence, externalizovat pocity úzkosti a strachu. Expresivními postupy v psychoterapii myslíme takové metody, při kterých se pacient vyjadřuje verbálně i neverbálně prostřednictvím specifického média, uměleckého – pohybového."

[12] 2006, s. 9
[13] Langmeier, Balcar, Špitz, 2000, s. 29
[14] Atkinson, Atkinson, Smith, Bem, Nolen-Hoeksema, 2003, s. 569
[15] Vymětal in Habartová, 2007, s. 9
[16] 2005, s. 28
[17] in Čížková, 2005, s. 33

Velmi výstižná obecná definice arteterapie pochází od nizozemského psychoterapeuta H. Petzolda[18]: „Arteterapie je teoreticky usměrněné působení na člověka jako celek v jeho fyzických, psychických danostech, v jeho uvědomělých i neuvědomělých snaženích, sociálních a ekologických vazbách, plánované ovlivňování postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami, s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti."

Arteterapie v širším slova smyslu využívá expresivních terapeutických metod, které jsou založeny na bezprostředním prožitku člověka, exprese vlastního já - pomocí uměleckých prostředků jako je například hudba, divadlo, slovo, výtvarné techniky, pohyb a tanec. Podle druhu uměleckých prostředků determinujeme jednotlivé směry Arteterapie – muzikoterapii, dramaterapii, poetoterapii, teatroterapii, psychodrama, arteterapie v užším slova smyslu a tanečně-pohybovou terapii. Tyto jednotlivé směry se ve větší nebo menší míře ovlivňují a tím vznikají nové přístupy a pojetí expresivních terapií. Můžeme předpokládat, že se v rámci tanečně-pohybové terapie setkáme s využitím hudby, která ovšem není primárním terapeutickým prostředkem. Hudba je v tomto ohledu prostředkem podpůrným a umocňuje (v některých případech) samotný terapeutický efekt pohybu a tance.

1.3.2 Definice tanečně-pohybové terapie

Podle Americké asociace taneční terapie (American Dance Therapy Association – ADTA) je tanečně-pohybová terapie definována jako „psychoterapeutické využití pohybu v procesu, jehož účelem je dosažení emoční, sociální, poznávací a fyzické integrace jedince."[19]

Helen Payne[20] definuje tanečně-pohybovou terapii jako „užití kreativního pohybu a tance v psychoterapii, kdy je vztah mezi pohybem a emocemi využíván jako prostředek k dosažení integrace osobnosti."

[18] 1990 in Šicková-Fabrizi, 2002
[19] Bernstein in Stanton-Jones, 1992, s. 1
[20] in Čížková, 2005, s. 33

V českých překladech je definice ADTA zpravidla zkracována na „psychoterapeutické využití pohybu v procesu, jehož účelem je dosažení emoční a fyzické integrace jedince."[21]

Nebo se můžeme setkat také s definicí zkrácenou do podoby: „terapeutické užití pohybu k dosažení emoční a fyzické integrace jedince."[22]

Všechny tyto definice, ač jsou hojně citovány, můžou být vnímány značně formálně. Dr. Miriam Roskin Berger sama přiznává, že zakladatelé ADTA vytvořili definici velmi obecnou, která nemusí mít pro odbornou i laickou veřejnost konkrétní výpovědní charakter.[23]

Stejně jako v psychoterapii, na definici tanečně-pohybové terapie bychom mohli udělat nespočet definic nových, které by mohly vystihovat tanečně-pohybovou terapii mnohem výstižněji. Modifikace by mohla znít: Tanečně-pohybová terapie je psychoterapeutický přístup, který je založen na interakci těla a mysli, přičemž tanec a pohyb je komunikačním kanálem, který reflektuje osobnost a změny v pohybové úrovni způsobují reflexi v psýché. Tím, že se snažíme nově vysvětlovat pojem ale netvrdíme, že stávající definice jakkoliv ztratila ze své platnosti.

1.3.3 Rozdíly v označení pojmu tanečně-pohybová terapie

V oblasti využití tance a pohybu existují různá pojetí a nazírání na pojem tanečně-pohybová terapie. Můžeme se například setkat s pojmy „taneční", „pohybová", „taneční pohybová", „tanečně-pohybová" nebo „terapie tancem". Někteří terapeuti využívají různá označení terapeutického přístupu vzhledem k osobním preferencím a směru, ve kterém se pohybují. Pokud je důraz kladen na pohybovou složku, analýzu pohybu, pak někteří logicky hovoří o „pohybové terapii". Je to důsledkem relativně úzkého pojetí slova tanec, samotný termín „taneční terapie" proto zavádí k mylné interpretaci. Termíny pohyb a tanec jsou

[21] Čížková, 2005, s. 33
[22] Blížkovská, 1999, s. 66
[23] Berger, 2007

ovšem velmi úzce propojeny, tanec se skládá z různých pohybů. Existuje jen velmi subjektivní hranice mezi tím, co můžeme označovat tancem a pohybem.

V tanečně-pohybové terapii se můžeme také setkat i s jiným označením, například Trudi Schoop a Salkin používají termín „technika tělesného ega".

1.4 Principy tanečně-pohybové terapie

Tanečně-pohybová terapie spočívá na pěti základních teoretických principech (podle K. Stanton-Jones), které jsou obecně platné a vědecky doložené. Principy jsou úzce spjaty s teoretickými východisky tanečně-pohybové terapie.

1. Tělo a mysl jsou v neustálé vzájemné interakci;
2. tělo reflektuje aspekty osobnosti, které vychází z různých psychologických teorií;
3. základem efektivity procesu tanečně-pohybové terapie je vztah mezi terapeutem a klientem;
4. tělo reflektuje nevědomé procesy, podobně jako sny a další psychologické jevy;
5. vytváření kreativního pohybu v improvizaci má jistý terapeutický účinek.

Tělo a mysl jsou v neustálé vzájemné interakci. Pokud významně ovlivníme naši pohybovou úroveň, můžeme celkově ovlivnit funkci organismu.[24] V praxi to znamená, že tanečně-pohybový terapeut neustále podporuje klienty k porozumění (verbálně) své pohybové zkušenosti, a také k interpretaci probíhajících pohybů metodou volných asociací. Děje se to nejen pomocí verbální interpretace, ale také výkladu pomocí symbolů i subjektivních pocitů, které mají v jistém ohledu větší potenciál uchovávání zkušenosti.

[24] Schmais in Stanton-Jones, 1992

Tanečně-pohybová terapie využívá velké množství psychologických teorií podporujících tvrzení, že tělo reflektuje osobnost. Opírá se například o tvrzení S. Freuda - 1923 (tvrzení „ego a především tělesné ego"), W. Reicha z roku 1933 (Dokázal, že reakce těla souvisí s potlačenými pocity, pudy a traumaty). Dále pak projevy, kterými tělo uvolňuje šrámy dětských traumat. Avšak do mysli se nedostanou vzpomínky, které jsou uvězněny v nevědomí), A. Lowena, psychoanalytička Judith Kestenberg detailní studii potvrdila Freudovy vývojové stádia na pohybu.[25] Mnoho psychologů může také potvrdit teorii časné interakce mezi matkou a dítětem, jakož to důležitým předpokladem k formování osobnosti. Život je zpočátku zastoupen taktilními, termálními a bolestivými vjemy, na které reagujeme motorickou aktivitou. Pohyb tedy začíná náhodně a nekoordinovaně. Tak, jak dítě zraje, je schopné více ovládat svou hrubou motoriku.[26] Ovšem například novorozenec není schopen řeči a tudíž jeho hlavním prostředkem je preverbální úroveň komunikace. Dítě nonverbálně sděluje své matce neuspokojené potřeby a de facto si vynucuje jejich uspokojení. Tanečně-pohybová terapie vyvinula techniku zrcadlení pohybů klienta, na kterém demonstruje využitelnost nonverbální komunikace. Ve vývojové psychologii se můžeme setkat se stádii „zrcadlení" v dětském věku. Dítě se vyvíjí, učí, na základě reakcí ostatních.[27]

Vztah tanečně-pohybového terapeuta a klienta je jedním z pilířů efektivnosti přístupu. Na základě interakce mezi klientem a terapeutem se formuje vztah. Interakce se oproti klasické verbální psychoterapii liší v tom, že používá (hlavně) neverbálních prostředků komunikace. Není to ovšem pravidlem, terapeut může reflektovat klientovy pohyby i verbálně (za předpokladu, že bude klient s to je pochopit). Navozování vztahu klient – terapeut je nejvíce efektivní ve vztahu s klientem, který se brání verbální terapii nebo nemá předpoklady pro efektivní verbální komunikaci. Tělo nám tímto umožní pracovat s nevědomým obsahem.

Důkazem projevu nevědomí nejsou pouze sny, kresby, přeřeknutí a volné asociace, ale také pohyb. Skrze pohyb se může do vědomí uvolnit i obsah nevědomí

[25] Kestenberg in Stanton-Jones, 1992
[26] Chaiklin, 1975, kap. 37 in Arieti (ed.), 1975
[27] Schmais, Wilson-Hagen, Kornblum, Leventhal in Stanton-Jones, 1992

(např. potlačené vzpomínky, apod.) „Mechanismem terapeutické změny je zde proces, kdy se z pohybu stává symbol, který je dále interpretován."[28]

Vytváření kreativního pohybu v improvizaci má jistý terapeutický účinek. Člověk experimentuje s novými druhy pohybu, které logicky vytvářejí novou zkušenost. Zdrojem tvořivé inspirace jsou podněty z nevědomí.[29] Tento princip je plně funkční i v případě využití konkrétních tanečních forem, avšak mohli bychom předpokládat, že terapeutický účinek bude omezen, poněvadž taneční formou máme stanovenu jistou strukturu, která využívá našeho vědomí.

Trudi Shoop trefně využívá analogie při objasňování předpokladu pro využití tanečně-pohybové terapie: „Jestliže je správný můj předpoklad, že mysl a tělo na sebe vzájemně působí, pak se domnívám, že poruchu lze ovlivňovat z obou stran. Pokud psychoanalýza přivodí změnu psychického postoje, měla by odpovídající změna nastat i na úrovni tělesné. A jestliže taneční terapie přivodí změnu na úrovni tělesné, měla by se změnit i mysl. Při verbální terapii postupujeme od mysli k tělu a při taneční terapii postupujeme od těla k mysli. Obě metody mají za cíl změnu v rámci celé bytosti."[30]

1.5 Cíle tanečně-pohybové terapie

Cíle tanečně- pohybové terapie můžeme vyvodit z obecných cílů psychoterapie (dosažení stavu zdraví). Kratochvíl[31] upozorňuje na dvě odlišné formulace cílů psychoterapie:

- Cílem psychoterapie je odstranění chorobných příznaků. Pacient přichází s jistými obtížemi a terapeutovým úkolem je jejich odstranění buď postupem symptomatickým nebo kauzálním. „Někteří autoři zpřesňují tento cíl jako obnovení pracovní schopnosti, schopnosti požitku, kontaktu, naděje,

[28] Čížková, 2005, s. 35
[29] tamtéž, 2005
[30] 1973 in Payneová, 1999
[31] 2006

schopnosti radovat se ze života. Účelu je dosaženo, když vymizí symptomy, které tomu bránily."[32]

- Cílem psychoterapie je reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturace, rozvoj či integrace osobnosti. Usiluje se o korekci postojů a osobnost se přetváří ve směru správné adaptace, zrání, uskutečňování svého individuálního životního poslání. Odstranění symptomů se považuje za vedlejší produkt psychoterapie. Významnost zlepšení se posuzuje podle osobnostních změn a ne jen na potlačení symptomů. Tento přístup je nepochybně výhodnější ve srovnání s prvním.

Podle Vymětala[33] lze „psychoterapii vymezit jako zvláštní druh pomoci potřebné člověku prostřednictvím psychologických prostředků, tedy prostředků založených na komunikaci, čili sdělování a sdílení. Cílem tohoto snažení je vyvolání změny v duševním životě a chování. Psychoterapeutickou pomocí dosahujeme u člověka pravdivějšího sebepoznání včetně hodnocení vlastních možností a porozumění situaci a postavení, ve kterých se nalézá."

V tanečně-pohybové terapii si klademe obdobné cíle. Umožnit člověku, více se orientovat v sobě samém, přijmout svoji sociální roli, podporovat osobnostní růst, objektivně hodnotit své činy, umožnit lepší orientaci v sociálních vztazích, rozvíjet schopnost empatie. Pokud bychom nahlédli do cílů tanečně-pohybové terapie očima Kratochvíla, tak bychom zjistili, že cílem je jak symptom (tedy projev určité nemoci nebo postižení v pohybu), ale také příčina (skrze symptom). Přístup v tanečně-pohybové terapii nám klade důraz na zjištění příčiny (pokud se jedná o vyléčitelnou nemoc, reverzibilní stav), ale také na odstranění symptomů (u klientů s postižením; příčinu nemůžeme, díky charakteru, zvrátit).

Trudi Schoop[34] vymezila tyto cíle tanečně-pohybové terapie:

1. Rozpoznat u každé osoby části těla, které nepoužívá nebo s nimiž zachází nesprávně, a nasměrovat její jednání k funkčním vzorcům.

[32] Kratochvíl, 2006, s. 17
[33] in Čížková, 2005, s. 35
[34] in tamtéž, 2005

2. Ustanovit sjednocující, interaktivní vztah mezi myšlením a tělem, mezi představivostí a realitou.
3. Dát subjektivnímu emočnímu konfliktu objektivní fyzický tvar, který člověku umožňuje tento konflikt vnímat a konstruktivně se s ním vypořádat.
4. Užívat každou stránku pohybu, která bude zvyšovat schopnost člověka přiměřeně se přizpůsobit svému prostředí, a zakoušet sebe sama jako celistvou, fungující lidskou bytost.

Pokud vycházíme z individuálních potřeb jedince, zjistíme, že je tento výčet cílů nedostatečný, na každou klientelu můžeme aplikovat specifický soubor dílčích cílů, který v sobě odráží skutečné potřeby každého člověka.

Specifické cíle v tanečně-pohybové terapii:

- využití co největšího množství funkčních částí těla,
- rozvoj kvalit pohybu a pohybové koordinace,
- vybudování vztahu tělo – prostor, hranice intimní, osobní a společenské,
- obohacení pohybového repertoáru,
- navázání a rozvoj komunikace, reflexe v pohybu,
- své představy o svém vlastním těle vnímat reálně,
- navození pocitu úspěchu a sounáležitosti,
- podporovat spontánní vyjadřování,
- budování vztahu a důvěry,
- pomoc při kontrole, zvládání nežádoucího chování a jeho transformace.

1.5.1 Možnosti uplatnění tanečně-pohybové terapie

Tanečně-pohybová terapie má své efektivní využití u širokého spektra populace zdravé, nemocné (duševně či somaticky) a postižené (vrozeně, vývojově či po

traumatech). Jak uvádí Čížková[35]: „Jedna z mylných představ o tanečně-pohybové terapii se týká tvrzení, že klienti musí mít přirozené nadání k rytmu nebo tanci. Rámec uplatnění tohoto směru v terapii nelze ostře ohraničovat. Uplatnění lze nalézt v mnoha oblastech."

Aspekty tanečně-pohybové terapie lze uplatnit na klientelu, která má:

- problémy s komunikací verbální rovině, avšak komunikuje v rovině neverbální,
- obtíže s nadměrným svalovým napětím, spasmy, hypertonii,
- obtíže s nízkým svalovým napětím, hypotonii,
- mimovolní nebo nekoordinované pohyby,
- známky často se opakujících, repetitivních pohybů,
- zkreslené vnímání svého těla,
- nedostatky v emočním prožíváním, popřípadě depresivními nebo úzkostnými stavy,
- omezené využití dílčích částí těla, prostoru a kvalit pohybu.

1.6 Analýza pohybů

Pohyb nese jistý význam a je odvozen od našeho historického chápání pohybu a jeho expresivních kvalit. Způsob, jakým interpretujeme pohyb v terapii je často ovlivněn teoriemi o dětském psychickém vývoji a psychoanalytickou teorii, stejně tak jako přístupy k choreografickým záznamům pohybu a výzkumy o nonverbální komunikaci. Kulturní kontext chápání těla a jeho pohybu je dílčí aspekt, který ovlivňuje teorii a praxi tanečně-pohybové terapie.[36] Je třeba na úvod také zdůraznit, že analýza pohybů nezkoumá pohyb funkční, což je pohyb prováděný u specifických

[35] 2005, s. 36
[36] Stanton-Jones, 1992

činností jako například sportu, tisknutí tlačítka, klepání na dveře, nýbrž pohyb v jeho expresivní formě.[37]

Tanečně-pohybová terapie v tomto smyslu využila a dále rozvíjela a rozvíjí systém **Labanovy analýzy pohybů**. Tento systém byl vytvořen Rudolfem Labanem (taneční umělec, choreograf a pedagog, rodák z Bratislavy), který vytvořil systém k notaci pohybů primárně určený pro choreografie. Systém popisu jednotlivých složek pohybu, jako jsou využití kinesfér těla, využití prostoru, tvarování těla, kvalit těla – jak člověk používá sílu, váhu, energii ke vztahu k prostoru a času. Analýza pohybů se dá využít v oblastech dramatické tvorby, hudební tvorby, taneční tvorby i úžeji specifikované odvětví (jako například formy neverbálně orientované psychoterapie). Ač jsou jednotlivé charakteristiky popisovány jednotlivě, je třeba je dávat do „hlubších" celků, poněvadž svoji interakcí nabírají zcela novou dimenzi.[38]

Analýza pohybu se zaměřuje na následující (klade si otázky):[39]

- Které části těla jsou používány často nebo stále, které nejsou používány vůbec?
- Jak je kombinováno využití jednotlivých částí těla?
- Kolik prostoru kolem sebe osoba využívá?
- Můžeme pozorovat, jak daleko od těla vychází osoba se svými pohyby?
- Využívá prostor za svými zády?

Analýza pohybu sleduje tyto cíle:

- slouží k rozvoji jasnosti, určitosti v pohybu,
- umožňuje lepší porozumění prováděného pohybu,
- integruje vědecké a umělecké aspekty tance, neboť interpretace pohybů je systematicky tříděna a zaznamenávána,

[37] Payneová, 1999
[38] Kaylo, 2007
[39] Berger, 1989 in Čížková, 2005

- umožňuje vytvořit vyvážený a široký pohybový repertoár, který může produkovat nové kvality nejen v pohybu, ale také v chování a jednání,
- přináší reálný pohled na pohybovou situaci člověka.

Existují čtyři základní kategorie v analýze pohybů, říká se mu systém **BESS** (podle tělo - Body, kvalita - Effort, tvar - Shape a prostor - Space. Každá tato kategorie se vztahuje. K tělu se vztahuje vnímání; k pojmu kvalita – cítění, exprese; tvar – intuice; prostor – myšlení.[40]

1.6.1 Tělo (Body) – vnímání vlastního těla

Tělo má velký význam pro tanečně-pohybovou terapii vzhledem k diagnostice jeho využívání. Může nám prozradit mnohé a proto je značně důležitým objektem pro terapeutovo pozorování. Svoji úlohu zde hraje zejména:

- využití rozdílných částí těla (centrum/těžiště/torso nebo periferní oblasti);
- dýchání – jakým způsobem dýcháme, je dech rychlý či pomalý, jestli dýcháme do hrudníku nebo do břicha;
- vnímání váhy vlastního těla – je kontakt, přenášení váhy na podlahu je lehké nebo naopak silné, těžké;
- těžiště a s ním související centra podpory – kde máme své těžiště a jeho rozložení, potřeba podpory dalších částí těla;
- tělesná stavba – jaký tělesnou stavbu má naše tělo;
- spojování části těla – jaké složky těla se zapojují při určitém pohybu;
- iniciace pohybu – lokace místa, kde se iniciuje pohyb;
- pořadí pohybu;
- vývojové vzorce základních tělesných akcí[41] - Janet Kaylo uvádí 7 základních vzorců – stádií (úzkou souvislost můžeme najít s vývojovou psychologií):

[40] Kaylo, 2006
[41] Kaylo, 2007

1. dýchání,
2. pohyby z centra do periferií těla (břicho, hlava, sedací část, ruce a nohy),
3. „hovoření“ (orientace hlavou v prostoru),
4. spinální (obrácení vpřed a vzad),
5. souhlasný (horní a dolní polovina těla),
6. stejnostranné (vlevo a vpravo),
7. kontralaterální (protipohybové, diagonální; všechny části těla jsou v jistém vztahu k prostoru).

Pro každého individuálního jedince má každý z těchto sledovaných faktorů jistou hodnotu nebo můžeme říct důležitost. Práce tanečního terapeuta spočívá v analýze pohybů klienta a následné intervenci do nejpotřebnějších oblastí těla. Pro někoho je nejdůležitější práce s těžištěm a s tím související rovnováhou, pro jiného třeba práce na dýchání a uvolnění tenze z těla.

Tělo má hlavní smysl při sledování následujících aspektů a my si můžeme klást tyto otázky:[42] Je váha rozložena do všech částí těla? Jak ovlivňuje dýchání naše tělo? Jak funguje uzavírání a otevírání kloubů? Jaké máme tělesné postoje a gestikulaci? Kde jsou naše tělesné hranice a jak je vnímáme? Jaký je sklon našeho těla? Jak přenášíme váhu a měníme úrovně našeho těla? Jaké je stabilní postavení těla vzhledem k mobilizaci jiných částí? Jak se ovlivňují části našeho těla? Jak vnímáme proces zapojování různých částí těla? Jaké základní pohybové vzorce používáme? Takto bychom mohli pokračovat dále, různých otázek týkajících se těla je nespočet, avšak znovu připomínáme, že se u klientů snažíme klást důraz na ty nejdůležitější, aby případný zásah terapeuta nesměřoval na všechny složky těla u klientů, což by bylo kontraproduktivní. Lépe je se zaměřit na specifický okruh složek.

[42] Kaylo, 2007

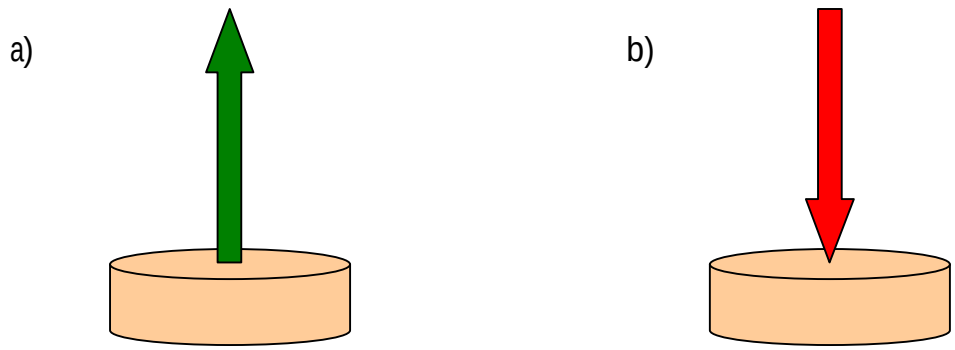
1.6.2 Kvalita (Effort) – emoční exprese a dynamické kvality pohybu

Kvalita pohybu souvisí se sebevyjádřením člověka ve vztahu s použitím váhy, prostoru, času a plynutí pohybu. Pomocí těchto kvalit má člověk možnost prezentace svých emocí, nálad. V pohybu se promítají jednotlivé aspekty jeho osobnosti, vyvolávají představy a obrazy. Kvality pohybu rovněž úzce souvisí se schopnostmi a dovednostmi komunikace nebo diagnostiky schopnosti plánovat v čase jednotlivé aktivity.[43]

Váha

Kvalita pohybu, která souvisí s váhou může být pozorována dvěma způsoby:

1. **lehkost** – můžeme ji označit jako jemnost se kterou překonáváme gravitaci těla, váhy vlastního těla, lehkost nám umožňuje eliminaci tenze v těle, souvisí s pocitem lehkosti, relaxace, uvolnění a harmonie.
2. **síla** – využívání váhy nejen ve vztahu k podlaze, ale i k okolí. Toto úsilí k využití váhy musí mít svoji aktivní podstatu, například se rozlišuje využití váhy, potažmo síly od prostého lehu na podložce. (které spadá pod využití těla a opěrných bodů)



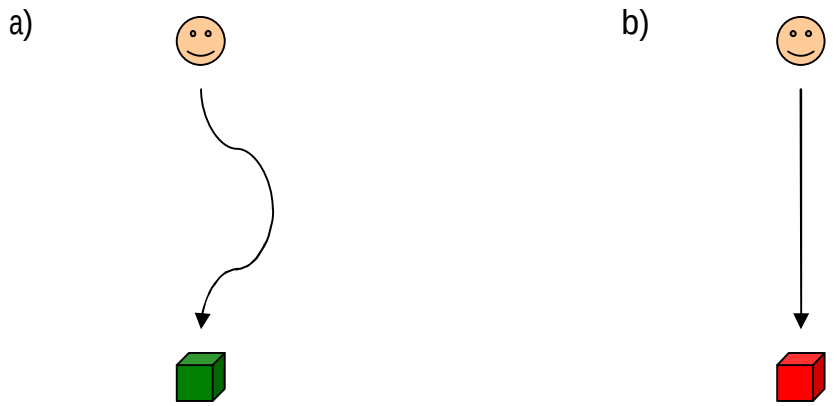
Obrázek 1. Zjednodušeně nám ukazuje za a) překonávání gravitace, váhy směrem od podložky; b) využití váhy směrem k podlaze nebo okolí (obrázek by mohl být překlopen například o devadesát stupňů a stále by znázorňoval stejný princip).

[43] Čížková, 2005

Prostor

Kvalita pohybu z hlediska prostoru se rozlišuje na přímý a nepřímý pohyb, tedy pohyb, které tělo koná v rámci jednotlivých částí nebo těla jako celku.

1. **nepřímý** – tělo nebo jeho části se pohybují buď bez zřejmého cíle nebo k cíli za předpokladu nezáměrné pozornosti. Tělo se pohybuje nezáměrně, nejasně ve vztahu k cíli. Podle Čížkové má takový pohyb často expanzivní charakter.[44]
2. **přímý** – pohyb je vedený záměrně, přesně vedený přímo k cíli, může mít různé druhy charakteru, v našem sociokulturním kontextu je často brán jako útočný.



Obrázek 2. Část a) nám ukazuje pohyb nepřímý, kdy se člověk může pohybovat směrem k určitému cíli, avšak děje se tak nepřímo a nezáměrně; b) pohyb přímý k objektu.

Čas

Ve vztahu k prostoru můžeme pozorovat následující pohyby:

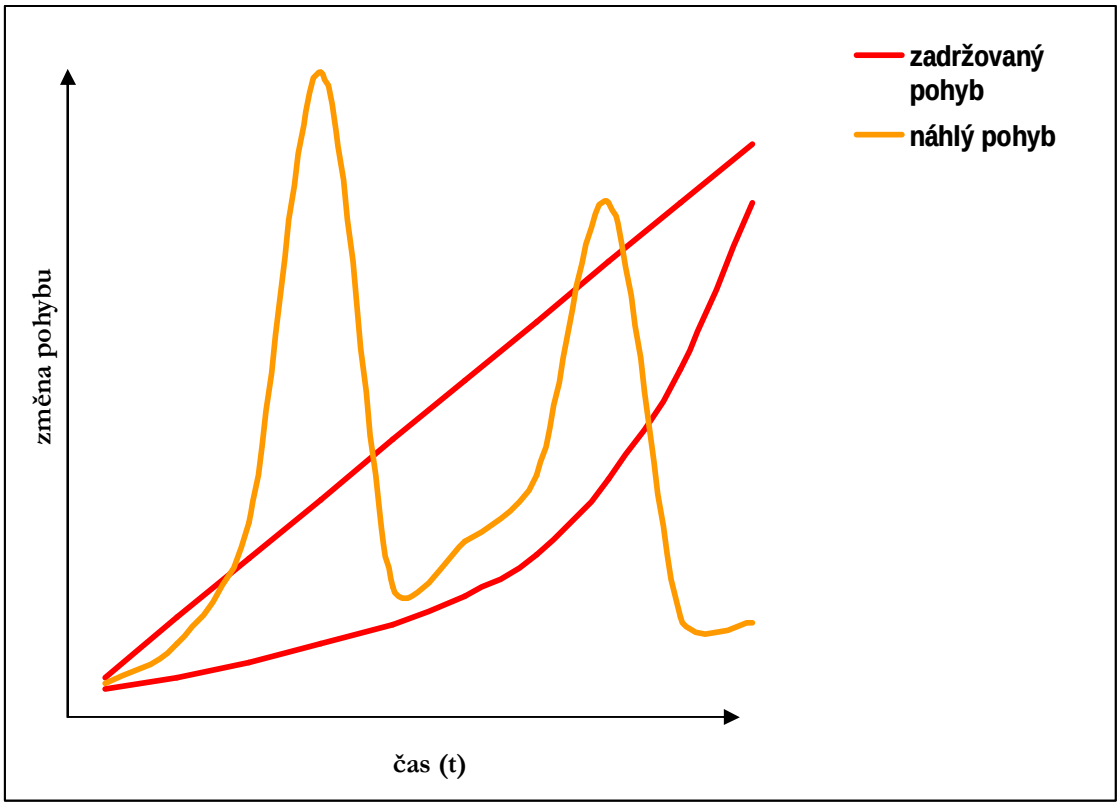
1. **zadržovaný, držený** – aktivní vyplnění času pohybem. Má konstantní charakter, který ale neznamená, že musí pohyb být využíván také stejnou rychlostí.
2. **náhlý** – okamžité vytvoření akce v těle, často je spjato s útočnými nebo obrannými reflexy, mají překvapující charakter (malá možnost předvídání).

[44] 2005

Různé pohybové akce mohou nést určitý rytmus (jehož rychlost můžeme označit jako tempo). Každý člověk má rozdílné osobní tempo, které závisí například na temperamentu, konstitučním typu a měnícím se podle věku, zdravotního stavu. Souvisí se stavem reaktivity. Osobní tempo a svalový tonus ovlivňují osobní temporytmus jednání. Rychlost jednání je determinována jak osobním temporytmem, podmínkami okamžité situace a vztahem k ní.[45]

J. Kestenberg, dětská analytická psycholožka se zabývala dětským vývojem a analýzou pohybu. V tanečně-pohybové terapii vidí pomocnou metodu. Vytvářela studie, kde pomocí analýzy pohybů hodnotila novorozence a děti. Její závěry odpovídají diagnostickým kritériím klasifikace, kterou vytvořila Anna Freud. Došla k závěrům, že rytmus a vlastnosti průběhu napětí jsou rozpoznatelné a korelují s psychosexuálním vývojem dítěte. Rytmické vzorce napětí a uvolnění odrážejí orální, anální, uretrální, vnitřní genitální a falické stádium. Rytmy novorozenců jsou kongenitálně dané a může docházet ke změnám v komplexnosti pohybů zráním a interakcí s okolím, ale preference pro určité rytmy mají vliv na formaci charakteru a motivace.[46]

[45] Kröschlová, 1998 in Čížková, 2005
[46] Chaiklin, 1975, kap. 37 in Arieti(ed.), 1975



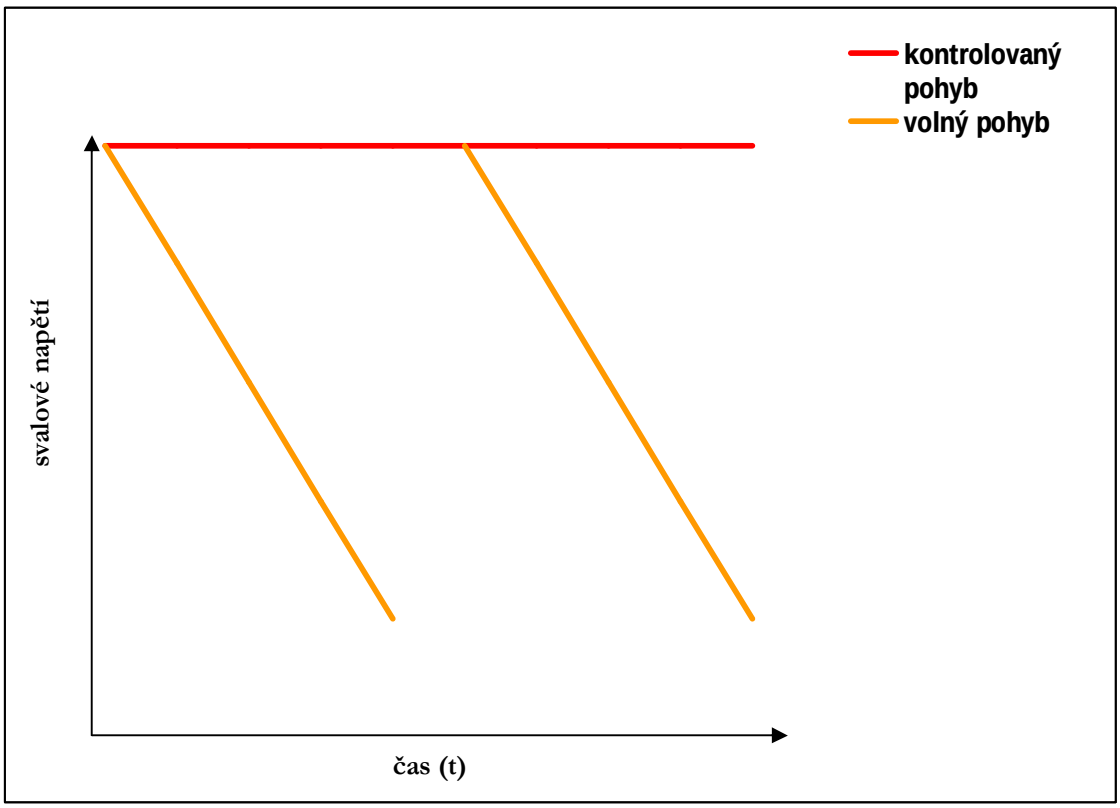
Graf 1. Demonstrační graf nám poukazuje na změnu pohybu v čase, je patrný rozdíl mezi zadržovaným pohybem (který má v našem případě hodnotu konstantní - lineární nebo kvadratickou) a pohyb náhlý, který zaznamenává veliké výkyvy mezi změnou pohybu v závislosti na čase.

Plynutí

V projevech každého jedince je patrná kvalita pohybu – plynutí pohybu. Souvisí s dýcháním, uvolněním těla. Může poukazovat na vyváženost či naopak disproporci ve využívání napětí a uvolnění v těle. Plynutí může být:

1. **volné** – plynulý pohyb, který je většinou orientován směrem od těla, souvisí s otevřeností, vnímáním okolí. Je úzce spojen s pojmy jako jsou harmonie, uvolnění, relaxace, slast. Má expanzivní charakter vzhledem k prostoru.
2. **kontrolované** – pohyb je vymezován kontrolou, neustálým vymezováním hranic pohybu. Umožňuje rozvažování o dalším

nasměrování akce. Využití síly souvisí s dechem, který je klíčem k plynulosti pohybů.[47]



Graf 2. Demonstrační graf nám znázorňuje kontrolovaný a volný pohyb vzhledem ke svalovému napětí v čase. Kontrolovaný pohyb se vykazuje konstantním průběhem (může kolísat, ale napětí je vždy přítomno) v čase a u volného pohybu je patrné uvolnění svalového napětí, které ale vždy musí vycházet z jistého svalového napětí.

I. Bartenieff a D. Lewith se zabývali Labanovým systémem analýzy pohybů a vytvořili psychologické koreláty (pro kvality a tvar). Našli paralelu mezi váhou a záměrem, prostorem a pozorností, časem a rozhodováním, plynutím a emocemi.

Element váhy odpovídá na otázku: „Jaký má účinek, nebo záměr?“ Váha souvisí s uplatněním, sebeprosazením, využitím síly a jemnosti, vnímání váhy a vlastního těla. Pohyby silové kvality se projevují v dupání, opírání se o jiné objekty, svírání nebo bušení do podlahy. Naproti tomu vnímání lehkosti naopak v plutí,

[47] Čížková, 2005

plížení se potichu po místnosti u osoby, která nechce vzbudit v místnosti spící dítě. U psychiatrických pacientů je tato schopnost vnímání váhy narušena. Člověk bez pocitu vlastního já nemůže využít citlivého a asertivního přístupu k ostatním. Takové pacienty je třeba „uzemnit", aby znovuzískali pocit vlastního já.[48]

Otázka spojená s **kvalitou prostoru** je: „Jakým způsobem přistupuji k prostoru? Prostor je spojen s myšlením, orientací specifickou (přímý pohyb) nebo obecně (nepřímý pohyb). Například někdo, kdo ztratil kontaktní čočky a má omezené vnímání prostoru - prohledává oblast přímo, kdežto ten, který prohledává přelidněnou místnost má k prostoru nepřímý vztah. Je důležité si pamatovat, že „prostor" poukazuje na kvalitu pohybu těla v prostoru a ne pohyb končetin nebo pozicí těla v místnosti.

Na **kvalitu času** se vztahuje otázka: „Co potřebuji k dokončení akce?" Je spojen s kvalitou rozhodování – urgentní (rychlost/náhlost) nebo neurgentní (zadržovanost pohybu), spěchání a zdržování. Jak můžou lidé vynaložit úsilí v čase? Každý člověk je touto kvalitou ovlivněn, například když někam spěchají (třeba na autobus) nebo se někam „vlečou", obdivují krásy pobřeží, hor, památek. Myšlení, potažmo kvalita času je vyžadována například u rychlých, rozhodujících akcí – nastupování, při řízení, na druhou stranu myšlení vyžaduje také pomalé hloubání, uvažování o problémech, například při výběru budoucí školy, povolání, atp.[49]

Kvalita plynutí souvisí s otázkou: „Jak se mám? Jak se mi vede?" Plynutí je spojeno s emocí a jejím vývojem, nebo začátkem a průběhem nějaké akce. Volné plynutí je charakterizováno bezstarostností, prouděním ven a přichystání do další akce. Naopak kontrolované plynutí pohybu proudí dovnitř, je zdrženlivé a opatrné. Volné proudění je dominantním jevem u dětského dovádění a her. Také si dovedeme volné plynutí představit u trošku opilých lidí, kteří se pohupují v rytmu hudby. Kontrolované plynutí se projevuje u třesu během strachu, očekávání něčeho, co má přijít nebo vyhýbání se silným emocím.[50]

[48] Stanton-Jones, 1992
[49] tamtéž, 1992
[50] tamtéž, 1992

Je důležité si pamatovat, že každá kvalita pohybu je vždy přítomna v nějaké kombinaci a posloupnosti (sekvenci). V tanečně-pohybové terapii se podrobuje analýze zejména složka kvalit, potažmo emocí. Každé přídavné jméno, jehož pomocí analyzujeme pohyb může být popsáno do kombinace jednoduchých termínů. Například „chvějivý pohyb" může být kombinací rychlosti, lehkosti a nepřímosti. Tlak lze popsat jako pohyb zadržovaný, silný, přímý, atd.[51]

1.6.3 Tvar pohybu (Shape) – vztah mezi tělem a objekty v prostoru

Když mluvíme o tvaru pohybu, máme namysli vztah mezi tělem a okolím, tělo nám vyjadřuje vztah k okolnímu světu. Tělo se skládá z částí, ale jako komplex/celek, který vyjadřuje určitý postoj. Měli bychom znát základní tři druhy vytváření vztahu tělem:[52]

1. Vztah k sobě samému a vytváření spojení u vlastního těla (tzv. tělesný modus). V této kategorii má naše tělo pro nás větší důležitost než ostatní lidé nebo objekty v okolí.
    - Narůstání a zmenšování (natahování a zkracování, vystupující pohyby a zplošťující, rozšiřování a zužování),
    - změny založené na dýchání (otevírání a zavírání, zvětšování a zmenšování),
    - dotýkání sebe sama (taktilní vjemy – např. cucání palce),
    - vztahy formující se mezi různými částmi těla.
2. Vztah mezi vlastním já ke vnějšímu prostředí (přímý pohyb) – vytváření funkčních spojení mezi vlastním tělem a jiných objektů v prostoru. Jedinec zaměřuje svůj pohyb k určitému objektu či bod, jde přes prostor, přímo nebo nepřímo. Má vztah k vymezení hranic sebe sama.

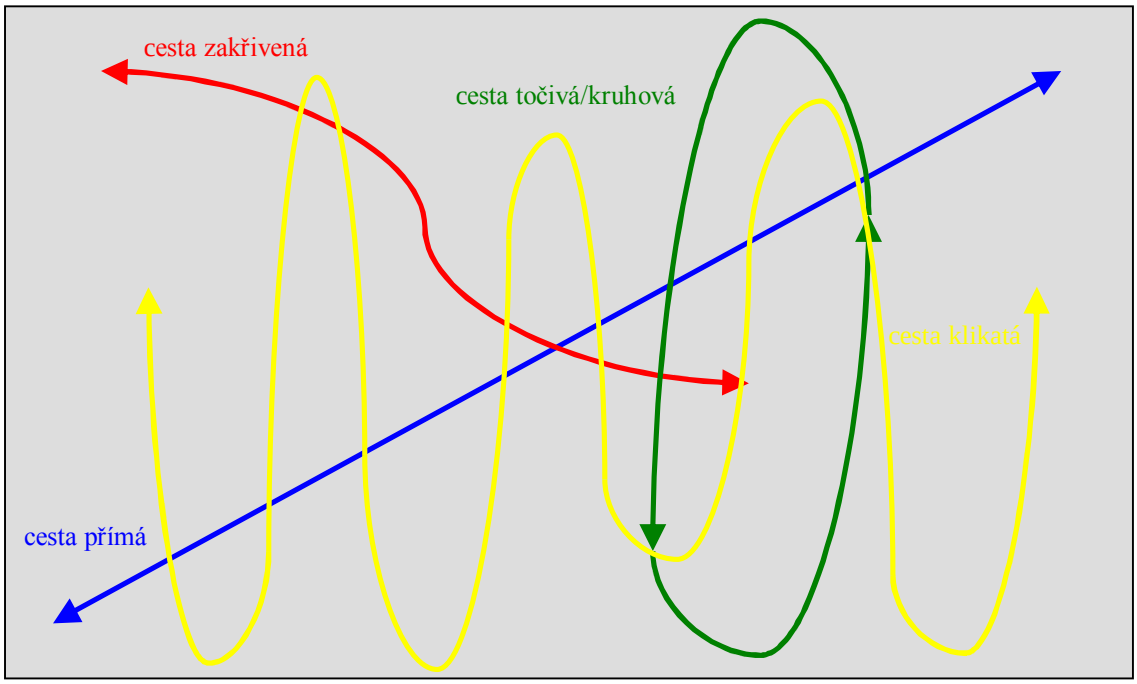
[51] Stanton-Jones in Čížková, 2005
[52] Kaylo, 2007

3. Vztah mezi vlastním já a vnějšími objekty a lidmi (tvarování) – jsou jasně zaměřeny na okolí. Pohyb se tvaruje během procesu a přizpůsobuje se aktuálnímu stavu okolí (lidí a prostoru, potažmo prostředí). Projevuje se ve stoupání/klesání, rozšiřování/zmenšování, postupu/ústupu.

1.6.4 Prostor pohybu (Space) - roztřídění, organizace

Prostor pohybu můžeme vyjádřit jako prostor „vnitřní“ – v bezprostřední blízkosti těla, osobní prostor (též označovaný jako kinesféra těla) a obecný prostor. Oblast zahrnuje specifické cesty nebo prostorové vzory pohybu ve vztahu k prostoru nebo v těle:

- přímé,
- zakřivené,
- klikaté,
- točivé/kruhové.



Obrázek 3. Ukazuje jednotlivé možnosti pohybu v prostoru, pro přehled uvádíme pouze základní možnosti. Existuje nespočetné množství různých modifikací či kombinací pohybu v prostoru.

V analýze pohybů mají svůj důležitý význam také roviny těla, v rámci kterých se pohyb odehrává. Každá rovina má svůj význam a stejně jako kvality pohybu, i pro ně můžeme vytvořit psychologické koreláty. **Vertikální rovina** souvisí se sebeprezentací a egem jedince (např. kdo stojí nad kým, postavení u tanečníků baletu). **Horizontální rovina** je tzv. rovina komunikační, terapeut si musí všímat zaměřenosti či nezaměřenosti pohybů (zdravení, dotyk, uvedení). **Sagitální rovina** souvisí s rozhodováním, akcí, útokem, ústupem a manipulací (výpad, úskok – je brán jako nejrychlejší a nejpohotovější pohyb člověka, který reaguje na možné nebezpečí). Každá rovina má nejen svoji primární dimenzi, ale také sekundární dimenzi, tedy rozměr do kterého rovina zasahuje.[53]

ROVINA	PRIMÁRNÍ DIMENZE	SEKUNDÁRNÍ DIMENZE
vertikální	nahoru – dolů	ze strany na stranu
horizontální	ze strany na stranu	dopředu - dozadu
sagitální	dopředu – dozadu	nahoru - dolů

Tabulka 1. Roviny těla a jejich primární a sekundární dimenze.

1.6.5 Fráze pohybu

V Labanově analýze pohybu jsou fráze „vnímatelné jednotky pohybu, které nesou určitý význam“.[54] Jednotky se vyznačují vysokou specifičností – pohybová fráze je dílčí pohyb například v tanci, při vytvoření gesta, poklepání si na čelo, podání ruky a pozdravení. Fráze jsou jasně odděleny pauzami, to znamená před i za. Každý člověk klade důraz na určitou část fráze, která se může nacházet na začátku, uprostřed nebo na konci. Každá fráze se skládá z těchto částí:

[53] Čížková, 2005
[54] Hackney, 1998 in Čížková, 2005

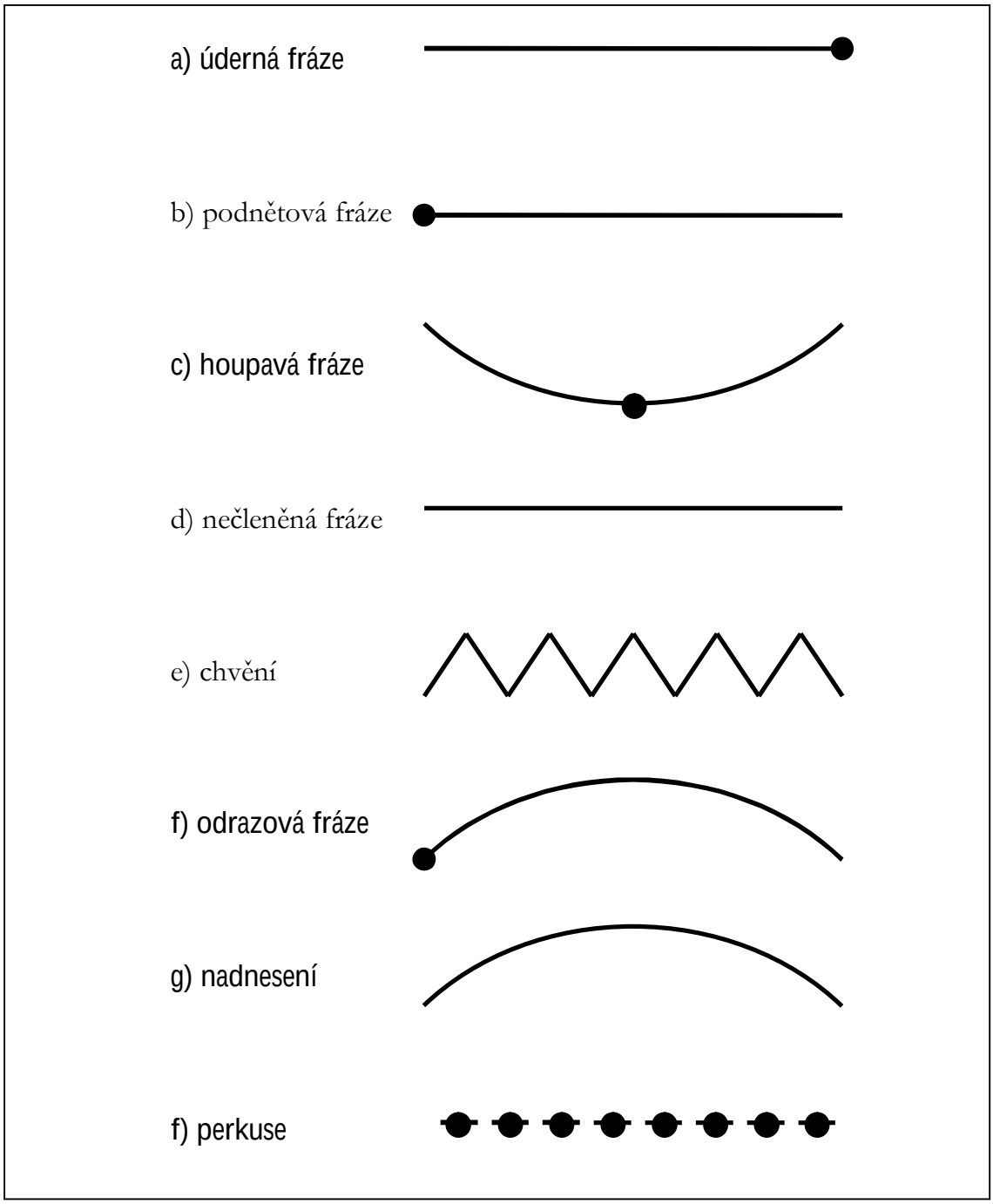
1. přípravná fáze,
2. iniciace,
3. akce,
4. rekuperace – zotavení, obnovení sil.

Je důležitá rovnováha mezi úsilím při vytváření jednotlivých frází a délkou jejich rekuperační – zotavovací fáze. Pokud je rekuperace nedostatečná, pak nemůžeme očekávat stejnou kvalitu pohybu v další a další frázi. (Pro názornost nedostatečné rekuperace můžeme uvést například částečně vyčerpané boxery, kteří vytvářejí sekvence úderů, ovšem s odlišnou – nižší kvalitou.) Existuje domněnka, že způsob, jakým jedinec obecně frázuje jednotlivé pohybové sekvence úzce souvisí se způsobem frázování akce v určitém časovém úseku.[55] Rozlišujeme následující typy frází:

- úderná fráze (impaktová) - potvrzující, akcent se nachází na konci fráze;
- podnětová fráze (impulsová) – akcent je na počátku, důraz je patrný na počátku akce, ale konec je nejasný (má charakter doznění);
- houpavá fráze (swingová, švihová) – patrný je houpavý pohyb s největším důrazem uprostřed. Příkladem mohou být švihové společenské tance;
- nečleněná fráze (konstantní, stejnoměrná) – bez akcentu, neumožňuje větší možnost interakce, má velký potenciál rekuperace;
- chvění (vibrace) – projevuje se nejčastěji ve stresu nebo při strachu z něčeho očekávaného či neznámého. Souvisí s emocemi strachu, zmatenosti, vzteku;
- odrazová fráze – akcent na počátku o velké intenzitě, vyžaduje velké soustředění a má doznívající, neznámý konec;
- nadnesení – bez akcentu, není nutné velké „uzemnění" na počátku akce, má větší potenciál než nečleněná fráze;
- perkuse (bubnování) – je přítomno velké napětí v každé fázi fráze a jistá rytmičnost, má souvislost s útokem a často se její pomocí můžeme dostat do

[55] Čížková, 2005

stavu transu, tedy změněného vnímání. Tato fráze se nedá udržet po dlouhou dobu, neboť je fyzicky velmi náročná a poté přechází do jiných modifikací (frází).



Obrázek 4. Grafické znázornění jednotlivých frází pohybu, kdy je čarou znázorňován průběh pohybu a puntíky důraz (akcent).

1.7 Terapeutický proces

Popis terapeutického procesu v tanečně-pohybové terapii je velmi přínosný, podává nám informace o metodách, postupech a struktuře setkání.

1.7.1 Metodika léčebného procesu tanečně-pohybové terapie

Tanečně-pohybová terapie vychází z principu propojenosti pohybů a emocí. Tělo je využíváno jako expresivní prostředek, který reflektuje naše pocity. Je také důležitým prostředkem komunikace, pokud má někdo problémy vyjadřovat se na verbální úrovni ať už z důvodu psychické blokace, vývojové poruchy nebo ustrnutí na preverbální úrovni. Úkolem terapeuta je sledovat a podporovat pohybový proces mezi ním a klientem.

Jak uvádí Vymětal,[56] tvořivá činnost má sama autosanační potenciál a činnostní efekt působí proti paralyzujícímu účinku strachu a úzkosti. Tyto techniky tímto mohou podporovat rozvoj složek osobnosti člověka. Během léčebného procesu samozřejmě může dojít a dochází k abreakci, k odreagování na emoční úrovní, avšak abreakce jako taková není hlavním a jediným účelem tanečně-pohybové terapie. Ústřední témata léčebného procesu tanečně-pohybové terapie jsou:

1. práce s pohybovým vzorcem a zaměření na pohybovou změnu,
2. využití tance jako prostředku komunikace,
3. případné verbální zpracování a reflektování prožitků.[57]

Práce s pohybovým vzorcem a zaměření na pohybovou změnu – základem pro práci je taneční improvizace a nevědomé volné asociace v pohybu. Tuto metodu rozvinula Francizka Boas v konceptu „psychomotorické volné asociace během tance".[58] Podporovala při práci dospělé tanečníky se zavřenýma očima, to kvůli tomu, aby nic nepředváděli, ale pouze cítili pohyb. Žádala po nich, aby se řídili

[56] 2000 in Čížková, 2005
[57] Čížková, 2005, s.58
[58] Levy, 1988 in Stanton-Jones, 2005

pouze svými vnitřními podněty nebo myšlenkami. Improvizace někdy činí skupině nebo individuálnímu jedinci značné potíže, je proto třeba přistupovat opatrně a s citem, nabízet takové aktivity, které klient ocení a získá odvahu k improvizaci (i podpora slovní – „žádný pohyb není špatný"). Můžeme proto nabídnout pohyby, kde mohou mít klienti zavřené oči a jejich pohyb se bude vztahovat k vnitřnímu prožitku – doprovázen představami a obrazy.

Pokud se objeví pohybový vzorec (určitý způsob pohybu), objevují se kromě představ i konkrétní vzpomínky nebo emoce. V tomto případě je úkolem terapeuta pomoci klientovi tyto pocity, vzpomínky či představy vztáhnout k realitě a ke každodennímu životu, nalézt mezi nimi paralelu. Mnoho tanečních terapeutů uvádí, že vzpomínky, které se objevily během tance byly pro klienty většinou velmi užitečné a důležité.[59]

Pohybovou změnou nazýváme takovou změnu v terapeutickém procesu, která znamená pro člověka obohacení jeho pohybového repertoáru a tím jeho možnost vyjádření sebe sama pohybem. Pokud je jedinec schopen rozšířit svůj pohybový repertoár, je pravděpodobné, že si rozšíří i výběr svých behaviorálních odpovědí, reakcí na situace v běžném životě.[60]

Tanec a pohyb jako způsob komunikace – důležitým aspektem je pohled na tanec a pohyb jako způsob komunikace. Děje se tak díky symbolické povaze expresivního pohybu. Tak lze navázat komunikaci i s jedinci, kteří mají problémy s navázáním komunikace na verbální úrovni. Velké nároky jsou kladeny na osobnost terapeuta, který musí mít schopnost naladit se na klienta skrze pohybovou úroveň. Když se klient pohybuje, terapeut se snaží o naladění k jeho aspektům pohybu. Takové „naladění" je možné díky schopnosti, která se nazývá kinestetická empatie (pohybové vcítění). Termín „empatie" definován jako „schopnost vcítit se do pocitů a jednání druhé osoby, která je součástí emoční inteligence", a dále „souvisí se schopností naslouchat a vnímat neverbální komunikaci".[61]

[59] Čížková, 2005
[60] Chaiklin, 1975 in Čížková, 2005
[61] Hartl, Hartlová, 2000, s. 138

Velmi často se užívá technika **„zrcadlení“**, kterou vyvinula Marian Chace. Byla ovlivněna Sullivanovými myšlenkami v psychiatrii, které zdůrazňovaly, že je osobnost formována skrze vztah a proto využila interaktivní dimenzi tance v terapii.[62]

Zrcadlení není pouze „bezhlavým“ opakováním klientova pohybu, ale jeho reflexí a interakcí s ním. Pohybový potenciál u klientů je třeba dále rozvíjet skrze interakci, která má potenciál pohyb měnit. Fakt, že terapeut interpretuje pohyb způsobuje i zpětné ovlivnění klientova pohybu (terapeut vytváří svoji interpretaci pohybu). Ale aby mohlo dojít k pohybovému dialogu, musí terapeut nabízet stimulující reakci. Pohyby jsou dále zvětšovány a pokud se objeví určité téma, může být terapeutem dále rozvíjeno a transformováno. Jedná se o klíčový moment.[63]

Verbalizace a reflektování prožitků je důležitou součástí terapeutického procesu. Tělesné prožitky jsou převáděny do slov a to napomáhá jedinci si uvědomit jejich obsah, nachází se význam pohybu a pohyb je identifikován jako část většího vzorce chování. Komunikace je v různých pojetích tanečně-pohybové terapie rozdílná, znovu závisí na osobnosti terapeuta. Někteří z nich nevyužívají verbalizaci vůbec, jiní využívají verbální komunikaci na konci setkání a část využívá verbalizování ihned po provedení pohybu. Každý přístup má svá pozitiva i negativa ve vztahu k určité klientele.

Pro některé klienty je úspěchem, že se vůbec začnou pohybovat a vzhledem k jejich pohybové úrovni je velmi obtížné přeměnit pohyb na tanec. Je třeba pracovat vývojově, přecházet od pohybové hry a jednoduchých vývojových procesů k pohybu symbolickému a ke komunikativnímu tanci. Pokud si klient takovou dovednost osvojí, bude moci ve skupině reagovat a komunikovat, bude se moci podělit o svůj tanec.[64] U některých přístupů v tanečně-pohybové terapii je slovní vyjádření přetvářeno zpět na pohyb nebo tanec a s vědomím nových skutečností je pohyb opakován (např. přístup autentického pohybu – Authentic movement)[65].

[62] Stanton-Jones, 1992
[63] Čížková, 2005
[64] Payneová, 1999
[65] Chodorow, 2006

1.7.2 Setkání v rámci tanečně-pohybové terapie

Setkání v tanečně-pohybové terapii můžeme provádět buď skupinově nebo individuálně. Volba druhu závisí na osobnosti a zaměření terapeuta, prostoru a skladbě klientů (druh postižení, věková struktura). Setkání je primárně neverbální, pracuje s pohybem a volnou improvizací, sekundárně se může verbalizovat, ale to jen za předpokladu, že jsou toho klienti schopni a taková komunikace jim nečiní obtíže. Často se v rámci setkání v tanečně-pohybové terapii užívají i přístupy arteterapie (v širším slova smyslu) jako doplňku, který má mít podpůrný charakter. Terapeutický proces se v podání různých terapeutů může značně lišit, podle toho jaké využívají prostředky své práce, zda-li upřednostňují pohyb před tancem, používají-li hudbu či hudební nástroje, zda má průběh setkání přesně stanovenou strukturu, atp.

1.7.2.1 Skupinová a individuální tanečně-pohybová terapie

Při skupinové tanečně-pohybové terapii začíná každá hodina v kruhu. Hlavní výhodou je vnuknutí pocitu bezpečí klientům v chráněném prostoru, tento tvar vymezuje hranice skupiny. Každý člen skupiny by měl vidět na všechny ostatní, tím se jasně „říká“, že jsou všichni na stejné úrovni a nikdo není brán jako méněcenný. I. Serlin[66] uvádí, že skupiny, které jsou soudržné spontánně produkují tvar kruhu, naopak rozdělené (fragmentované) skupiny se tak nechovají. Setkání v tanečně-pohybové terapii má 5 základních fází (části):

1. rozehřívací fáze (warm-up),
2. uvolňující fáze (release),
3. hlavní téma (theme),
4. centrování (centering),
5. ukončení (ending, closing).

[66] 1993 in Čížková, 2005

Začátek setkání obvykle vypadá jako hodina rozcvičky v rámci tělesné výchovy nebo taneční skupiny. Vyznačuje se protahováním, vytřepáváním, hnětením a masírováním končetin. Postupuje se od rozehřívání periferií k centru těla, od menších (rytmických pohybů) k větším pohybům, které mají větší expresivní charakter. Terapeut neustále iniciuje kontakt s klienty, reaguje na podněty, které vysílají a přizpůsobuje svůj pohybový styl skupině. Pohyby nejsou tvořeny terapeutem náhodně, zaměřuje svou pozornost na klienty a vybírá jednotlivé pohyby a drobné impulsy, které jsou v kruhu patrné. Postupně mohou být klienti vyzváni, aby iniciovali svůj vlastní pohyb, který bude skupina následovat. Tato „výsada" má jakýsi charakter „ocenění" pohybu a jeho potvrzení.[67] Payneová přímo popisuje dva možné způsoby vedení terapie. Oba jsou spontánní , vycházejí z jednotlivce a směřují k němu. První způsob směřuje „zvenku dovnitř" a druhý způsob „zevnitř ven". V prvním způsobu má vedoucí úlohu terapeut a druhém způsobu si pohyby vytvářejí přímo klienti vzájemnou interakcí.[68] V dynamice skupiny dochází naprosto spontánně ke změnám pohybu a rytmu (zvětšováním a zmenšováním, resp. zpomalením a zrychlením). Někdy se v rámci skupiny objeví také zvukový doprovod (důsledek hry na tělo – například tleskání) nebo hlasový doprovod (rytmické zvuky, zpěv). Dynamika skupiny obvykle graduje až se přenese do stádia uvolnění, které se vyznačuje změnou kvality pohybu a zpomalením rytmu. Fáze uvolnění má funkci přechodu mezi zahřátím a hlavním tématem skupiny. Během této fáze by měla být skupina dostatečně rozehřátá (všechny části těla) a následně uvolněná. Terapeut by si měl být vědom psychického a fyzického stavu jednotlivých klientů v procesu a měl by již mít připraveno hlavní téma, které by mohlo být dále rozpracováno.

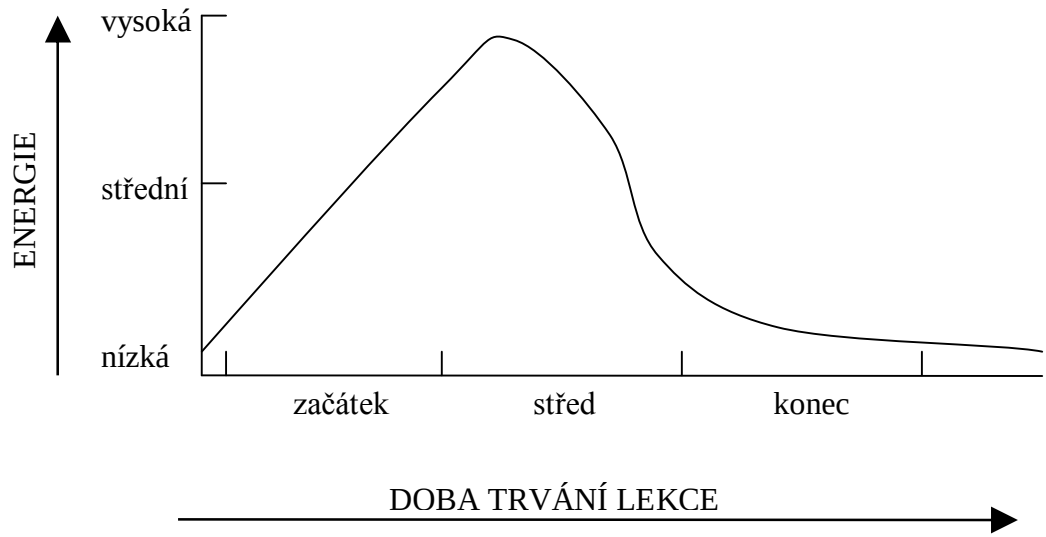
Během **hlavního tématu** se rozpracovává zásadní nebo nejvíce četné téma jednotlivých členů skupiny, které vzešlo z předchozích fází. Témata mohou být

[67] Čížková, 2005
[68] 1999

různého rozsahu a zaměření a korespondují s metodikou léčebného procesu v tanečně-pohybové terapii.[69]

Mezi poslední dvě fáze terapeutického setkání patří **„centrování" a ukončení**, kdy se pozornost každého jedince ubírá od skupiny zpět k sobě. Probíhá zejména za pomoci zaměření se na svůj dech, tedy na svoje vlastní tělo. Mohou se vytvářet pohyby, které jsou však svým rozsahem velmi malé. Ve fázi ukončení se může skupinou vytvořit nějaký skupinový obraz, propojení a tím pádem i vytvoření či posílení pocitu sounáležitosti ve skupině. Její součástí může být také verbalizace zážitků a zkušenosti jednotlivých členů skupiny a evaluace .

Podle Payneové[70] lze na průběh lekce nazírat jako na „cyklus kreativní energie", ve které přecházíme od získání energie ve fázi rozehřívací, do tématu (vyvrcholení energie), až k závěru, kdy je lekce ukončena aktivitou na zklidnění. Jednotlivá stádia energie dobře ilustruje následující obrázek:[71]



Obrázek 5. Cyklus kreativní energie, která popisuje stav energie v závislosti na začátek, střed a konec setkání v tanečně-pohybové terapii.

[69] viz. kapitola 1.7.1
[70] Payneová, 1999
[71] převzato z Payneová, 1999, s. 42

1.7.3 Osobnost a vzdělání terapeuta

Jedním z hlavních předpokladů dobře vykonávané terapie je osobnost terapeuta. Jak uvádí Yalom[72], je to terapeutovo vlastní já, které má během terapeutického působení na klienta největší vliv. Podle Vymětala[73] tvoří psychoterapeutický vztah „základní rámec, v němž lze užívat psychoterapeutické metody a techniky bez obav, že bychom mohli klienta poškodit."

Vzdělání tanečně-pohybového terapeuta profesionála zahrnuje řadu tanečních a pohybových dovedností, základní terapeutické dovednosti, znalosti z medicíny, anatomie, antropologie a vývoje člověka. Měl by umět pozorovat pohyb, vést výzkum, určovat schopnosti a potřeby klientů a hodnotit je. Obvykle pracuje pod odborným dohledem a sám terapií prošel.[74]

Mezi důležité požadavky patří například schopnost empatie celkově (schopnost kinestetické empatie – specificky se může zdát jako nedostatečná), schopnost autentického vyjadřování a projevy osobnosti, tvořivosti, rozhodnosti, flexibility. Terapeut by měl mít úctu ke klientovi, se kterým tvoří jistý vztah, a plně akceptovat jeho rozdílnost a individualitu se všemi aspekty. Samozřejmě platí zde důležitá etická zásada – zachování mlčenlivosti.

Terapeutova role v procesu nespočívá ve vedení klienta, ale v poskytování podpory v různých rovinách. Měl by si být vědom náročnosti terapie i vzhledem ke své osobě a proto by měl dodržovat důsledně svoji zásady psychické hygienu a prevenci burnout syndromu. Důležité je také terapeutovo zázemí, například sociální nebo specifičtěji rodinné.

[72] 2003 in Habartová, 2007, s. 18
[73] 1987 in Čížková, 2005, s. 65
[74] Payneová, 1999

2 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Autismus je „vývojová porucha projevující se neschopností komunikovat a navazovat kontakty s okolím. Postižený obtížně vyjadřuje svá přání a potřeby, nechápe, proč mu ostatní nerozumějí. Uzavírá se do svého vlastního světa a projevuje se jako extrémně osamělá bytost. Dvě třetiny lidí trpících autismem zůstávají postižení po celý život.“[75] Tato definice popisuje pedagogický pohled na autismus, dozvídáme se v ní hlavně o lidech, kteří jsou uzavření ve vlastním světě.

Trošku odlišný pohled můžeme najít v Defektologickém slovníku, který vymezuje autismus: „Jeho obsahem je fantazijní produkce, nabývající někdy charakteru denního snění. K takovým stavům může občas docházet i u normálních osob. Chorobný autismus se vyskytuje jako součást některých duševních chorob. Autistické myšlení trvá dlouhou dobu (měsíce, léta), nedá se změnit vnějšími vlivy, nemocný nemůže sám tento stav přerušit. Pozorujeme-li jeho chování, vypadá v extrémních případech tak, jako by se pohyboval on sám jako jediný živý v okolním mrtvém světě. Na osoby a na jejich pokusy o kontakt s ním nijak nereaguje.“[76] Vůči tomuto vymezení můžeme najít jisté výhrady, definice až příliš zdůrazňuje nemožnost fungování autistických lidí ve společnosti, což je do jisté míry přežité tvrzení. Lidé s autismem jsou schopni komunikace a interakce, ovšem za předpokladu, že přijmeme jejich vzor komunikace.

Psychologické vymezení autismu nalezneme v Psychologickém slovníku, kde se o něm hovoří následovně: „stažení do sebe, zapadnutí do sebe, sociální izolace, egocentrické, nerealistické myšlení, snění; dle E. Bleuera (1911), který jej považoval za primární příznak schizofrenie; převládnutí vnitřního snového života nad vědomým vztahem k vnějšímu světu; porucha vztahu k realitě, myšlení postiženého je zaměřeno výhradně na osobní potřeby a přání, odtržené od skutečného světa; do popředí zvláště vystupuje uzavřenost, neschopnost

[75] Průcha, Walterová, Mareš, 2001, s. 21 - 22
[76] Edelsberger a kol., 2000, s. 40

komunikace s druhými, nedostatky v komunikaci u postižených skládají častý mutizmus, echolálii, nesprávné používání zájmen a opakování frází, dále destruktivní projevy včetně sebezraňování.“[77]

„Vycházíme-li z lékařské definice autismu, pak je autismus zařazen mezi pervazivní vývojové poruchy. Znamená to, že jde o postižení, kdy vývoj jedince probíhá odlišným způsobem od jedince zdravého a kdy se postižení projeví ve všech oblastech života.“[78]

Za prvního člověka, který popsal autismus v psychiatrické literatuře je pokládán Leo Kanner (v roce 1943). Některé z hlavních znaků, které identifikoval, potvrdil podrobný výzkum a jsou zahrnuty ve čtvrtém vydání Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV) American Psychiatric Association (1994).[79] Termín autismus je ovšem značně zavádějící, neboť jak je patrné z definice autismu od Hartla a Hartlové, autismus jako první popsal Eugen Bleuer jako primární příznak schizofrenie. Kanner ovšem už na autismus nenahlížel jako na problém schizofreniků, ale popsal příznaky jiné duševní poruchy. Proto je vhodnější a méně zavádějící využívat termín pervazivní vývojová porucha, která značí, že je vývoj porušen do hloubky v mnoha směrech. Tento pojem vychází také z klasifikace Světové zdravotnické organizace (WHO) MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize z roku 1992).

Předmětem této práce je ale hlavně Dětský autismus, který je součástí poruch autistického spektra, potažmo pervazivních vývojových poruch. V sedmdesátých letech minulého století vymezila Lorna Wingová (psychiatrička) styčné problémové oblasti, které jsou klíčové pro diagnózu a nazvala je triádou poškození. Mezi ně patří potíže v sociálním chování, komunikaci a představivosti.[80]

Do oblasti pervazivních vývojových poruch dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 z roku 1992 patří[81]:

[77] Hartl, Hartlová, 2000, s. 63
[78] Jelínková, 2001, s. 9
[79] Schopler, 1999
[80] Thorová, 2006
[81] WHO, 2006, s. 195 - 200

- F84.0 - Dětský autismus,
- F84.1 – Atypický autismus,
- F84.2 – Rettův syndrom,
- F84.3 – Jiná dezintegrační porucha v dětství,
- F84.4 – Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby,
- F84.5 – Aspergerův syndrom,
- F84.8 – Jiné pervazivní vývojové poruchy,
- F84.9 – Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná.

Podle Americké psychiatrické asociace a jejího diagnostického a statistického manuálu verze 4 (DSM-IV) je autistické postižení definováno následovně[82]:

A. Celkově zahrnuje šest symptomů skupin 1, 2 a 3, z toho nejméně dva symptomy skupiny 1, nejméně jeden symptom skupiny 2 a nejméně jeden symptom 3.

1. **Kvalitativní postižení v sociálních vztazích** je manifestováno nejméně dvěma následujícími prvky:

a) Výrazné postižení v používání různorodého neverbálního chování (oční kontakt, výraz obličeje, tělesné postoje, pozice a gesta) pro regulaci sociálních vztahů.

b) Neschopnost rozvíjet vztahy s vrstevníky na odpovídající vývojové úrovni.

c) Výrazné postižení v oblasti sdílení radosti s jinými lidmi.

d) Deficit v sociálně-emočním chování.

2**. Kvalitativní postižení v oblasti komunikace**, projevující se nejméně jedním z následujících kritérií:

a) Opoždění nebo úplná absence vývoje řeči (není doprovázeno snahou kompenzovat toto postižení gesty či jinými typy komunikace).

b) Výrazné postižení ve schopnosti iniciovat nebo pokračovat v konverzaci s ostatními navzdory existenci adekvátní řeči.

c) Stereotypní a repetitivní použití jazyka nebo použití idiosynkratického jazyka.

[82] Peeters, 1998, s. 9.

d) Dítě není schopno si spontánně hrát ani imitovat ve hře sociální situaci tak, aby to odpovídalo jeho věku.

3. **Omezené, stále se opakující a stereotypní vzorce chování**, které se manifestují alespoň jedním z následujících kritérií:

a) Výrazné zaujetí pro jeden nebo více stereotypních omezených zájmů, které je abnormální co do intenzity či zaměření.

b) zřetelná nutkavá adherence k nefunkčním rutinám nebo rituálům.

c) Stereotypní motorické manýry (např. plácání, třepetání prsty či rukama nebo pohyby celým tělem).

d) Trvalé zaujetí pro určité části předmětů.

B. Abnormální vývoj před dosažením třetího roku, který se manifestuje jako zpožděný nebo abnormální nejméně v jedné ze tří oblastí: (1) v oblasti sociální interakce, užití jazyka odpovídá sociálnímu rozvoji dítěte v sociálním vývoji, (2) v oblasti jazyka používaného v sociální komunikaci, (3) v oblasti symbolické a imaginativní hry.

C. Nepoužívat pro Rettův syndrom, desintegrační poruchu v dětství a Aspergerův syndrom.

Tvrzení, že autismus patří mezi vzácně se vyskytující poruchy již dnes neplatí, oproti první studie týkající se výskytu autismu podle diagnostických kritérií Kanner a Esenbergera byl výskyt 5 dětí s autismem na 10 000 narozených dětí.[83] V dnešní době je zaznamenán větší nárůst dětí s autismem díky širším diagnostickým kategoriím poruch autistického spektra, čímž se četnost výskytu zvýšila na 60/10 000 dětí. Mezi dětmi se tato porucha vyskytuje častěji než Downův syndrom, rakovina, cukrovka nebo rozštěp páteře.[84]

Problematiku poruch autistického spektra je třeba vidět komplexně, hranice mezi jednotlivými druhy se mohou zdát velmi úzké, proto v další kapitole uvádíme

[83] Thorová, 2006
[84] Filipek, 1999 in Thorová, 2006

nejčastější poruchy autistického spektra jako je atypický autismus, Rettův syndrom a Aspergerův syndrom.

2.1 Atypický autismus

Tento typ pervazivní vývojové poruchy se liší od autismu buď dobou vzniku nebo nenaplněním všech tří sad diagnostických kritérií. Abnormální, a/nebo narušený vývoj se stává manifestním až po dosažení tří let věku a/nebo chybí poruchy jedné či dvou ze tří oblastí psychopatologie požadované pro diagnózu autismus (vzájemná sociální interakce, komunikace a omezené, opakující se chování), přestože existují charakteristické abnormality v jiných oblastech. Tato pozdější atypičnost vzniká nejčastěji u výrazně retardovaných jedinců, u kterých nízká úroveň funkcí poskytuje malou možnost projevit specifické deviantní chování požadované pro diagnózu autismu. Objevuje se také u jedinců s těžkou specifickou vývojovou poruchou receptivní řeči. Proto je atypický autismus výrazně odlišný od autismu. Atypický autismus zahrnuje atypickou dětskou psychózu a mentální retardaci s autistickými rysy.[85]

2.2 Rettův syndrom

Stav, který je až doposud popisován pouze u dívek. Příčina je neznámá, avšak byla diferencována na základě charakteristického vzniku, průběhu a obrazu symptomatologie. Typický je zřejmě normální či téměř normální časný vývoj následovaný částečnou nebo úplnou ztrátou získaných manuálních a verbálních dovedností společně se zpomalením růstu hlavy (obvyklý začátek má mezi 7 a 24 měsícem věku). Zvláště charakteristická je ztráta funkčních pohybů ruky, stereotypní kroutivé svírání ruky a hyperventilace. Sociální vývoj a vývoj hravosti je v prvních 2

[85] WHO, 2006

až 3 letech zabrzděný, avšak udržuje sklon k sociální zainteresovanosti. V průběhu středního dětství je sklon k vývoji ataxie trupu a apraxie, sdružený se skoliózou či kyfoskoliózou, a někdy jsou přítomny choreoatetoidní pohyby. Obvyklé je přidružené mentální postižení. V průběhu časného nebo středního dětství se často objevují záchvaty.[86]

2.3 Aspergerův syndrom

Je popsán jako porucha určité nozologické validity charakterizovaná stejným typem kvalitativních poruch vzájemné sociální interakce, typických pro autismus, spolu s omezeným, stereotypním, opakujícím se repertoárem zájmů a činností. Primárně se liší od autismu tím, že se u této poruchy nevyskytuje celkové zpoždění nebo opoždění řeči ani kognitivního vývoje. Většina jedinců má normální všeobecnou inteligenci, ale obvykle jsou značně nemotorní. Toto onemocnění se vyskytuje převážně u chlapců (udává se poměr 8:1). Je velice pravděpodobné, že alespoň některé případy představují mírné varianty autismu, ale není jisté, zda to platí pro všechny. Tyto abnormality většinou přetrvají do období adolescence a dospělosti a zdá se, že představují individuální charakteristiky, na které vlivy prostředí výrazněji nepůsobí. V rané dospělosti se příležitostně vyskytují psychotické epizody.[87]

[86] WHO, 2006
[87] tamtéž, 2006

3 DĚTSKÝ AUTISMUS

Dětský autismus je typ pervazivní vývojové poruchy, která je definována přítomností abnormálního a/nebo narušeného vývoje, objevující se před dosažením věku tří let. Má charakteristickou formu abnormalit ve všech třech oblastech sociální interakce, komunikace a omezeného a opakujícího chování. Porucha je třikrát až čtyřikrát častější u chlapců než u dívek.[88]

Podle Thorové[89] tvoří jádro poruch autistického spektra (hlavně z pohledu historického) dětský autismus. Stupeň závažnosti poruchy bývá různý, od mírné formy, kde jsou přítomny mírné symptomy, až po těžkou formu (velké množství závažných symptomů). Problémy musí být přítomny v každé části diagnostické triády, tj. v oblasti sociální interakce, komunikace a představivosti. Lidé s autismem mohou trpět i mnoha dalšími dysfunkcemi, které se projevují značně abnormálním až bizardním chováním. Typická je značná variabilita symptomů.

Poslední studie dětského autismu, které využívají diagnostická kritéria WHO MKN-10 ukazují na různé údaje týkající se výskytu dětského autismu. Francouzská studie a norská studie[90] se shodují na prevalenci 5/10 000, japonská studie[91] došla k číslu 20/10 000. Spodní odhad výskytu dětského autismu prezentuje Thorová výzkum Fombonna a Gillberga z roku 1999 je 10/10 000 a horní odhad ve výzkumech Chakrabartiho (2001) a Bertranda (2001) je 17/10 000, resp. 40/10 000, které využívají diagnostických kritérií DSM-IV.[92] V diskusi nad rozdílnostmi jednotlivých výzkumů jsou zmiňovány například různé výklady diagnostických kritérií, možný vztah výskytu poruchy vzhledem k zeměpisné poloze a také možný nárůst těchto poruch v populaci.

Nejčastější komorbiditou u dětského autismu je mentální retardace, a to přibližně v 75% případů, s upřesněním, že asi 30% autistických pacientů spadá do pásma mírné až středně těžké mentální retardace a 45% do pásma těžké a hluboké mentální

[88] WHO, 2006
[89] 2006
[90] Frombonne a kol., 1997, Sponheim, Skjeldal, 1998 in Hrdlička, Komárek a kol., 2004
[91] Honda a kol., 1996 in Hrdlička, Komárek a kol., 2004
[92] 2006

retardace.[93] V autistickém souboru Hrdličky, Komárka, a kol. byl výskyt mentální retardace v 79,7% případů.[94]

Autismus je častější u mužů než u žen. Kliniky obvykle uvádějí třikrát větší četnost, avšak studie obyvatelstva dokazují, že převaha mužů je méně výrazná, což může znamenat, že v některých případech byla diagnóza u žen nesprávná. Může to být způsobeno tím, že projevy autismu u žen a u mužů se nepatrně liší. Dívky mají obecně vyvinutější řeč a sociální vztahy než chlapci a jejich okruh zájmů není tak vymezený a „technický" jako u chlapců.[95] Thorová[96] uvádí podle tradičního pohledu poměr 4:1, u těžšího mentálního postižení 2:1.

3.1 Diagnostika

Stanovení správné diagnózy je základem úspěchu terapie. Diagnóza dětského autismu by měla být výsledkem mezioborové spolupráce mnoha odborníků. Hraje zde roli, že se jedná o poměrně vzácnou poruchu, se kterou se odborníci jako lékaři, psychologové a psychiatři nedostávají často do kontaktu.

Vodítka pro stanovení diagnózy poskytují kritéria WHO MKN-10 a to především ve verzi pro výzkum (1996), pro přesnější hodnocení autistických projevů existuje řada diagnostických nástrojů, které se již staly rutinní částí vyšetřovacího a hodnotícího procesu. Nejsou však nástrojem tvoření diagnózy, ale doplňují a zpřesňují podklady pro ni.[97]

Konečnou odpovědnost za diagnózu nese lékař, přesněji dětský psychiatr. Ostatní odbornosti lékařské i nelékařské na postupu vyšetřování autismu spolupracují pod jeho koordinací. Stanovení diagnózy není naplněno jen kritérii MKN-10 a skóre v diagnostických testech, ale i komplexního lékařského a laboratorního vyšetření a vyloučení jiných nemocí a poruch. Častou otázkou

[93] Wiener, 1997, Sadock a Sadock, 1999 in Hrdlička, Komárek, a kol., 2004
[94] 2004
[95] Gillberg, Peeters, 2003
[96] 2006
[97] Hrdlička, Komárek, a kol., 2004

v diagnostice dětského autismu je také hranice minimálního věku, na které je možno stavět diagnózu nebo alespoň podezření. Tradičně se předpokládá, že příznaky dětského autismu jsou vyjádřeny v období 3 – 5 roku života dítěte.[98]

Klinický obraz autistického spektra se mění s věkem, pro stanovení diagnózy je stěžejní chování do 5ti let, můžou se tak zachytit drobné odchylky mezi normou a odlišným chováním dítěte. U mnohých dětí nastává první vlna zlepšení hlavně v sociálním chování, řeči a neverbální komunikaci po třetím roce. Pokud jsou takové děti posuzovány bez přihlédnutí k anamnéze, tak může diagnostika vyjít falešně, tedy bez prokázání autismu, ač je přítomen.[99]

Každé dítě s autismem se vyvíjí odlišným způsobem. Doba rozeznatelnosti prvních projevů do velké míry záleží na stupni závažnost autismu a typu poruchy, protože Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha, dětský autismus či Rettův syndrom mají odlišný způsob nástupu poruchy.[100]

Pro praxi je důležité dělení dětského autismu na[101]:

- **vysoce funkční autismus** – bez přítomnosti mentální retardace (IQ nejméně 70) a existence komunikativní řeči, poměr ve skupině autismu je v rozmezí 11 – 34 %;
- **středně funkční autismus** – lehká nebo středně-těžká mentální retardace, kdy je více narušena komunikativní řeč a v klinickém obraze přibývá stereotypních projevů;
- **nízkofunkční autismus** – těžká až hluboká mentální retardace, kde není rozvinuta komunikativní řeč, malé navazování kontaktu a v symptomatice převažují stereotypní, repetitivní příznaky.

Diagnostika v raném věku – je třeba zdůraznit, že dětský vývoj v raném věku bývá velmi různorodý. Existují děti, které se nerady mazlí nebo začínají mluvit až kolem 3. roku života, mnohé dětské zájmy mají upínavý charakter. Hodně

[98] Hrdlička, Komárek, a kol., 2004
[99] Thorová, 2006
[100] tamtéž, 2006
[101] Hrdlička, Komárek, a kol., 2004

zdravých dětí vyžaduje rituály, jiné děti jsou hyperaktivní, čímž je snížena jejich schopnost sociální interakce. Poměrně velká část dětí využívá sebezraňování nebo spíše jeho naznačování jako manipulativního prostředku na rodiče. Některé děti se rády točí dokola nebo chodí po špičkách víc, než je obvyklé. Všechny tyto projevy ale nemusí znamenat, že je dítě autistické.[102]

Jako důvody ke znepokojení nestačí pouze jednotlivé aspekty, ale přítomnost více aspektů najednou. Je třeba brát na zřetel, že je ke stanovení diagnózy zapotřebí systematické vyšetření všech oblastí dětského vývoje. Psychologické vyšetření můžeme využít formou hry plně již před třetím rokem dítěte. Lhostejnost a vymlouvání se na nevyšetřitelnost vzhledem k nízkému věku je značně neprofesionální (pokud mluvíme o odborníkovi). Neznalost komplexní vývojové psychologie vede k tomu, že nejsou zachyceny odchylky ve vývoji a rodiče jsou často ujišťováni, že je třeba u dítěte počkat, než si daným vývojem projde. U chlapců se například poukazuje na jejich fyziologicky „pomalejší" vývoj. Takto se při stanovení diagnózy může ztratit klidně i rok či dva.[103]

3.1.1 Diagnostické metody

V současné době neexistuje zkouška biologického charakteru, která by prokázala diagnózu autismus. Vyšetření se zákonitě zaměřuje na mapování a výzkum chování. Klinická zkušenost se v diagnostice vždy cení nejvíce. Potřebnou zkušenost a z ní vyplývající jistotu při vyšetřování dětí s poruchou autistického spektra získají pouze ti lidé, kteří se zabývají touto specifickou skupinou. Pokud ale má být zachycen co největší počet dětí s autismem v raném období vývoje, je třeba, aby byli odborníci z různých oblastí schopni diagnostikovat tuto poruchu. Týká se to hlavně profesí psychiatra, psychologa, pediatra, učitele, neurologa, logopeda, pracovníků speciálněpedagogických center (SPC) a pedagogicko-psychologických poraden (PPP). Screeningových dotazníků existuje ve světě celá řada a jejich administrace

[102] Thorová, 2006
[103] tamtéž, 2006

nevyžaduje nikterak náročný trénink. Jejich nevýhodou je větší nebo menší spolehlivost, někdy selhávají při detekci mírnějších forem poruch autistického spektra. Absolvování tréninku v užívání konkrétní metody má přímý vliv na využívání těchto instrumentů jako diagnostických nástrojů. U nás se v širším měřítku používá pouze semistrukturovaná škála CARS, dále strukturované diagnostické interview ADI-R a nástroj CHAT.[104]

Posuzovací stupnice **CARS** – tzv. Škála dětského autistického chování[105] byla vypracována odborníky v USA, kteří pracují v programu TEACCH. CARS má celkem 15 položek a každá položka se hodnotí na stupnici od 1 do 4 podle frekvence a intenzity abnormních projevů v dané oblasti. Administrace zabírá zhruba jednu hodinu a poskytuje rychlé rozlišení, zda-li se jedná o poruchu autistického spektra či nikoliv. Nevýhodou škály je nízká spolehlivost.[106] CARS není metodou pro stanovení diagnózy, ale pro screening. Přesvědčili jsme se, že použití této posuzovací stupnice člověkem bez zkušenosti s autismem vede ke zkreslení výsledků.[107]

CHAT – screeningová metoda, která je rozdělena na dvě části. Oddíl A jsou otázky, na které odpovídají rodiče a oddíl B vychází z pozorování dítěte, které provádí obvykle pediatr při preventivní prohlídce v 18 měsících. Celková administrace trvá přibližně 20 minut. Hlavními složkami jsou schopnost dítěte sledovat pohled druhého člověka, schopnost symbolické hry a schopnost upozornit ostatní ukazováním na něco, co ho zaujalo. Děti, které selžou ve všech třech oblastech mají 83,3% šanci, že se u nich rozvine autismus. U dětí, které selžou v jedné nebo dvou oblastech je pravděpodobně narušen mentální vývoj bez přítomnosti autismu.[108] CHAT je bezesporu užitečná metoda, avšak epidemiologické studie prokázaly, že CHAT nedokáže podchytit mírnější formy autismu.[109]

[104] Beranová, Thorová, Hrdlička, Propper, 2004
[105] Schopler, Reichler, 1988 in Thorová, 2006
[106] Sponheim, 1996 in Thorová, 2006
[107] Thorová, 2006
[108] Baron-Cohen, 1996 in Thorová, 2006
[109] Thorová, 2006

ADI-R – je jednou z nejlépe ověřených metod založenou na semistrukturovaném rozhovoru s rodiči dítěte nebo dospělého s podezřelými projevy autismu. Test je nejspolehlivější, pokud je použit u dětí v předškolním věku. Nevýhodou je dlouhá administrace, která trvá až dvě hodiny. Skóre získané v ADI-R lze převést algoritmem na kritéria WHO MKN-10 a získat tak čtyři klíčové skóre pro diagnózu v těchto oblastech:

1. Sociální interakce: Hodnotíme neverbální chování jako prostředek sociální interakce, dále schopnost navazovat kontakt s vrstevníky, schopnost vzájemně sdílet potěšení a úroveň sociálně emočních dovedností.
2. Komunikace: V oblasti neverbální komunikace hodnotíme schopnost užívat gesta a úroveň symbolické a sociálně-napodobivé hry. V oblasti verbální komunikace se hodnotí schopnost konverzace a zvláštnosti ve vývoji řeči.
3. Chování s opakujícími se a stereotypními tendencemi: Hodnotíme pohybové stereotypie, omezenost a ulpívavost v oblasti zájmů, míru kompulzivního chování, nefunkční zacházení s předměty a neobvyklé smyslové zájmy.[110]

3.2 Etiologie

Příčina autismu není známa, avšak je jasné, že se jedná o neurologickou poruchu, která má své projevy v chování. Lze tak usuzovat z častých přidružených syndromů. Určitá poškození už ale byla lokalizována a celá řada biologických odchylek definována.[111]

[110] Thorová, 2006, s. 264 - 265
[111] Gillberg, Peeters, 2003

Gillberg a Peeters uvádějí možné kauzální faktory:[112]

- Medicínské poruchy – u jednoho ze čtyř postižených najdeme současně medicínskou poruchu, jejíž příčina je známá nebo alespoň pravděpodobná. Uvádíme například chromozomální poruchy, tuberózní skleróza, Itova hypomelanóza, poškození plodu infekcí zarděnek, postnatální zánětlivá infekce mozku a metabolické poruchy. Není zatím známá žádná spojitost mezi těmito poruchami, ale obecně předpokládáme, že poškodí ty mozkové funkce, které jsou nezbytné pro normální vývoj v oblasti sociálních vztahů, komunikace a představivosti.
- Dědičnost – sourozenci dětí s autismem mají také zvýšené riziko výskytu autismu. Přibližně jeden z dvaceti sourozenců s autismem trpí také stejnou poruchou. Toto riziko je velmi značné a je třeba uvažovat o tzv. genetické brzdě autismu. Genetická brzda znamená, že rodina, která má dítě s diagnózou autismus by měla mít méně dětí než ta, která má děti zdravé. U Aspergerova syndromu se velmi často najde příbuzný s Aspergerovým syndromem nebo podobným typem „poruchy osobnosti". Kolem poloviny všech postižených s Aspergerovým syndromem má blízkého příbuzného s touto diagnózou nebo se zřetelnými symptomy této poruchy.

Gillberg[113] dělí autismus podle zjistitelnosti jeho příčiny na:

- familiární autismus (8,5 %);
- autismus spojený s diagnostikovatelným somatickým onemocněním či anomálií (37 %);
- autismus s nespecifickými projevy mozkového poškození bez nálezu diagnostikovatelné poruchy v rodinné anamnéze (46 %);
- autismus bez nálezu diagnostikovatelné poruchy v rodinné anamnéze a bez zjevné poruchy CNS (8,5 %).

[112] 2003
[113] in Hrdlička, 2000, s. 133 in Srbková, 2007, s. 15

Je zřejmé, že ještě vede dlouhá cesta k odhalení specifických příčin vzniku poruch autistického spektra. Nutná je ovšem spolupráce všech odborníků z různých odvětví vědy.

3.3 Autistická triáda

Neexistuje žádný typický postižený autismem, tak jako neexistuje žádný typický zdravý člověk, člověk je individualitou ať je to více či méně patrné. Každý z postižených je jedinečný a mezi postiženými převažují spíše rozdíly než podobnosti. Přes velkou rozmanitost projevů, je jádrem problému postižení v oblasti komunikace, sociálních vztahů a představivosti. Nedostatky v těchto oblastech se vyskytují tak často společně, že je Lorna Wingová nazvala triádou postižení.[114] Děti s touto triádou postižení mohou mít svůj vlastní vzorec dominujících repetitivních a stereotypních činností.[115] Proto se konkrétní projevy autistické triády u různých lidí s poruchou autistického spektra liší a vytváří tak jedinečný projev každého jedince.

3.3.1 Problémy v komunikaci

U lidí s autismem se považuje za největší problém jejich potíže ve snaze interpretace a porozumění toho, co pozorují. Na začátek je dobré si říct: „Co je vlastně komunikace?“:

- je to něco mezi dvěma osobami (komunikace je „sociální“),
- je to výměna univerzálních symbolů (obvykle to jsou „slova“ nebo symboly,

[114] Jelínková, 2001
[115] Peeters, 1998

- cílem této výměny je vyvolat zajímavý efekt (věnujeme někomu pozornost a dojde k výměně informací). [116]

Asi polovina lidí s autismem nemluví, nebo používá slova, aniž by znala jejich význam. Často jsou si nedostatečně vědomi toho, že pomocí komunikace mohou ovlivnit své prostředí. Chápání samotného pojmu „komunikace" u nich není dostatečně rozvinuto. Slova jsou slova, obrázky jen obrázky, předměty jen předměty – nejdříve je nutné pochopit jejich význam a poté s nimi naučit pracovat.[117]

Jelínková potvrzuje: „děti s autismem potřebují při rozvoji komunikace specifický postup, je třeba postižené učit nejen jak komunikovat, ale také proč komunikovat, a to bez ohledu na jejich řečové schopnosti. Důvodem je, že dítě s autismem nechápe k čemu komunikace slouží."[118]

Z poruch autistického spektra mají nejméně porušenou řeč lidé s Aspergerovým syndromem, pasivní slovní zásoba bývá velmi bohatá a v testech verbálního myšlení obvykle dosahují průměrných či nadprůměrných výsledků. Potíže se objevují hlavně v sociálním a praktickém využívání komunikace.[119]

Všichni se jistě shodneme, že je komunikace velmi důležitá, o tom není pohyb. Avšak, pokud není rozvinuta, může způsobit značné komplikace v různých sférách života. Je dobré si uvědomit, jaké jsou nejdůležitější funkce komunikace pro osoby s pervazivní vývojovou poruchou. Watson a kol. uvádí[120]:

1. Požádat o něco. Tuto funkci lze vyjádřit verbálně nebo neverbálně: „Prosím banán", obrázkem banánu nebo miniaturním banánem… Nepotřebujeme pouze slova.
2. Přilákat pozornost: „Můžeš mě poslouchat?", poklepat na rameno, zazvonit na zvonek.
3. Odmítnutí: Kartička s nápisem „příliš těžké", odstrčení předmětu. Někdy je tato funkce velmi vyvinuta a je pro učitele velkým

[116] Gillberg, Peeters, 2003
[117] tamtéž, 2003
[118] Jelínková, 2004
[119] Thorová, 2006
[120] in Peeters, 1998, s. 66 - 67

problémem. Je-li tato funkce vyvinuta naopak málo, pak je to velký problém pro autisty. Je třeba je povzbuzovat. Další funkce jsou:

Tyto tři funkce se lidé s autismem naučí mnohem dříve než funkce, které budou následovat. A to i tehdy, mají-li problémy, jak tyto funkce použít.

4. Činit poznámky, komentovat (viditelné aspekty okolí). „Letadlo“, ukáže na obrázek na pracovním stole, ukáže míč jako symbol volného času.
5. Poskytovat informace (o věcech, které nejsou viditelné, minulost, budoucnost – to už jsou abstraktní pojmy). „Co budeš dělat zítra?“ A dítě ukáže obrázek bazénu.
6. Žádat informace. „Kdy mohu jít domů?“ Dítě ukáže na obrázek auta (symbol cesty domů).
7. Komunikovat pomocí „Au!“ (to bolí). Dítě ukáže na zranění. Neznamená to jenom vyjádření emoce, jako takové, ale je to komunikace pomocí emocí. Děti s autismem mají mnoho emocí a některé jsou velmi extrémní. Jestliže leží na zemi a křičí nebo se zraňují, vyjadřují své emoce, ale to není totéž, jako když pomocí emocí komunikují. V těchto případech je třeba uvažovat o „prekomunikačním chování“: dítě by rádo komunikovalo, ale neví jak. Potřebuje pomoc, ale nemá k dispozici správné prostředky. Musíme se snažit změnit prekomunikační chování na opravdovou komunikaci.

Otázkou zůstává, jak naučit komunikovat dítě s pervazivní vývojovou poruchou, když jsou naše slova pro ně pouze a povětšinou jenom abstraktní pojmy. Jak napsal Watson a kol. v sedmém bodu funkce komunikace – využívají „prekomunikační chování“. Proto je třeba využít podobných komunikačních systémů, abychom umožnili se dítěti projevit, dali mu možnost s námi komunikovat. Nemáme v tomto případě jenom na mysli komunikaci jenom verbální, ale zejména neverbální.

Nesmíme zapomínat, že neverbální komunikace tvoří zhruba jednu desetinu veškeré komunikace.

Ve statistikách je uvedeno,, že 50 % postižených autismem používají řeč a z toho 75 % používá smysluplnou echolálii (opakování slov), zatímco u zbývajících 25 % to není tak jednoznačné. U zbývajících 50 % je nutné přejít ke komunikaci, která není tak abstraktní a pomíjivá. Musíme jim pomáhat užíváním vizuálních komunikačních systémů (obrázků a fotografií, písma), ve kterých je spojení mezi symbolem a významem názornější (Peeters, 1998).

3.3.2 Problémy v sociálních vztazích

Poruchy interakce se hloubkou postižení u jednotlivých dětí s poruchou autistického spektra výrazně liší. Některé děti mají potíže se základními sociálními dovednostmi, které jsou vlastní dětem v kojeneckém věku, u jiných sociální chování odpovídá tříletému dítěti a někteří lidé s mírnější variantou handicapu chápou sociální problémy na úrovni dětí šestiletých. Jde jednoznačně říci, že je sociální intelekt vzhledem k mentálním schopnostem v hlubokém deficitu.[121]

Problémy v sociálních vztazích se mohou navenek projevit různým způsobem. Můžeme se setkávat s celou škálou sociálního chování, která má dva extrémní póly. Od dítěte, které je nepřiměřeně sociálně aktivní po dítě uzavřené, samotářské, které se vyhýbá očnímu kontaktu, nemazlí se. Dítě nespolupracuje při hře, což je někdy mylně vykládáno jako negativismus a nedostatečná motivace. Autistické dítě se jeví netečné k projevům jiných, často reaguje nepřirozeně a odmítá změny navyklého pořádku. Tyto problémy v sociálním chování jsou důsledkem vrozených nedostatků. Lidé s autismem si vytvářejí sociální chování a sociální porozumění, ale jinými prostředky, které jsou velmi omezené a odlišné od našich.[122]

Ještě v této době se můžeme setkat s diagnosticky ulpívavým klišé, které vychází z předpokladu, že dítě, které není motivováno k sociálnímu kontaktu působí

[121] Thorová, 2006
[122] Jelínková, 2001

odtažitě, osaměle, odmítá fyzický kontakt a vyhýbá se očnímu kontaktu je nutně autistické. Tento mylný názor se snažila již koncem sedmdesátých let minulého století vyvrátit Lorna Wingová, která popsala čtyři typy sociální interakce u dětí s poruchou autistického spektra (typ osamělý, pasivní, aktivní zvláštní a typ formální).[123]

Peeters[124] uvádí, že lidé s autismem mají obtíže „se čtením" emocí, intencí a myšlenek. Jsou ve velké většině „myšlenkově slepí" a „sociálně slepí". Mají malou schopnost uvažovat o způsobu myšlení jiných lidí. Fakt, že neberou ostatní na vědomí není ale otázka emočního egoismu, ale je to spíše problém kognitivní inflexibility (jejich obtíže spočívají v pochopení „metafyzična").

Beyer a Gammeltoft[125] poznamenávají, že některé děti s autismem mají tendenci v probíhajících událostech hledat vztah příčiny a následku. Proč pláče něčí miminko? Protože někdo křičí? Nebo někdo křičí, protože miminko pláče? Tento typ nejistoty můžeme pozorovat i u zdravých dětí v raném stádiu jejich vývoje. Zdravé dítě si avšak dokáže velmi vytvořit způsoby, jak takové situace interpretovat. Děti s autismem však mají při řešení emocionálních konfliktů problémy s nepřiměřeným užíváním kauzality, tedy vztahu mezi různými objekty.

Problémy v sociálních vztazích dokáží nejlépe ilustrovat výpovědí lidí s poruchou autistického spektra: „Snažila jsem se napodobovat jiné osoby. Když jsem se teď stýkala s mnoha lidmi, musela jsem někým být. Lidé se mne vyptávali, co chci nebo co si myslím. Vybírala jsem si určité prvky chování od jiných osob a přidávala je ke svým. Často jsem přebírala rysy ostatních lidí, kteří se mi zdáli hodně sebejistí. Dosáhla jsem v tom velmi dobré dovednosti. Stala jsem se chameleónem – jestliže jsem si osvojila způsob mluvy Karin, mohla jsem tak mluvit s kýmkoli kromě Karin. Jestliže jsem přijala hudební vkus od Marie, nemohla jsem s Marií o hudbě mluvit. Byla jsem prázdná nádoba, která se mohla naplnit čímkoli."[126]

[123] Thorová, 2006
[124] 1998
[125] 2006
[126] Gunilla Gerland, 1998 in Hilde De Clerq, 2007, s. 49

3.3.3 Problémy s představivostí

Během raného vývoje dítěte je vnímání přísně realistické, bez vnímání symboliky. Dítě vnímá podněty (zejména smysly) okolí, ale svět je mnohem složitější a poskytuje mnohem více informací a podnětů (ty, které nemůžeme objevit smysly). Mnohé děti s autismem zůstanou na této úrovni zážitků a využívají je po celou dobu svého života.[127]

Podle Jelínkové[128] vede postižení v této oblasti k rigiditě v myšlení i chování, což se projevuje stereotypy, rituály, repetitivní (opakujícím se) chováním a nechutí ke změnám. Stereotypní chování mívá různé formy, které se mění s vývojem dítěte. Celá řada dětí se projevuje motorickými stereotypy (plácání rukama, třepetání prsty před očima, kývavé pohyby, aj.), které mohou časem přejít i v sebepoškozování. U mluvících dětí se objevují verbální stereotypy (opakování slov, zvuků, kladení stále stejných otázek, atd.) a u vysoce funkčních autistů též stereotypy a specifické vymezení v oblasti zájmů (sbírání faktů, předmětů). Mnohé děti si vytvoří velmi přísné rituály, které mohou výrazně narušit chod domácnosti, ale také výuku novým dovednostem. Změny v navyklém pořádku vedou k extrémním stresům a nejistotě. Stereotypní chování má jasnou funkci. Děti s autismem si chtějí vytvořit pocit bezpečí a předvídatelnosti.

Představy světa jsou v raném stádiu vývoje kryty s fyzickým vnímáním. Dítě si tak vytváří podobný model i ve vztahu k dospělým, kteří mu jsou blízcí. Takový model by měl být dynamický a je primárně založen na emocionální kategorizaci zážitků a zkušeností. Proces integrace představ do souvisejících vzájemně propojených zkušeností je pro dítě s autismem pravděpodobně velmi obtížný.[129]

[127] Beyer, Gammeltoft, 2006
[128] 2001
[129] Beyer, Gammeltoft, 2006

3.4 Nespecifické variabilní rysy

Nespecifickými variabilními rysy podle Thorové[130] nazýváme symptomatiku a zvláštní projevy dětí s poruchou autistického spektra, které se netýkají autistické triády stěžejních oblastí, ale často se u lidí s poruchou autistického spektra vyskytují. Některé se mohou vyskytovat až u dvou třetin těchto lidí. Odlišnost vnímání můžeme pozorovat v několika ohledech:

- zvláštní způsob vnímání;
- přecitlivělost (hypersenzitivita nebo hyposenzitivita);
- fascinace a výrazný zájem až fascinace určitými senzorickými vjemy (ulpívání na předmětech, autostimulace, zapojování jen některých smyslů).

Dále se udává, že u dětí s PAS je zvláště v raném věku nápadná méně bohatá emoční reaktivita, objevují se výbuchy zlosti a u některých dětí je v popředí emoční reaktivity úzkostná symptomatika (specifické strachy, trvalá úzkost, panická reakce, sociální fóbie, separační úzkost.) Oblast, která je u dětí s poruchou autistického spektra postižena vždy, je adaptabilita (schopnost přizpůsobovat se změnám). Míra narušení souvisí s mnohými faktory (např. intelekt, emoční reaktivita, úroveň komunikace). Často se u těchto dětí můžeme setkat s problémy v chování, které se váží k celkové tíži symptomatiky, osobnostním predispozicím dítěte, výchovném a terapeutickém přístupu. Některé problémové chování má biologický základ a jiné je naučené a behaviorální terapií odstranitelné. Velmi často se u dětí s autismem objevují problémy se spánkem a jídlem.[131]

Konstantareas[132] uvádí, že zhruba 50-70% těchto dětí mělo alespoň epizodu problémů se spánkem v různém věku. Menší počet dětí trpí nespavostí. Častějšími potížemi jsou noční probouzení, noční můry, pozdní usínání a brzké vstávání. U starších dětí s PAS se pak setkáváme s problémy v sexuálním chování (excesivní masturbace, chování a výroky spojené se sexem užívané na veřejnosti, aj.)

[130] 2006
[131] Thorová, 2006
[132] in Thorová, 2006

Vítková[133] uvádí zvláštnosti v motorice jako hyperaktivitu, pasivitu, skurilní pohybové formy, žonglérskou zručnost, nápadnosti v pohybové koordinaci, těžkosti při budování praktických dovedností.

3.5 Závěr teoretické části

V teoretické části jsme se dozvěděli základní vymezení a informace týkající se hlavního zájmu této bakalářské práce – tématům tanečně-pohybové terapie a poruch autistického spektra, resp. autismu.

[133] in Srbková, 2007

PRAKTICKÁ ČÁST

Zájem o tanečně-pohybovou terapii a poruchy autistického spektra logicky vyúsťuje v praktické části této bakalářské práce. Zajímáme se nejen o to, jak lze tanečně-pohybovou terapii využít v rozvoji sociální interakce, komunikace a představivosti u dětí s poruchou autistického spektra, ale také o analýzu pohybů s ní související. Analýza pohybů jako taková nám poskytuje velké množství informací o pohybovém rejstříku dítěte, jeho specifických projevech a následnou provázanost s úrovní integrace daného jedince.

Problematikou využití tanečně-pohybové terapie u autistických dětí se zaměřovala velká řádka tanečních terapeutů, např. Kalish a J. Adler. Autora této práce nejvíce zaujal přístup založený na důkladné analýze pohybů a interakci pomocí pohybu americké taneční terapeutky Suzi Tortory, která své poznatky a přístupy shrnuje v knize „The Dancing Dialogue".[134]

Nevýhodou se do jisté míry může jevit nemožnost zkoumání kvantitativním způsobem, poněvadž vycházíme z předpokladu, že každý jedinec je jedinečný a tím pádem i metoda, kterou využíváme musí být značně individuální. Jediným východiskem je studium kvality osobnosti, kterou zkoumáme hlavně metodou pozorování.

Praktická část není toliko orientovaná na výzkum, jako spíše na popis reakcí a analýzu pohybů. Mohli bychom ji nazvat „prevýzkumem" či průzkumem (toto označení budeme používat v dalších kapitolách) v této oblasti, které vidí své cíle v dalším nasměrování terapie, určení reálných cílů. A proč tomu tak je? Počet setkání byl nastaven na 5 základních (mají charakter průzkumný), určuje si za cíl zjistit reálné možnosti intervence, poznání se navzájem s dítětem a rodiči, ověřit, zda-li je další spolupráce možná a perspektivní. Již v této chvíli můžeme říct, že budou probíhat další setkání, a tím i další výzkum. Výsledky budou shrnuty v navazující práci.

[134] 2006

Praktická část se skládá ze tří hlavních kapitol. Prvních z nich je zaměřena na popis dítěte s pervazivní vývojovou poruchou, popis podmínek pro terapii a volbu metod a technik. V další kapitole se zabýváme popisem jednotlivých setkání, analýze pohybů a projevů autistické triády. Poslední kapitola je zaměřena na interpretaci výsledků, diskusi a určení dalších cílů a možnosti výzkumu.

4 INTERVENCE U PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

V této kapitole se budeme věnovat možnosti využití tanečně-pohybové terapie u dítěte s poruchou autistického spektra. Přesněji kasuistikou dítěte, popisu prostředí, použitím metod zkoumání a intervence, plánem práce.

4.1 Občanské sdružení „Jdeme autistům naproti – Olomouc“

Rodiče dětí s postižením autistického spektra v Olomouci vytvořili v roce 2003 rodičovskou iniciativu pod názvem VSOBĚ. Cílem iniciativy byla vzájemná podpora rodičů, osvěta, informování a hlavní aktivity byly organizování svépomocných skupin, odborných seminářů a kurzů. V roce 2006 se rodičovská iniciativa transformovala do právní formy občanského sdružení a zaregistrovala se pod novým názvem, který vystihuje ideu sdružení, a to: **“Jdeme autistům naproti – Olomouc o.s.“, zkratka „JAN – Olomouc o.s.“**

Sdružení „Jdeme autistům naproti – Olomouc o.s.“ sdružuje rodiče, odborníky a přátele občanů s postižením autistického spektra. a rozvíjí svou dosavadní úspěšnou činnost. Cílovou skupinou jsou prioritně lidé s poruchami autistického spektra, dále pak všichni, kteří mají obtíže v adaptaci a integraci do společnosti. Hlavním poslání sdružení je, aby občané s autistickým postižením mohli žít důstojný a plnohodnotný život, zlepšování kvality života, podpora rodin, informování, hledání a zavádění nových alternativních metod, programů a projektů. Hlavními formami činnosti jsou podpora výchovně vzdělávacího procesu, využití individuálního přístupu při všech aktivitách, podpora zajištění komplexní péče, práce s dětmi, mládeží a dospělými z cílové skupiny, podpora celoživotního vzdělávání, organizace volnočasových aktivit, vzdělávacích projektů, osvětových aktivit.[135]

[135] Historie Jan-Olomouc, o.s., 2008

Díky přístupu této organizace a otevřenosti a vstřícnosti rodičů jsme měli možnost setkat se s různými dětmi, které mají diagnózu poruchy autistického spektra a hlavně možnost realizace tanečně-pohybovou terapie.

Prostory občanského sdružení se nachází v blízkosti centra Olomouce – v budově základní umělecké školy, což je strategicky velmi výhodné hlavně z hlediska dostupnosti. Skládají se ze dvou malých místností a „komory", které jsou od sebe odděleny dveřmi, resp. závěsem. Jsou vymalované bílou barvou a na zdi nalezneme různé malby s tematikou květeny. Osvětlení zajišťuje trubicová světelná výbojka. Podlaha je tvořena linoleem, což je pro terapii nevýhodný materiál, jde od něj chlad a také je nepříjemný na dotek.

Židle a stoly s hračkami se soustřeďují v první místnosti, kde probíhají většinou pracovní činnost a hra u stolu. Na stěnách můžeme často pozorovat také výsledky činností dětí, dekorace a dále police s hračkami, na které nemají děti volný přístup, a pokud by chtěly dosáhnout pro danou hračku, tak by o ni musely požádat či na ni ukázat. Důležité místo zde mají zrcadla, které jsou přítomny v obou místnostech.

4.1.1 Místnost upravená na tanečně-pohybovou terapii

Potřeba místa v pohybově orientované terapii je značně vysoká, protože dítě a terapeut potřebuje mít určitý prostor při realizaci svých pohybů., potažmo tance. Proto je většina hraček přenesena do vedlejší místnosti. Jsou zde ponechány hlavně oblíbené hračky dětí, pomocí nichž dobře navazují kontakt, jsou to zejména:

- gymnastické kruhy,
- velký gymnastický míč,
- menší míčky,
- šátky,
- roura (didgeridoo),
- gumové kroužky.

V rohu jsou umístěny také matrace (s polštáři), na kterých je možný odpočinek. Pro zajištění hudby je v protějším rohu stolek s přehrávačem na kazety a cd. Na stěně jsou připevněny police s hračkami.

4.2 Kazuistika dítěte

Před započetím terapeutického procesu je nutná důkladná diagnostika, která nám slouží jako „odrazový můstek" pro další práci. Bez ni bychom nemohli průběh terapie dokládat souvislostmi s vývojem dítěte a z toho plynoucí pokrok či změnu. Proto jsme vytvořili kazuistiku (případovou studii) dítěte.

Kazuistika je definována jako „případová studie, popis jednotlivých případů, např. vznik, průběh a vyléčení duševní choroby či odstranění povahové vlastnosti apod.; stejně jako jedince se může týkat i skupiny lidí či instituce; slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy; často se sestavuje prostřednictvím rekonstrukce životopisu sledované osoby."[136]

Podle Edelsbergera a kol.[137] by kazuistika zpravidla obsahovat rodinnou a osobní anamnézu, diagnózu, prognózu, léčebná nebo nápravná opatření, popř. i sledování katamnestická. Tato vyšetření slouží obvykle k ilustraci a vyvození jistých teoretických závěrů, hypotéz, apod.

Při sestavování případové studie jsme využili studia psychologický a lékařských vyšetření, individuálního vzdělávacího plánu, volného rozhovoru s rodiči, studium záznamů rodičů, interpretace videa s dítětem a pozorováním.

Zkoumanou osobou v našem případě byla osmiletá (8 let a 11 měsíců) dívka **Marie** (v textu též Maruška), která má stanovenou diagnózu dětský autismus (nízkofunkční, typ aktivní-zvláštní) a pásmo středně-těžké až těžké mentální retardace. Etiologie postižení je nejasná.

[136] Hartl a Hartlová, 2000, s. 253
[137] 2000

Maruška je velmi aktivní dítě, které má spoustu zálib. Má ráda různé zvuky, pestré barvy, pohyb, tanec, masírování, hračky (ráda je deformuje nebo s nimi různě manipuluje) a roury nebo hadice (ty slouží buď na troubení nebo příjem zvuků – fascinuje ji, když někdo troubí). Doma má plně vybavenou hudbu, kde můžeme nalézt různé hudební nástroje, cvičební pomůcky (trampolína, gymnastické kruhy, míče, švihadla, apod.), masážní míčky, roury a hadice, papíry, kartony. Všechny tyto věci využívá ke své stimulaci a případně hře.

4.2.1 Rodinná anamnéza

Rodiče žijí ve společné domácnosti. Marie je jejich jediným dítětem. Matka má vysokoškolské vzdělání, pracuje na plný úvazek v občanském sdružení JAN-Olomouc. Otec je vyučen a pracuje v domácnosti, kde pečuje o Marušku. Ekonomická úroveň rodiny je postačující pro potřeby chodu domácnosti vzhledem k náročnosti péče o takto postižené dítě. Rodiče se dívce aktivně věnují, navštěvují kroužky (např. muzikoterapie, tělovýchovný), chodí často na vycházky, koncerty a různé společenské akce. Rodiče věnují Marii všechen volný čas. Velmi aktivně se vložili do aktivit souvisejících s péčí o děti s autismem a sami se vzdělávají v problematice autismu. Účastní se různých kurzů, konferencí, workshopů a seminářů. Neustále komunikují s ostatními rodiči postižených dětí a vyměňují si různé informace týkající se např. použití nových výchovně-vzdělávacích metod. V rodinách rodičů nebylo zaznamenáno žádné psychiatrické onemocnění.

4.2.2 Perinatální anamnéza

Marie se narodila matce, když jí bylo 28 let a dokončovala druhé vysokoškolské studium na filosofické fakultě. V průběhu gravidity nebyla nemocná. Během těhotenství mívala vysoký krevní tlak, ale neměla žádné jiné potíže. Porod a jeho

průběh byl normální (hlavičkou a v termínu). Po narození Maruška vážila 3,30 kg a měřila 51 cm.

4.2.3 Zdravotní anamnéza

Marie měla třetí den po narození silnou novorozeneckou žloutenku, která trvala asi až do 4.-5. měsíce. Byla (občas) kojena do čtyř let a třech měsíců. V jednom roce mělo děvče klíště. V 16. měsíci byla vyšetřena na neurologii pro podezření na nádor v hypofýze a epileptický syndrom. Vyšetření na elektroencefalografu a magnetické rezonanci byly negativní.

Maruška od raného věku trpí na kojenecké koliky (prudké křečovité bolesti), bolesti břich, objevovala se krev ve stolici, zácpy, zvracení. Proto jí bylo ve dvou letech provedeno metabolické vyšetření. Byla zjištěna jen zvýšená hladina laktátu. Ve dvou letech byla též geneticky vyšetřena, ale nebyla prokázána žádná chromozomální odchylka. Ve dvou a půl letech jí bylo opět provedeno neurologické vyšetření a vyřčena diagnóza - mentální retardace s autistickými rysy. Pro podezření na vadu sluchu byla ve třech letech prohlédnuta foniatrem, rodičům byla doporučena logopedické péče, z důvodu možnosti vývojové dysfázie. Ve třech a půl letech byla Maruška poprvé psychologicky vyšetřena a dostává diagnózu mentální retardace s autistickými rysy v chování. Ve 4 letech a 8 měsících dostává diagnózu: F71 středně těžká mentální retardace a F84.0 dětský autismus.

V dalších letech je Marie stále v péči dětské kliniky a klinického logopeda. Stále přetrvávají problémy s trávením (zácpy, průjmy, nadýmaní, zvracení). Rodiče vysledovali potraviny, které činí jejich dceři potíže (bolesti břicha, vyrážky) a ty se snažili z potravy eliminovat. V pěti letech se také pokoušeli dodržovat bezlepkovou dietu. Marušce se zlepšil oční kontakt i zažívací potíže se zmírnily, ale postupně přestala jíst úplně, a proto rodiče od této diety ustoupili.

Děvče trpí poruchami spánku (zejména pozdní usínání a noční probouzení). Při vyšetření dítěte před nástupem školní docházky potvrzuje psycholožka SPC

stávající diagnózu - dětský autismus a mentální postižení v oblasti středně těžké až těžké mentální retardace.

4.2.4 Vývojová anamnéza

Marie se vyvíjela normálně přibližně do prvního roku života. Navazovala oční kontakt, žvatlala, prohlížela si tváře i obrázky. Psychomotorický vývoj byl mírně opožděn (seděla v 8 měsících a začala chodit kolem 15. měsíce). První slova se objevují později, až po jednom roce („máma", „táta", „bába", „ham") a toto vyjadřování přetrvává ještě ve třech a půl letech. V psychologickém vyšetření z 3 let a 8 měsíců je uváděn opožděný vývoj řeči, hrubá motorika v normě, ale jemná motorika a grafomotorika jsou výrazně opožděny, sebeobsluha (hygiena, enkopresa, inkontinence) není upevněna a úroveň sociálních dovednosti je velmi nízká (negativismus, instabilita, dráždivost) a celková úroveň je na úrovni 24 měsíců.

V dalším vývoji se řeč jen pomalu rozvíjí, spíše stagnuje. Přibližně v pěti letech s cizími osobami téměř nekomunikuje, pokud k tomu není motivována. S rodiči hovoří spíše neverbálně. Sociální chování a hra se orientačně pohybují na úrovni 2 a postrádají smysluplný obsah. Maruška nenavazuje oční, fyzický či jiný kontakt s cizími osobami. Při sebeobsluze (oblékání, hygieně, stravování) se snaží pomáhat.

4.2.5 Výchovná anamnéza

V evidenci SPC je Marie vedena od 01/2003. Pediatr, psycholog ani neurolog nedoporučil rodičům SPC ani jiné odborné zařízení, kam by se měli obrátit o radu. Z vlastní iniciativy si vyhledali mateřskou školu, kde s autistickými dětmi pracují podle TEACCH programu. Marušce bylo v té době 3,5 roku a MŠ navštěvovala v adaptačních pobytech jednou za čtrnáct dní. Maminka dostávala

instruktáž, jak má s Marií doma pracovat, co vše musí zvládnout, aby ji případně přijali ke klasické docházce. Rodiče se avšak s filosofií a metodami TEACCH programu neztotožnili, a proto od tohoto edukačního přístupu odstoupili.

V té době shlédli v televizi dokument o Son-Rise programu a ihned kontaktovali Lindu Neubauerovou-Cecavovou (proškolenou terapeutku v Son-Rise programu pro Evropu), která jim doporučila a ukázala, jak mají s Maruškou pracovat. V té době byly dítěti již 4 roky. Rodiče uchvátila práce Lindy s Maruškou, která byla v té době popisována jako negativistická, dráždivá, nenavazující oční ani fyzický kontakt. Přesto Marie na Lindu aktivně reagovala a navázala s ní fyzický i oční kontakt. Rodiče se rozhodli, že Son-Rise program je pro ně a jejich dceru ten pravý. Začali postupně vyhledávat dobrovolníky a zařizovat hernu. V lednu 2005 odjel otec na týdenní školení v Son-Rise programu pro rodiče – tzv. Start-Up program v Londýně - které pořádal The Option Institut.

Když bylo dívce 6,5 roku, byla částečně integrována (s doprovodem maminky) do běžné MŠ, kam docházela 3krát týdně. Od září 2006 rodiče již intenzivně Son-Rise program nedělají, z důvodu časové náročnosti dodržování všech pravidel a zásad, přesto se jejich postoj a přístup k Marušce nezměnil. Pracují totiž aktivně v neziskové organizaci pro pomoc dětem s autismem, kterou spoluzaložili, předávají své zkušenosti rodinám podobně postižených dětí a snaží se vytvořit zařízení, kde by se mohlo s dětmi s PAS pracovat alternativním přístupem, postaveném na respektu k individualitě každého dítěte. V současnosti je Marie individuálně vzdělávána v domácím prostředí podle osnov ZŠ speciální s uplatňováním principů Son-Rise programu.

4.2.6 Současný stav

V téměř devíti letech je vývojový profil dívky nevyrovnaný, s typickými propady v oblasti komunikace a sociálních vztahů. Poslední psychologické a speciálně pedagogické vyšetření uvádí, že aktuální mentální úroveň odpovídá dolní hranici

pásma středně-těžké mentální retardace, mentální vývoj je blokován pervazivní vývojovou poruchou a přidruženy jsou problémy v oblasti pozornosti (velmi krátkodobá), problém s udržením zrakové pozornosti a dosažení vizuomotorické koordinace a aktivace (instabilita, hyperaktivita).

- Jemná motorika: Marie preferuje levou ruku, spontánně si předává předměty z ruky do ruky; strká prsty do malých děr, drobné předměty bere do dvou prstů (špetkovitý úchop), dělá otáčivé pohyby zápěstím, bez jistého záměru; obrací stránky knihy (často díky postrádání smyslu a vývoji jemné motoriky obrací více listů najednou), odšroubuje víčko lahve, běžně uchopuje předměty denní potřeby a hračky, otáčí klíčem ve dveřích a s motivací odemkne zámek, rozpojí větší části stavebnice; čmárá na papír bez záměru (lépe na větší plochu), úchop tužky je téměř správný, přítlak na tužku je příliš silný; s dopomocí se snaží vybarvit výrazně ohraničené tvary.
- Hrubá motorika: Dívka chodí bez pomoci, při chůzi do schodů střídá nohy, postoj těla je statický, nepoužívá tolik protipohybu horních končetin; skáče snožmo na místě i do prostoru, seskočí z posledního schodu; klouže se plynule po zábradlí schodiště, jezdí bez pomoci po dětské skluzavce, houpe se ve stoje na řetězové houpačce, chodí po obrácené straně lavičky (s mírnou dopomocí); hází a chytá míč (spíše pouští směrem k osobě), ale pohyby jsou nekoordinované, kope silně do míče.
- Kognitivní dovednosti: Maruška k sobě přiřadí identické předměty (naznačuje), s velkou motivací složí půlený obrázek a začíná se orientovat při rozlišování základních barev; na slovní pokyn ukáže dvě části těla (nutná motivace), napodobí po dospělém jednoduché pohyby (tleskání, míchání lžičkou, zametání) a užívání některých domácích předmětů (smetáček, lux).
- Řeč receptivní: Děvče reaguje na slovní pokyn a gesto „ahoj“ a na gesto natažené ruky s vyzváním „dej mi!“ (je nutno ponechat dostatečný časový prostor na reakci dítěte); reaguje na negativní informace, potažmo emoce, rozezná humorná sdělení a adekvátně na ně reaguje.

- Řeč expresivní-verbální vyjadřování: Marie vokalizuje, jednu slabiku žvatlá řetězovitě, brouká si, „vrže“ zubany, kombinuje zvuky z několika hlásek; opakuje hlavně zvuky, někdy i slova (části slov); začíná používat ne – ano (místo ano používá „jo“); napodobí intonaci hlasu, zvláště když se jedná o expresivně vyjádřené sdělení.
- Komunikace-neverbální vyjadřování: Dívka dokáže navázat oční kontakt, vede ruku dospělého k žádanému předmětu; dotkne se, strčí do žádaného předmětu; zvedne ruce nahoru, když se chce nechat nosit nebo před předmětem, který chce podat (je např. umístěn z dosahu dítěte); používá gesta, řadu různých výrazů tváře v souladu se situací; dokáže položit svou váhu těla na jinou osobu, kde hledá podporu (např. když jde za ruku mezi dvěma lidmi).
- Sociální chování: Pokud je Maruška dostatečně motivována reaguje na sociální kontakt a naváže oční kontakt. Projevuje separační úzkost (fixace na matku); má ráda tělesné dotyky, spontánně obejme, pohladí, políbí známou osobu a projevuje zájem o ostatní děti; na veřejnosti se často chová sociálně nepřiměřeně.
- Sebeobsluha: Dívka sama pije z hrnku i z velké plastové lahve; spolupracuje, když je krmena, občas jí sama lžící, u jídla často pobíhá, nesetrvá dostatečně dlouhou dobu v klidu; svlékne se (často aniž by o to byla požádána), zatím se neumí samostatně obléci, stáhne a natáhne si svetr, když ho má z poloviny na hlavě; zatím nepoužívá WC (nosí pleny).

Marušce byla v 6 letech odložena školní docházka a od školního roku 2006/2007 je individuálně vzdělávána maminkou (podle zákona 561/2004 sb., §41) v rozsahu 1. ročníku základní školy speciální podle Vzdělávacího programu pro pomocné školy. V rámci tohoto vzdělávání rodiče uplatňují principy Son-Rise programu a strukturovaného učení.

4.3 Techniky uplatňované v terapeutickém procesu

Techniky, které se uplatňovaly v rámci terapeutického procesu vycházely z obecných zásad práce v tanečně-pohybové terapii. Během setkání byla prováděna analýza pohybů a reagování na podněty Marušky. Nejvíce se uplatňovala technika „zrcadlení", a to různými způsoby, například:

- klasické zrcadlo – technika spočívá v nápodobě pohybů naproti klientovi, tz. tváří v tvář;
- prostupné zrcadlo – terapeut i klient prostupují do svých osobních prostorů, až se dostanou za hranici a tím skončí zády k sobě;
- boční zrcadlení – klient i terapeut stojí nebo se pohybují vedle sebe, probíhá nápodoba pohybů, tato metoda je relativně málo rozrušující, poněvadž terapeut nestojí v přímém zorném poli klienta;
- dislokované zrcadlo – klient se pohybuje ve svém prostoru a terapeut zrcadlí pohyby na jiném místě v místnosti.

Bylo důležité přistupovat k dítěti z roviny, které je pro dítě vlastní a na které reaguje. Společně s dítětem potom zkoumat rytmy, jeho zvukové projevy a pohyby těla. Tyto techniky mají hlavní funkci, a to navázání terapeutického vztahu mezi klientem a terapeutem. Pro terapeuta to znamená naladit se plně na pohyby klienta. Schopnost terapeuta naladit se na klienta závisí na jeho míře (schopnosti a do jisté míry i naučené dovednosti) kinestetické empatie. Problém by se mohl jevit také například v rozdílné výšce terapeuta a klienta, každý detail v tomto ohledu hraje svoji roli. Navázání vztahu a následnou intervenci můžeme rozdělit tři hlavní fáze:

1. pohybujeme se v prostoru stejně jako klient, imitujeme jeho pohyby a odkládáme své pohyby a reakce stranou;[138]

[138] Adler in Chaiklin, 1975

2. začínáme se synchronizovat s klientem, z jednostranného projevu klienta se stává dialog s terapeutem;
3. probíhá komunikace, kreativní pohyb mezi terapeutem a klientem, vytváření nových pohybů v procesu, které má vést k obohacení osobnosti klienta.

Autistické dítě by si mělo vytvořit svoji vlastní psychickou reprezentaci svého vlastního těla, ale to nejprve za pomoci přístupu terapeuta a spolupráce s ním. Tím pomáhá dítěti vybudovat si nové psychické koncepty a struktury. [139]

Taneční terapeut poskytuje dítěti zpětnou vazbu o jeho pohybech, nejprve imitací a potom volnou interpretací (tím máme namysli volné opakování pohybu, kde terapeut interpretuje svým způsobem pohyby klienta). Dává mu všanc nové možnosti pohybu a tím pádem i projevu po stránce expresivní (interakce, komunikace a následná spolupráce) a emoční.

4.3.1 Využití hudby

V průběhu terapie byla využívána hudba z přehrávače, kterou obsluhoval rodič dívky. Hudba byla používána na základě oblíbenosti u dítěte a také respektovala jednotlivé fáze a strukturu setkání. To znamená, že byla na úvod rychlejší a měnila se až k relaxační hudbě na konci setkání.

4.3.2 Využití pomůcek

Během přípravy místnosti jsme nechali některé pomůcky – gymnastické kruhy, míčky, gumové kroužky, velký gymnastický balón, roura (didgeridoo), látkový had a šátky v místnosti. To zejména proto, že se díky jejich pomoci dá navazovat kontakt s klientem. Některé pomůcky byly přítomny ve dvojicích (gymnastické

[139] Kalisch in Chaiklin, 1975

kruhy a míčky), některé samotné (velký gymnastický balón, roura – didgeridoo) a některé ve větším množství (šátky). Pomůcky a hračky dokážou zvýraznit pohyb a tím pádem se mohou dobře využít při naladění se klienta pomocí zrcadlení. Další a podstatnou výhodou je možnost navázání „fyzického" kontaktu pomocí předmětu a tím i spolupráce mezi klientem a terapeutem.

4.4 Struktura setkání a průběh tanečně-pohybové terapie

Strukturu setkání nebylo možné dělit na takové fáze jako u skupinové tanečně-pohybové terapie, poněvadž autismus vyžaduje značně odlišný, individuální přístup. Pro lepší přehled můžeme ale analogicky přiřadit jednotlivé fáze individuálního přístupu (dodržované během našich setkání) k fázím skupinové tanečně-pohybové terapie.

Rozehřívací fáze – probíhá intenzivní zrcadlení klienta, které se přibližuje až k imitaci, má za úkol naladit se na klienta, a dojít tak k synchronizování pohybů. Jedná se o nejdelší fázi a celé setkání může také v této fázi i skončit, poněvadž naladění na klienta nemusí být úspěšné, závisí na mnoha faktorech (např. nálada, zdravotní stav či energie klienta nebo neúspěšné naladění terapeuta).

Uvolňující fáze – je přechodovou fází a během ní dochází k naladění, synchronizování pohybů.

Hlavní téma – probíhá dialog v tanci a pohybu mezi terapeutem a klientem. V procesu se vytváří kreativní cestou nové pohyby, které mají vést k obohacení osobnosti klienta. Tato část má největší terapeutický účinek, poněvadž probíhá komunikace a interakce mezi klientem a terapeutem. V dřívějších fázích se dítě s autismem pouze naladuje a využívá přitom stávajících pohybových vzorců, což pro dítě větší přínos nemá (ač tady zajisté nějaký je).

Centrování a ukončení – tyto dvě fáze mají v pojetí individuálního setkání podobnou funkci, a to pozvolné ukončení kreativního procesu a všech dalších

aktivit s ním spojených a navrácení „do sebe“, oddělení na dvě bytosti – terapeuta a klienta.

Jednotlivé fáze setkání se mohou i střídat, a to zejména fáze rozehřívací, potažmo uvolňující s fází hlavního tématu. Terapeut může v rámci setkání s klientem ztrácet synchronicitu a znovu ji získávat.

Celá struktura setkání je ohraničena opakujícími se rituály, a to v úvodu – spuštění hudby a sezení terapeuta ve středu místnosti. Na závěr - zastavení hudby a rozloučení se jasným gestem (zamávání) a verbálním „ahoj“.

Během celého setkání je přítomen otec Marušky, který poskytuje podporu jak terapeutovi, tak dítěti. Otec zná reakce Marušky a způsob její komunikace a může poskytovat cenné rady během samotného setkání. Obvykle zaznamenává průběh na videokameru či fotoaparát (režim videa), to vše podle možností.

4.4.1 Rozbory a diskuse

Před každým setkáním proběhne rozhovor (zpravidla s otcem Marušky) o její náladě; o tom, co prožila; o nových přístupech, které byly u Marušky účinné; zdravotním stavu, apod. Předávají se videomateriály (médium DVD), které se zpracovaly z minulých setkání.

Po každém setkání následuje rozbor průběhu, jako např. použitá hudba; techniky a jejich účinnost; co mohl udělat terapeut nebo rodič jinak a následně potvrzení další schůzky.

Po zhruba pěti setkáních následuje diskuse s rodiči a případně rozbor videonahrávek.

Shromážděné údaje jsou průběžně konzultovány s jinými tanečními terapeuty, popřípadě psychologem a psychoterapeutem. Materiály z pozorování jsou předkládány na intervizních a supervizních setkáních tanečních terapeutů. V tomto ohledu jsou konzultace s odborníky velmi plodné, poskytují zpětnou vazbu na práci terapeuta a otevírají nové možnosti intervence. Důležitou součástí rozborů

a diskusí je dodržování základních etických zásad, hlavně potom zásady mlčenlivosti a uchovávání osobních údajů o dítěti.

4.5 Design práce (průzkumu)

Pro potřeby této práce jsme zvolili metodu pozorování, jakožto nejzákladnější metodu sběru dat. Pozorování je „nejstarší psychologická metoda založená na sledování chování jiných jedinců; je vždy výběrové, zaměřené na určité činnosti jedinců, případně okolnosti těchto činností; je vždy subjektivní, tedy ovlivněno pozorovatelem, jeho postoji, pozorností, aj., proto je objektivita docilována větším počtem nezávislých pozorovatelů, příp. posuzovatelů videozáznamu, přesně stanoveným plánem, kritérii, sledem a průběhem pozorování“.[140]

Pozorování pro účel průzkumu bylo prováděno hlavně na základě videozáznamu. Nevýhodou tohoto rozboru v raných fázích bylo nezachycení celého průběhu setkání (natáčení na fotoaparát v režimu videa, který neumožňoval snímání celého setkání). Proto mohou být data do jisté míry zkreslena. Pracuje se na možnosti trvalého zapůjčení nebo získání videokamery pro občanské sdružení, pod jehož hlavičkou tanečně-pohybová terapie u Marie probíhá.

Po dohodě s rodiči Marušky jsme stanovili základní cíle 5ti úvodních setkání v tanečně-pohybové terapii:

- možnost smysluplně využít volný čas,
- podnítit rozvoj pohybu a vnímání hudby,
- možnost interakce s další osobou (v tomto případě terapeutem),
- navázání vztahu,
- rozvoj interakce a komunikace.

[140] Hartl, Hartlová, 2000, s. 446

Na úvod jsme si stanovili tři hlavní **otázky** průzkumu (záměrně nevyužíváme slova „hypotéza“, protože toto slovo budeme využívat v dalším výzkumu), a to:

1. Jaká je úroveň pohybů a projevů interakce/komunikace?
2. Ovlivňuje tanečně-pohybová terapie rozvoj pohybů?
3. Podněcuje tanečně-pohybová terapie rozvoj interakce a komunikace?

V následujících podkapitolách se budeme věnovat popisu dění v jednotlivých setkáních tanečně-pohybové terapie (celkem 5 setkání). Zaměřujeme se na projevy sociální interakce a komunikace. Sledované jednotky (též budeme označovat jako projevy nebo položky – v grafech) jsou:

- pohled (pohled směrem k podnětu, oční kontakt),
- mimika (změny ve výrazu tváře, např. úsměv a pláč),
- zvuk (zvukové projevy, slova, hlásky, broukání),
- předmět (kontakt skrze předmět, pomůcku – předávání, posílání předmětu mezi klientem a terapeutem, spolupráce pomocí předmětu),
- prostor (vstupování do osobního prostoru),
- f. kontakt (fyzický kontakt realizovaný dotekem, třením části těla nebo natáhnutím končetiny jako výzvy ke kontaktu),
- opakování (opakování pohybů terapeuta a přímá reakce na jeho pohyb, tím nemáme namysli pouze imitaci).

Poznatky budou shrnuty do dvou typů grafů. Četnosti jednotlivých projevů budou shrnuty ve sloupcovém grafu a poměry ve výsečovém grafu.

V závěru práce bude provedena analýza pohybů u Marie, dále uveden sumář se všemi výsledky včetně komparace jednotlivých setkání a návrhu na další možnost intervence a revize stávajících cílů.

5 PRŮBĚH A ANALÝZA PĚTI TERAPEUTICKÝCH SETKÁNÍ

V následující kapitole blíže popíšeme jednotlivá setkání a doplníme je analýzou projevů sociální interakce a komunikace.

5.1 První setkání

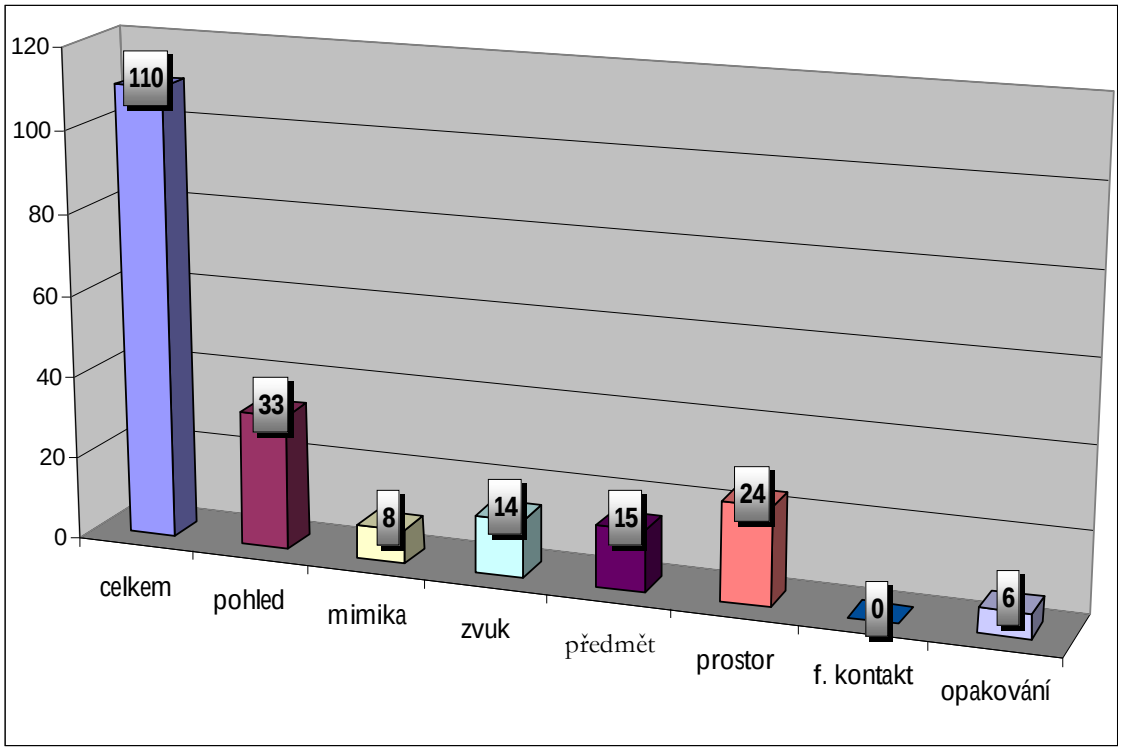
První setkání bylo poznamenáno pocitem mírné nervozity ze strany terapeuta a klienta. Maruška byla podle slov otce v pořádku a neměla žádné jiné bolesti. Hlavním úkolem pro toto setkání bylo navázání prvotního kontaktu s Maruškou, pečlivě si všimnout jejich reakcí i způsobu komunikace. Na úvod se dívka pouze procházela po místnosti, z jedné strany na druhou. Brala si do ruky různé hračky, gumové kroužky, míčky, gymnastické kruhy a s těmi dělala houpavé pohyby nebo tyto předměty různě deformovala. Na klidu ji ale rozhodně přidala přítomnost otce, který byl místnosti po celou dobu setkání. Maruška se někdy zastavila před zrcadlem a dívala se do něj, ale nebylo jasné, zda-li se dívá na sebe. Často si také prohlížela místnost, což byl dobrý základ pro využití technik intervence. S Maruškou se prozkoumávala místnost, terapeut měl místo po jejím boku a snažil se naladit pomocí techniky zrcadlení. Maruška po čase využívání různých předmětů dokáže převzít předmět i od terapeuta, který ji je nabízí. Po takové zajímavé výměně dívka vydává různé zvuky („jéééé“, „hmmm“). Další hra ale s takovým předmětem vypadá tak, že postrádá smysl. Neustále se opakují stejné vzorce pohybu s těmito předměty, kroucení a houpání v zápěstí. Zajímavá je práce se šátkem, protože i při stereotypních pohybem, které Maruška předvádí vytváří nové tvary a plynule rozvíjí její pohyb. Komunikace probíhá výhradně skrze předměty. Na závěr se dostaví viditelná únava a následuje ukončení, kdy si Maruška sedne na matraci k terapeutovi.

Následná analýza projevů interakce a komunikace jsou vytvořeny na základě útržkovitého zpracování fotoaparátem (režim videa) s celkovou délkou stopy 20

minut a 26 vteřin. Údaje proto mohou být do jisté míry zkresleny, protože celková délka setkání byla přibližně jednu hodinu a intenzita projevů Marušky časově velmi kolísala.

5.1.1 Analýza sociální interakce a komunikace

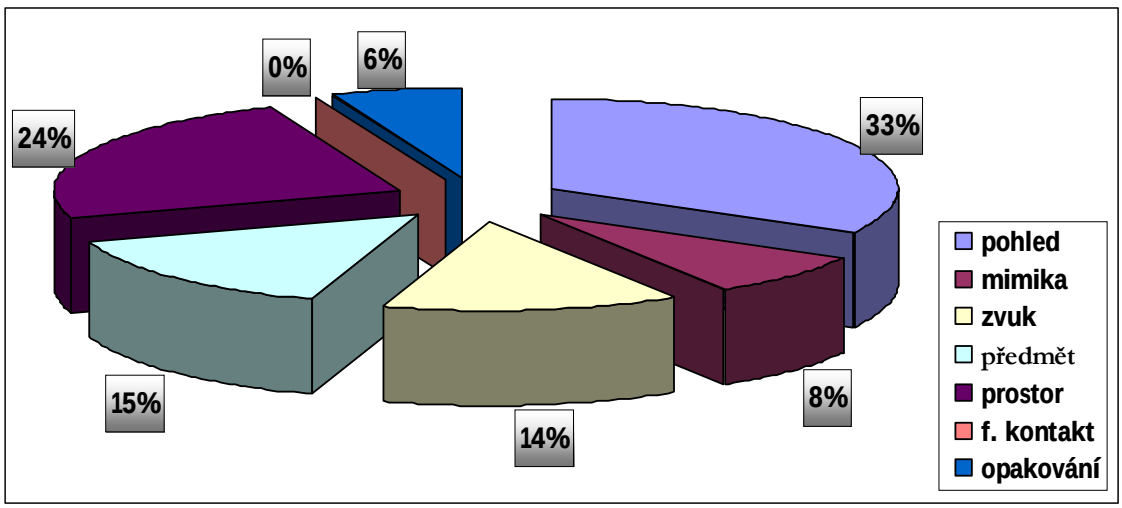
Celková četnost projevů interakce a komunikace dle pozorovatele byla u Marušky 110 projevů, pokud tuto informaci zahrneme do vymezeného časového intervalu 20 minut a 26 vteřin, zjistíme, že průměrný počet projevů za minutu je 5,38.



Graf 3. Udává celkovou četnost projevů interakce a komunikace a jejích dílčích částí.

Největší četnost (Graf 3) byla zaznamenána u pohledu (33), nepřímém - směrem k osobě nebo očního kontaktu. Maruška se příliš nezapojovala fyzicky do nějakých větších aktivit, avšak pečlivě sledovala terapeuta v místnosti. Druhou nejčetnější položkou je prostor (24), který se využíval v návaznosti na pohled. Maruška vstupovala z různých uhlů do osobního (na dosah paží) prostoru, přibližovala

se a oddalovala. Využívání prostoru mělo charakter testování reakcí terapeuta dítětem a vymezení svého prostoru. Následuje komunikace pomocí předmětu (15) a zvukem (14). Komunikace pomocí předmětu byla velmi důležitá, protože byla patrná přímá reakce na terapeutovo vybídnutí, avšak měla zatím pouze kvalitu navazování kontaktu, nikoliv spolupráce. Zvuky doprovázely a umocňovaly některé pohyby, které reagovaly na podněty terapeuta, měly různý charakter a různou kvalitu. Projevy v mimice (8) nebyly příliš četné, dívka měla často nevýrazný a strnulý výraz v obličeji, jen málokdy se u ni podařilo „vykouzlit" úsměv nebo naopak rozplakat (všeobecně výraz nelibosti). Opakování (6) bylo projevem jisté synchronicity mezi Maruškou a terapeutem, protože dívka reagovala na jeho podněty a ty poté opakovala, což byl jistý pokrok, ale málo četný. Fyzický kontakt se neobjevil, ať už v jakékoliv jeho popsané formě, což se dalo vzhledem k navazování kontaktu předpokládat.



Graf 4. Poměr zastoupení jednotlivých druhů interakce a komunikace v průběhu setkání.

V Grafu 4 si můžeme všimnout jisté disproporcionality mezi jednotlivými projevy, poměr pohledů a prostoru tvoří více než polovinu všech sledovaných projevů. To by samo o sobě tolik nevadilo, kdyby zrovna tyto položky nebyly tak charakteristicky pasivní (jako prostředek komunikace a interakce). Při pohledu či vstupování do prostoru dítě nepotřebuje vynaložit tolik úsilí jako na jiný druh

komunikace. Na druhou stranu je pozitivní výskyt komunikace přes předmět, mimikou a zvukem, jako předfáze k fyzickému kontaktu a opakování (projevem naladění).

5.2 Druhé setkání

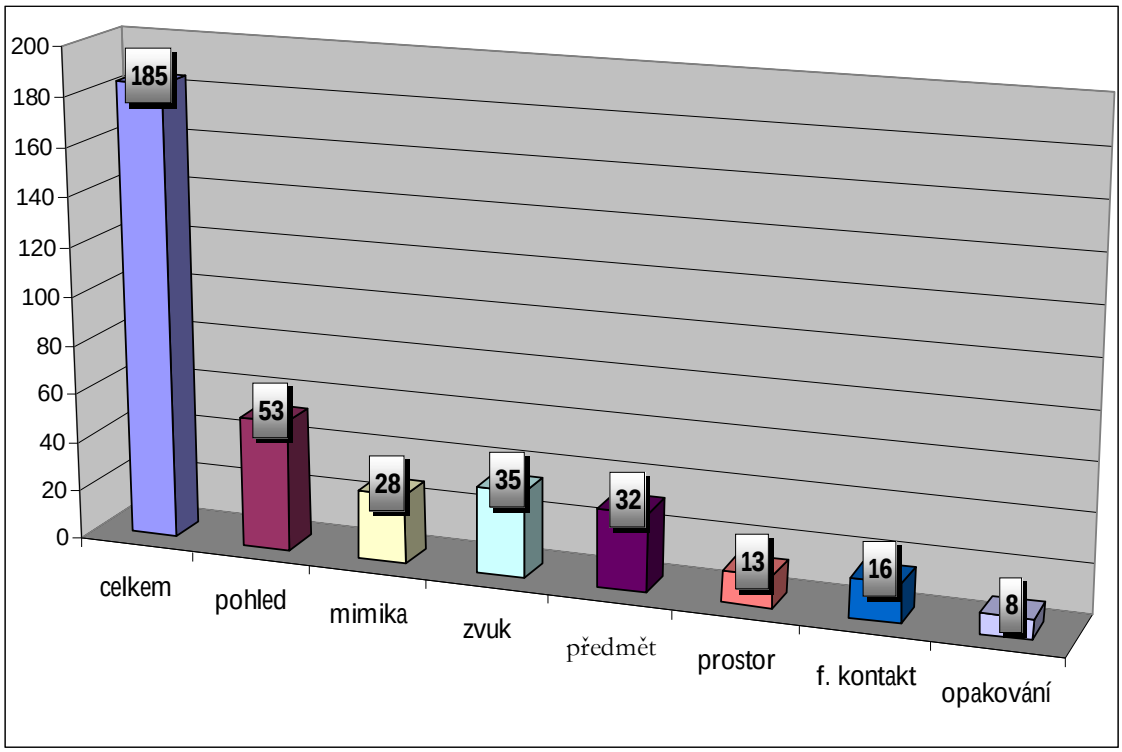
V tomto setkání byla už jistá nervozita ze strany terapeuta a dítěte eliminována skutečností, že měli první kontakt za sebou. Maruška byla podle slov otce v pořádku, nic ji netrápilo a náladu měla dobrou. Neměla žádné projevy úzkosti a zažívacích problémů. Maruška se začala pohybovat podobně jako v prvním setkání, nejprve prozkoumávala místnost, brala věci nejen do rukou, ale také do úst. Prohlíží sama sebe v zrcadle a potom i terapeuta, který k zrcadlu přistoupí. Stále se využívají stereotypní a nefunkční pohyby s různými předměty jako např. točení. Probíhá stále více pokusů o navázání očního kontaktu, nejprve se to podaří na velmi krátkou chvíli a poté následuje zajímavý moment, kdy se Maruška dlouze zadívá do očí terapeuta a hlavou se k němu přibližuje, náhle se však takový kontakt přeruší a dívka odchází na jiné místo v místnosti. Maruška si ráda hraje s kruhy, které bere do rukou a pohybuje s nimi (houpá s nimi), také je ráda deformuje, což je velmi dobrá příležitost pro využití zrcadlení, pohyb se opticky zvětšuje. Marie někdy vydá nějaký zvuk, terapeut se ho snaží v tomto případě napodobit, ostatně se proces naladění neomezuje na pohyb, ale zrcadlí také zvuky. Jsou zde již drobné náznaky kooperace mezi dívkou a terapeutem, z komunikace přes předmět pomocí podávání se vyvinula spolupráce v podobě houpání s kruhem. Je to známka jisté úrovně naladění, potažmo synchronicity. Maruška potom reaguje velkým úsměvem na skákání balónu. Při každém takovém náznaku je hojně povzbuzována a doprovázena rodičem i terapeutem. Na jeden z podnětů terapeuta reaguje opakováním (v modifikované formě), samozřejmě s jinou kvalitou, avšak podnět je velice cenný. Ke slovu se dostává využití roury (didgeridoo), které je iniciováno otcem. Terapeut vydává různé zvuky (troubení, mluvení, hučení) a Maruška

se spontánně pohybuje směrem ke zvuku a přikládá si rouru k hlavě, vše za asistence očního kontaktu. Svoji roli sehrála i hudba, která hrála (Bobby McFerrin), která je právě založena na vydávání zvuku člověkem (velmi rytmická a „chytlavá"). Při další aktivitě po troubení a poslechu následuje pohlazení od Marušky, tedy důležitý fyzický kontakt, který byl v tomto ohledu přijatelný a mohl znamenat jisté ocenění práce a projev libosti u dívky. Při hraní hudby o nevýrazném rytmu se Marie pouze potácela po místnosti, brala si další věci do rukou a úst, odpoutala se od další osoby. Naladění přišlo ale o trošku později, terapeut vítal dívku ve svém prostoru a ta se zachytila o jeho ruku, následovalo točení, tedy spolupráce. Objevilo se také točení pomocí obou rukou. Závěr byl znovu zaměřen na odpoutání terapeuta od dívky (za pomoci menší aktivity, až pasivity).

Analýza interakce a komunikace jsou vytvořeny na základě videozáznamu o celkové délce 31 minut a 20 vteřin. Záznam je poměrně málo kvalitní (fotoaparát v režimu videa).

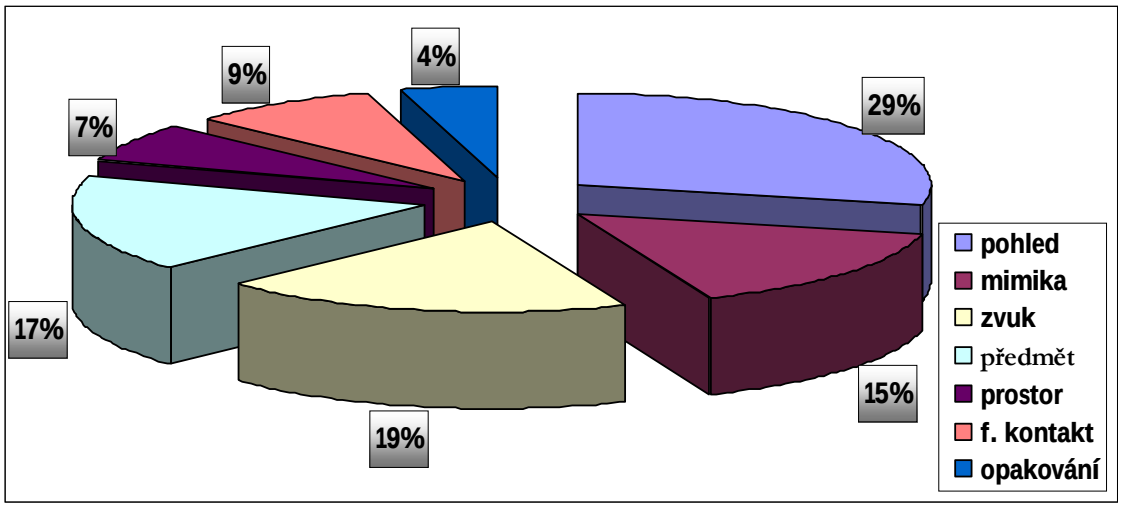
5.2.1 Analýza sociální interakce a komunikace

Celková doba videozáznamu byla 31 minut a 20 sekund, ač byla délka setkání přibližně hodinu. Celkový počet projevů interakce a komunikace u Marušky byl 185 a průměr četnosti na minutu byl 5,9.



Graf 5. Četnost projevů interakce a komunikace během druhého setkání.

Jak můžeme vidět na Grafu 5, četnost projevů se u dívky mírně vyrovnala. Největší četnost ze sledovaných kategorií můžeme spatřit v pohledu (53), ale nárůst v tomto ohledu zaznamenal hlavně přímý oční kontakt. Na dalších příčkách následuje zvuk (35), který doprovázel hodně činností od Marušky; komunikace pomocí předmětu (32), hlavně jehož pomocí probíhal proces naladění a tím výrazně pomohl k derivátu – fyzickému kontaktu; třetí ze skupiny byla mimika (28), kterým Maruška reagovala na některé činnosti terapeuta (zejména úsměvem). Zajímavým faktem je pokles využití komunikace prostorem (13), jakož to nepřímé komunikace a prudký nárůst fyzického kontaktu (16), který se v prvním setkání vůbec neobjevil. Marie opakovala pohyb v osmi případech.



Graf 6. Poměrné zastoupení jednotlivých složek komunikace a interakce během druhého setkání.

V Grafu 6 si můžeme povšimnout rovnoměrnějšího zastoupení jednotlivých kategorií, největší procento zabírá pohled, na dalších třech místech následuje zvuk (19%), předmět (17%) a mimika (15%), což znamená jejich relativně vyrovnanou a důležitou úlohu v komunikaci a interakci dítěte. První čtyři části můžeme označit za hlavní „interakční oblastí" Marušky v tomto setkání. Souvisely zejména s dobrou a pohodovou náladou dívky během setkání a úspěšnosti naladění. Kontakt prostorem se oproti dřívější hodnotě výrazně snížil (ze čtvrtiny na méně než desetinu), naproti tomu se fyzický kontakt stal jednou desetinou veškerého kontaktu s Maruškou. Opakování pohybů a reakce na pohyb terapeuta se zmenšila a zabírá nejmenší část v komunikaci a interakci.

5.3 Třetí setkání

Třetí setkání bylo poznamenáno nachlazením (z návštěvy bazénu) a špatné nálady Marušky. Již během příchodu do prostor občanského sdružení dívka pláče a zlobí se. Maruška je patrně unavená. Na úvod se prochází po místnosti, vypadá neklidně, prohlíží si jednotlivé věci a velmi ji zaujal také napájecí kabel od cd přehrávače. Často bere do úst různé předměty, do rukou taktéž, točí s předměty

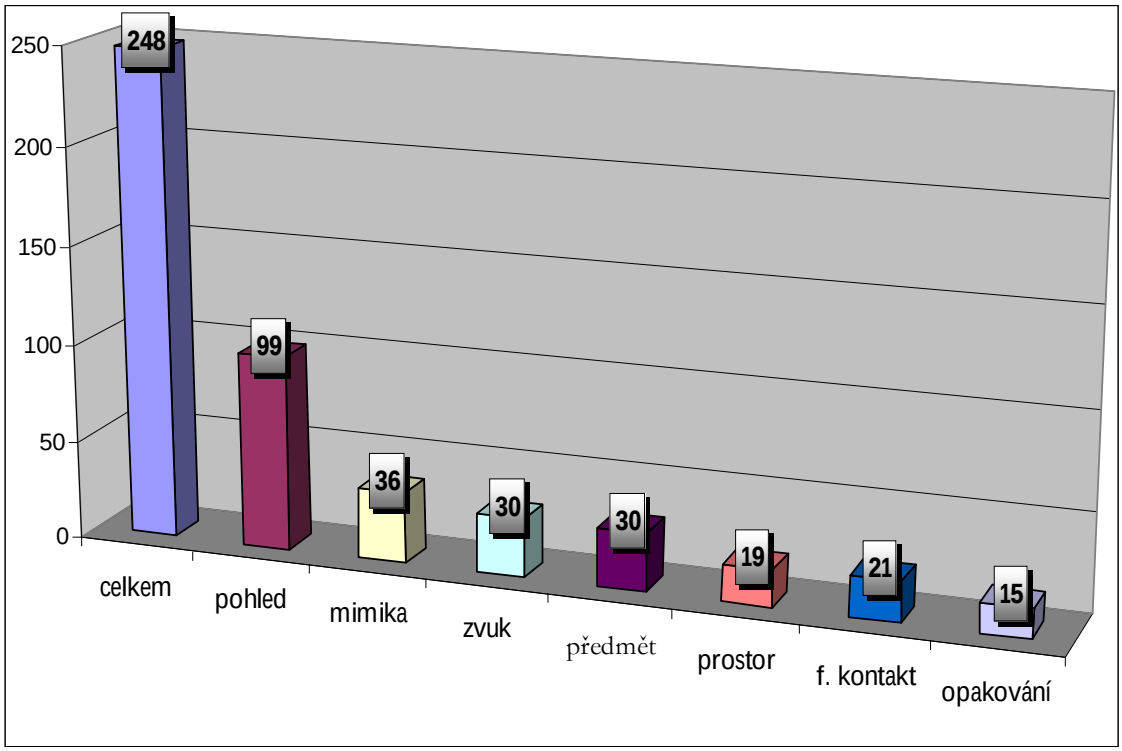
mnohem intenzivněji než minule. Reaguje avšak na zvuky terapeuta a začíná se pomalu nalaďovat, vydává své zvuky. Později se navazuje oční kontakt, který je zprvu krátký, ale existují chvíle, kdy se oční kontakt protáhne na dlouhé vteřiny. Hraje si z kruhem, kterým houpe sem a tam. Jsou patrné známky drobné změny činností, točí se dokola a hází míčky. V jedné chvíli si jde pro knížku, sedá si a prohlíží ji. Znovu ji upoutávají zvuky od terapeuta, což je dobrým signálem, že vnímá jeho přítomnost. Po dalším krátkodobém chození jde do prostoru matrací, kde si lehá vedle terapeuta a dochází k jakémusi zklidnění všech pohybů a uvolnění do podložky (má funkci podpory). Pořád při tom drží knížku a věnuje ji pozornost, terapeut se snaží jemně hýbat s knížkou, což Marušce zjevně nevadí, ale po chvilce se opět zvedá a putuje po místnosti - zkoumá ji a také jednotlivé předměty. Když dochází k zrcadlu, tak sleduje nejprve sebe a potom i otce s terapeutem, kteří se nachází na druhé straně místnosti, vše se děje přes zrcadlo. Všechny Maruščiny reakce se začínají prodlužovat. Během dalšího dlouhého očního kontaktu chytne Marie terapeuta za nos a potom i pusu. Je možné, že zkoumá jeho tělo. Dále následuje drobná pasivita a po chvilce „výbuch" vzteku a pláče, bez zjevného přičinění někoho jiného. Maruška se po chvilce zklidňuje a potom se daný stav ještě párkrát opakuje. Dívka někdy reaguje velmi dobře na hudbu, zaposlouchá se do ni, její pohyb také reaguje na hudbu (zpomalení, zrychlení). V další části Maruška zase spolupracuje pomocí kruhu a jeho houpání. Dokonce zareagovala na vtip, resp. vtipnou otázku, která rozesmála všechny přítomné. Bylo zvláštní pozorovat, reakci Marušky na vtip, je otázkou, zda-li mu porozuměla nebo jenom cítila jakýsi „vtipný náboj". V tomto setkání se u Marušky projevovaly velké výkyvy nálad, které ale dávala jasně najevo pomocí mimiky v obličeji a pláčem. Při jednom zklidnění následoval od Marušky opakovaně dlouhý pohled do očí. Tento kontakt je ale vždy přerušen odchodem dívky bez dalšího kontaktu, který by přímo navazoval. V dalším dění Maruška chytala terapeuta za ruku, probíhalo točení na jednu stranu a na otázku: „budeme se točit na druhou?" reagovala změnou pohybu a výměnou ruky. Při zklidnění a ukončování setkání si Maruška sedla a hrála si se šátkem. Terapeut využil zrcadlení pohybu a vydávání zvuku (žmoulání) pomocí šátku. Dívka

celou dobu klidně seděla, využilo se taktéž hlazení přes šátek, které nemělo žádnou negativní odezvu. Ta nastala až při přerušení a odpoutání terapeuta vzhledem k ní.

Následný rozbor bylo možno poprvé vytvořit z uceleného videomateriálu, který měl přesně jednu hodinu, proto se mohou výsledky pozorování od předchozích kvantitativně lišit.

5.3.1 Analýza sociální interakce a komunikace

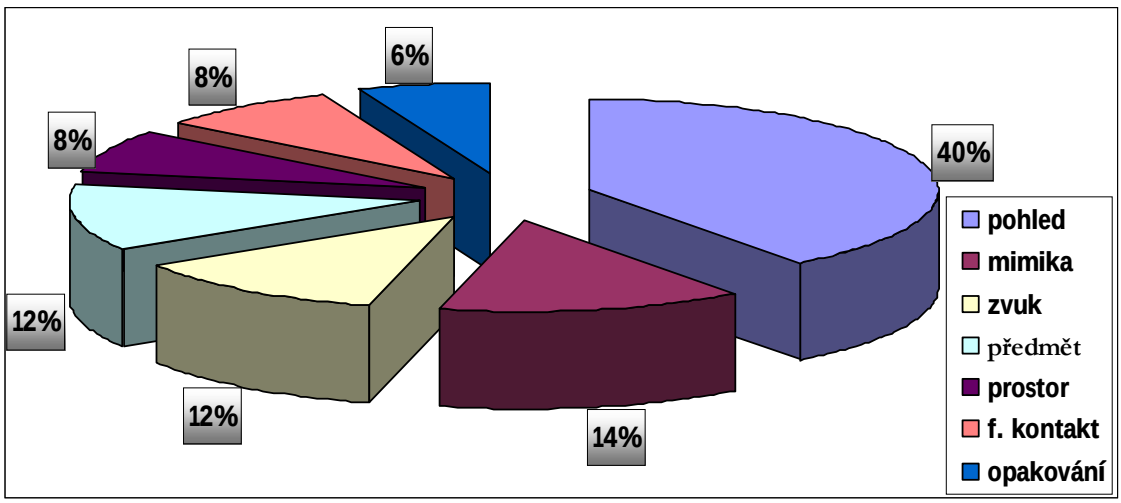
Celková doba videozáznamu byla přesně jednu hodinu a zahrnovala celý průběh setkání tanečně-pohybové terapie s Maruškou. Celkový počet projevů interakce a komunikace u Marušky byl 248 a průměr četnosti na minutu byl 4,13.



Graf 7. Celková četnost a dílčí četnosti projevů interakce a komunikace u Marušky ze třetího setkání.

Podle Grafu 7 největší četnost nám znovu „zajišťuje“ sloupec pohledu (99), hlavně díky střídavě pasivnímu a aktivnímu přístupu Marušky, vzhledem k jejím zdravotním indispozicím. Tento sloupec ale můžeme považovat i za kvalitativně jiný

než předchozí, poněvadž dívka využívala mnohem více očního kontaktu (také delší). Můžeme z této kategorie odvozovat relativní distanc mezi klientem a terapeutem, udržování odstupu. Se značnou ztrátou byl druhým nejčastějším projevem interakce a komunikace u Marušky mimika (36) - mimický projev, který byl demonstrován zejména ve formě pláče a vyjadřování nelibosti, úsměv příliš častý nebyl. Četnosti 30 se dočkala komunikace přes předmět a pomocí zvuku. Zejména komunikace zvukem byla velmi silná a dokazovala tak nutnost vyjadřování u Marušky. Komunikace přes předmět v takové četnosti umožňovala přechod k fyzickému kontaktu (21), který byl tímto poměrně vysoký vzhledem ke komunikaci a interakci zvukem, předmětem a mimikou. Nejméně četná byla kategorie prostoru a opakování, která nám přinesla četnosti 19, resp. 15. Vzhledem k ostatním kategoriím, ale nejsou tato čísla zanedbatelná a představují významnou část v komunikaci.



Graf 8. Poměr jednotlivých kategorií interakce a komunikace ve třetím setkání.

V Grafu 8 se dozvídáme, že výrazný podíl z celkového počtu podnětů od Marušky můžeme spatřit v oblasti pohledu (40%), zjednodušeně můžeme říci, že tvoří téměř polovinu. Zbytek tvoří druhou polovinu (přesněji 60%), nicméně nejsou tolik patrné rozdíly mezi nimi. Mimiku a zvuky bychom mohli vztáhnout k pohledu, protože tyto podněty určené ke komunikaci jsou do značné míry pasivní a nejsou založeny na aktivní spolupráci. Komunikace prostorem je na ústupu a tvoří

asi jednu dvanáctinu celkové komunikace a interakce. Za povšimnutí stojí využití předmětu, fyzického kontaktu a opakování, jenž vyžaduje zvýšené úsilí při spolupráci. Tyto kategorie tvořily zhruba jednu čtvrtinu všech podnětů Marušky.

5.4 Čtvrté setkání

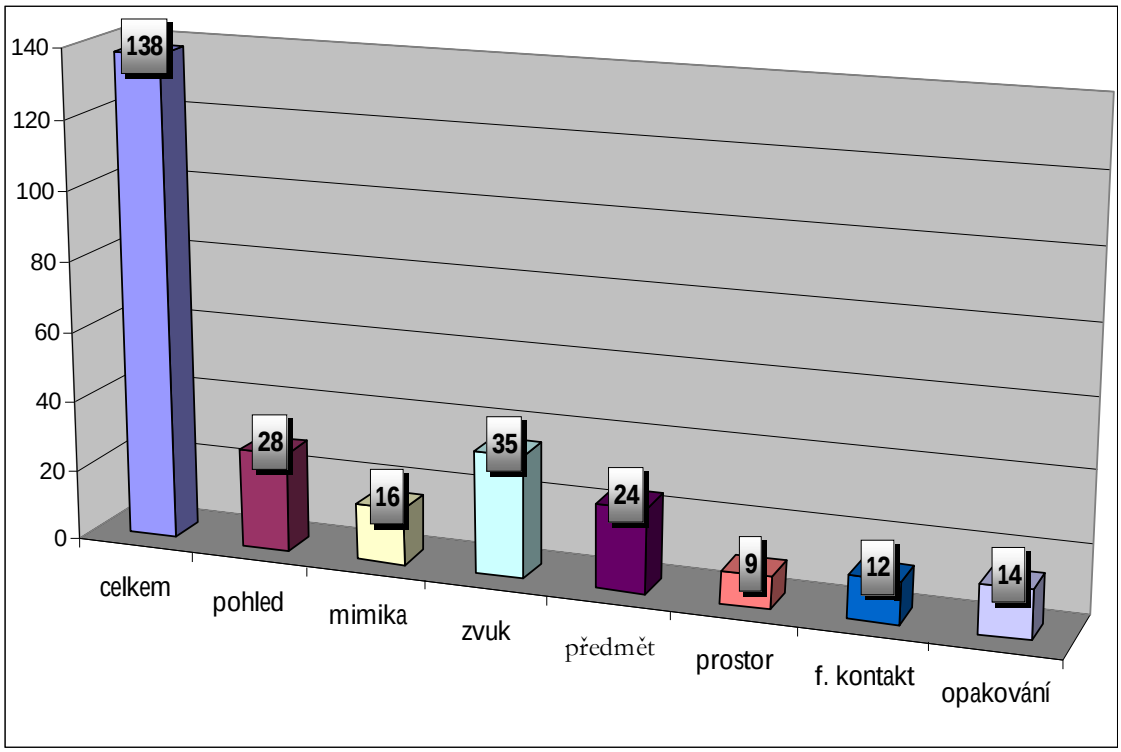
Maruška je už podle slov otce v pořádku a její nachlazení již pominulo. Dívka se zdá být v pořádku a negativně se neprojevuje. Úvod probíhá podle předchozích setkání, dívka přechází po místnosti a bere do rukou a úst různé předměty, se kterými si hraje nebo je zkoumá. Poměrně brzy navazuje přímý oční kontakt. Terapeut využívá různých zvuků (např. štěrkání gymnastických kruhů) k upoutání pozornosti Marušky. Ta reaguje otočením za zvukem a poslechem. Její poloha v prostoru je poměrně statická, moc se nepohybuje. Když si vezme kruh do ruky, vytváří nový, zajímavý pohyb – houpání nad úrovní hlavy. Prozkoumává dále i poličku, která je umístěna níže a tlačí do ní. Potom znovu prozkoumává místnost a dále se sleduje v zrcadle, pozoruje také ostatní. Objevuje se také negativní reakce, a to když se na Maruščiny nohy položí hračka – látková žížala. Vydává také zvuky, které mohou být i reakcí na hudbu. Znovu se u ni objevuje fascinace vypínačem a sem tam zhasne a rozsvítí. Nikdy ovšem po dlouhou dobu nenechá světlo zhasnuté. Během chození je patrné uvolnění Marušky v oblasti obličeje a jsou zde náznaky úsměvu, stále se vrací na stejné místo – matrace v rohu místnosti. Bere si různé hračky, hraje si s nimi a potom je odhazuje nebo navazuje jiný kontakt. Během úspěšného naladění terapeuta, Maruška vyhledává kontakt a dotýká se ho. Velmi zajímavý moment nastává, když terapeut točí s kruhem a dívka se k němu nakloní, naváže oční kontakt. Potom probíhá předávání předmětů, nejčastěji míčků a kruhů. Jsou přítomny i fáze, kdy je Maruška pasivní. Sedí na místě a sleduje dění v místnosti. Krásný důkaz interakce je když Maruška zhasne a rozsvítí světlo, terapeut udělá to stejné a potom verbálně vyzve Marušku k tomu, aby zhasla. Její reakce nenechá dlouho čekat a světlo zhasne a poté znovu rozsvítí. Během další

pasivní chvilky Marušky se ji snaží terapeut nějak zabavit, válí se na balóně, což má za následek smích dívky a tím pádem pozitivní reakci. Maruška se po skončení této fáze přiblíží a obejme terapeuta za hlavu a dá mu pusu do oblasti vlasů. Vše je velmi jemné a nejsou patrné žádné známky agresivity. Znovu probíhá komunikace přes předmět, konkrétně přes žížalu. Následují momenty dlouhého očního kontaktu a také reagování obou stran na různé zvuky – hlásky a „cvakání" pusou. Maruška se poté znova oddává sezení na židli a hraje si s gymnastickou obručí, sleduje přitom, co se děje v místnosti. Následuje chození po místnosti a také zajímavé točení s míčkem mezi dlaněmi. Při zklidňování a uzavření setkání, dané hlavně pasivitou terapeuta se Maruška pohybuje sem a tam do jeho osobního prostoru. Můžeme to do jisté míry interpretovat jako vyhledávání kontaktu, který nepřichází (v aktivní formě).

Během setkání byla bohužel znovu možnost natáčet videomateriál pouze na digitální fotoaparát, což se projevilo také v čase nahrávky – 28 minut a 7 sekund.

5.4.1 Analýza sociální interakce a komunikace

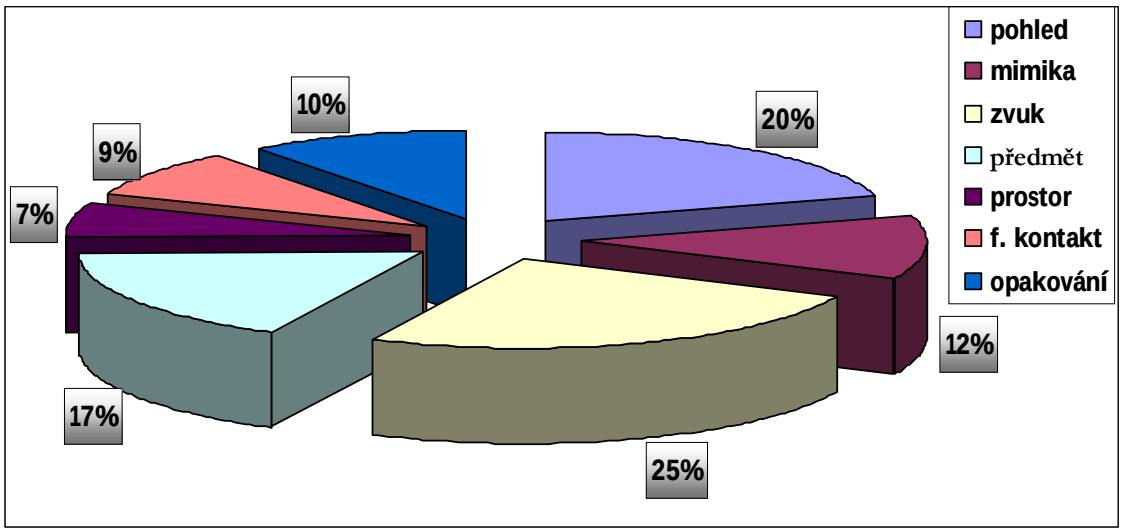
Celkový videozáznam ze setkání byl pouze necelou půlhodinu, tj. polovina z celého setkání. Záznam je také v relativně špatné kvalitě díky využití nekvalitního zaznamenávacího zařízení. Celková četnost projevů interakce a komunikace byla 138 a četnost za minutu 4,91.



Graf 9. Celková četnost a dílčí kategorie projevů interakce a komunikace u Marušky během čtvrtého setkání.

V Grafu 9 můžeme pozorovat odchylku od četnosti jednotlivých kategorií z hlediska předchozích pozorování. Největší četnost má zvuk (35), respektive zvukový projev Marušky, kdy reagovala hlavně na hudbu, činnosti terapeuta a také na proces naladění (reakce na zvuk zvukem). Druhou nejčetnější položkou zde vidíme pohled (28), jenž byl v předchozích setkáních výrazně dominantní. Můžeme to přisuzovat náhradou pohledu jinými projevy, zejména zvukem a potom přímou komunikací pomocí opakování, fyzického kontaktu a kontaktu přes předmět. U všech těchto kategorií byl do jisté míry pohled přítomen, čímž chceme vyvrátit tvrzení, že navazování kontaktu pohledem mizí. Výrazná byla komunikace přes předmět (24) a fyzickým kontaktem (12). Tyto formy se objevovaly častěji než v minulosti a jsou projevem jistého naladění a synchronicity, také vývoje terapeutického vztahu mezi klientem a terapeutem. Mimika (16) měla menší četnost než ve třetím setkání, Maruška měla obvykle konstantně uvolněný obličej s náznakem úsměvu, avšak výraznější projevy nelibosti a libosti se neprojevily.

Důležitou součástí komunikace bylo také opakování (14), které zaznamenalo pokrok v rámci kreativního procesu komunikace a reagování Marušky na podněty terapeuta. Nejméně četnou položkou byla komunikace prostorem (9), která byla nahrazována jinými, účelnějšími formami komunikace a interakce, ale nechceme znovu snižovat její důležitost.



Graf 10. Poměr jednotlivých složek interakce a komunikace během čtvrtého setkání.

Graf 10 nám ukazuje značně odlišné zastoupení jednotlivých složek interakce a komunikace u Marušky. Všechny kategorie mají relativně nízkou odchylku (od 7% do 25%). Celou čtvrtinu projevů dítěte můžeme nalézt ve zvukových projevech, pětina podnětů je soustředěna v očním kontaktu s terapeutem. Mimická reakce je zastoupena ve 12% případů. Za to kontakt přes předmět a přímý fyzický kontakt tvoří dohromady celou čtvrtinu všech projevů interakce a komunikace. Deset procent tvoří opakování (modifikované, tvořivé). Tento fakt může mít spojitost s jistou představivostí u Marušky a její schopností hrát „na něco" či jinak reagovat na podněty druhých, v takových projevech je patrná schopnost vyjádřit se „sám za sebe" v návaznosti na druhé lidi (můžeme to přirovnat k pozdravu „ahoj" a následné odpovědi „čau"). Komunikace prostorem tvoří nejmenší část projevů, avšak není nijak výrazně menší.

5.5 Páté setkání

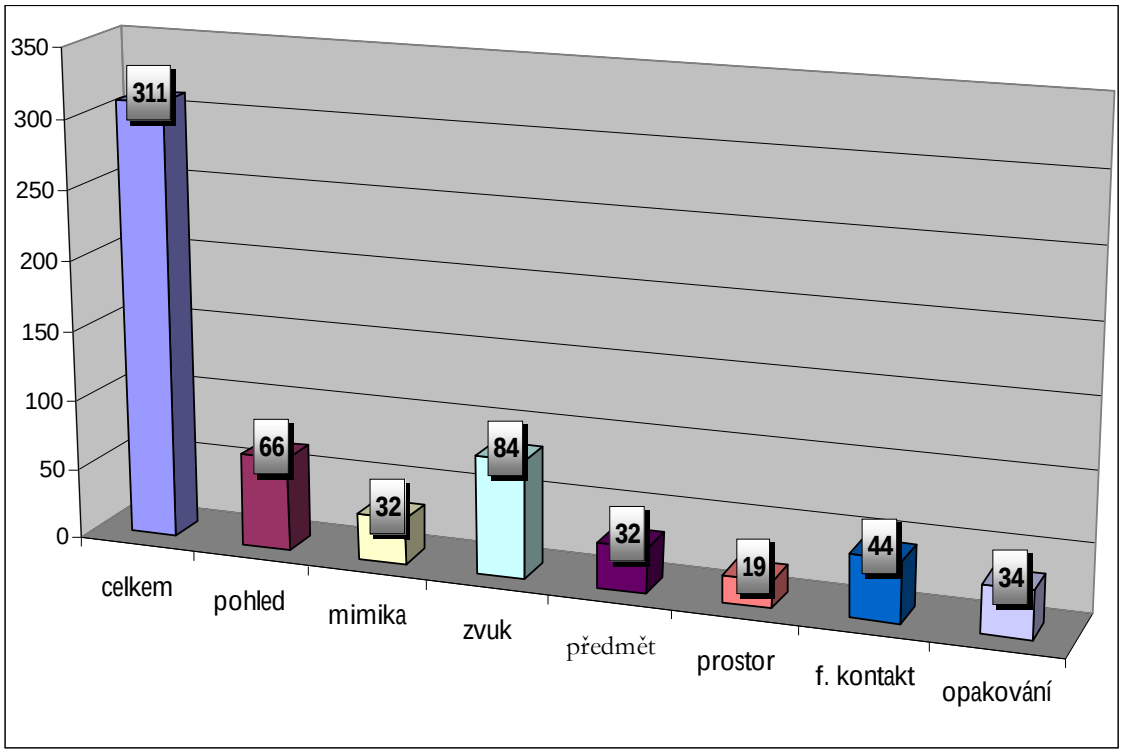
Před pátým setkáním nebyly na Marušce vidět žádné známky nějakého špatného naladění, podle otce byla dívka v pořádku a zdráva. Občas si ale stěžovala na bolesti bříška. Úvod doprovázelo typické Maruščino chození kolem terapeuta, avšak po pár projití navázala rychle oční kontakt. Dívka také patrně rychle získala kontakt s hudbou a naladila se na ni. Důležité pro ni je pozorování detailů místnosti, ať už se jedná o stěnu, napájecí kabel, trubky nebo okno. Během prvních pár minut je Maruška schopna opakovat a reagovat na pohyby terapeuta, například pohlazením stěny. Dívka zkoumá místnost nejen pouhým chozením, ale také různými předměty, například kruhem vymezuje svoje hranice. Také často zkoumá ústy různé předměty a přitom sleduje další lidi v místnosti. Maruška někdy spontánně chytne předmět, který má terapeut a tak se to opakuje i vícekrát. Často reaguje zvukem buď na hudbu, nebo doprovází své pohyby, či reaguje na terapeuta a otce. Znovu se ráda sleduje v zrcadle a také ostatní. Během setkání se k němu poměrně často vrací. V tomto pátém setkání se projevuje mírný rušivý vliv kamery, Marušku fascinuje její šňůrka. Velmi často skáče na místě i do prostoru a přitom vydává zvuky a tleská. Houpe kruhy velmi vysoko, nejen v rovině vertikální, ale také rovině horizontální. Maruška dvakrát opustila místnost (zřejmě slyšela maminku, která byla vedle), což mělo negativní vliv na naladění (jeho ztráta). Následovala pasáž kdy se Maruška zlobila, projevovala svoji úzkost plácáním rukama, ale i tak dokázala navázat dlouhý oční kontakt. Terapeut proto vzal šátky a snažil se Marušku uklidnit. Zaujalo ji až okamžik, kdy si dal terapeut na hlavu průhledný šátek a do něj potom foukal. Maruška se naklonila a taky foukala směrem k šátku. Potom ještě nějakou dobu byla dívka pasivní a seděla nebo volně chodila po místnosti bez navazování jakéhokoliv kontaktu, pouze zvuků. Krásný byl také kontakt Marušky a následné točení nebo pohrávání si s tělem terapeuta. Většinu času ale měla v ruce gymnastický kruh, který odkládala jen výjimečně, díky něj se ale dal navodit kontakt. Maruška také párkrát komunikovala s otcem, který její „výkony" komentoval. Během setkání se také využila roura (didgeridoo), která upoutala pozornost Marušky a ta zvuky,

které se na něm vydávaly pečlivě poslouchala a také zakrývala výstupní otvor roury. Někdy, když Maruška chodila sem a tam po místnosti využívala repetitivní pohyby s předměty v ruce (malá hadička či cd). Ukončení probíhalo pozvolna, pomocí závěrečného „obrazu".

Na následnou analýzu byl k dispozici videomateriál z celého setkání, který měl délku 49 minut a 10 sekund. Poskytuje výrazně lepší kvalitu než předchozí záznamy.

5.5.1 Analýza sociální interakce a komunikace

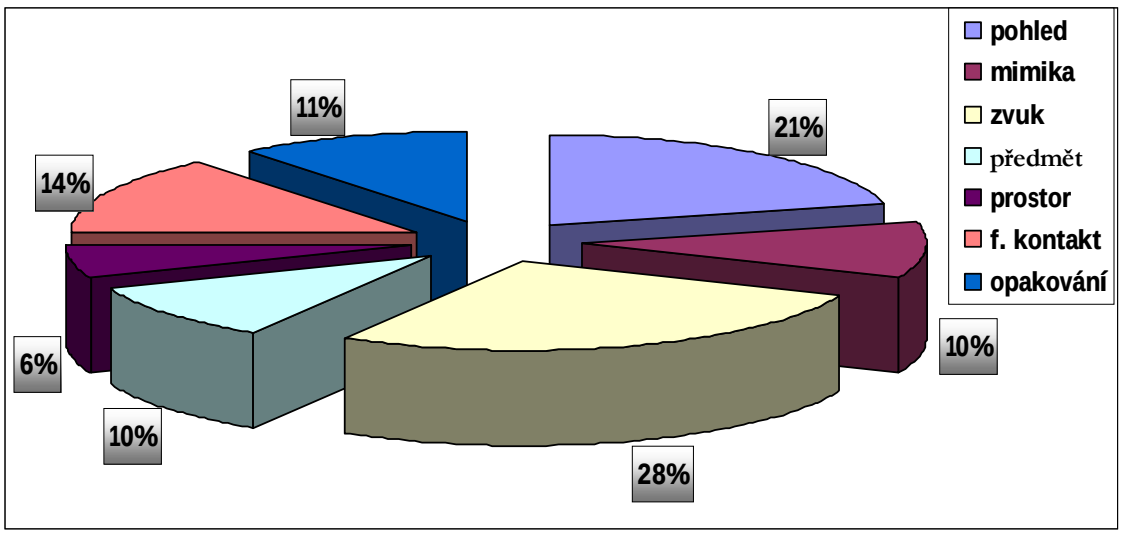
Celková četnost projevů sociální interakce a komunikace u pátého setkání je 311, to znamená, že na minutu záznamu připadala četnost 6,32 podnětů.



Graf 11. Celková a dílčí četnost projevů interakce a komunikace z pátého setkání

V Grafu 11 můžeme vidět poměrně velkou celkovou četnost projevů u Marušky za jedno setkání. Největší četnost má zvuk (84), resp. zvukový projev jako reakce na hudbu, hlas a doprovod různých pohybů. Maruška využívala zvuky zejména k doprovodu svých pohybů. Druhou nejpočetnější kategorií je pohled (66), přímý

oční kontakt dívka využívala již během počátku setkání. Do jisté míry překvapením můžeme hodnotit četnost fyzického kontaktu (44), který byl v tomto setkání až neobvykle častý, projevoval se různými druhy – hlazením, kontaktem ruky, držení se, atp. Dokonce byl četnější než kontakt přes předmět, který byl zastoupen ve 32 případech, předpokládáme, že kontakt přes předmět byl nahrazován přímým fyzickým kontaktem, což znamená, že se již vybudoval určitý stav důvěry mezi Maruškou a terapeutem. Projevy mimiky (32) byly zastoupeny ve stejném počtu jako kontakt přes předmět, shromažďovaly se během krátkých časových úseků, většinou díky negativním projevům Marušky, zejména pláčem a projevem nelibosti. Další nárůst zaznamenalo také opakování, které mělo četnost 34 projevů. Objevilo se již v raných fázích setkání jako reakce na terapeutovy podněty (zkracující se čas nutný k naladění). Nejméně projevů komunikace a interakce se u Marušky jevila komunikace pomocí prostoru (19), která se objevovala stejně jako mimika jenom v určitých fázích setkání.



Graf 12. Podíl jednotlivých složek interakce a komunikace u Marušky během pátého setkání.

Podíl jednotlivých projevů interakce a komunikace (Graf 12) se docela liší od předchozích. Největší podíl, a to 28% zaujímá zvuk, který je přítomen v mnoha projevech Marušky. Můžeme si všimnout, že podíl opakování, fyzického kontaktu a kontaktu přes předmět se značně zvýšil, a to na 35%. Tedy plnou třetinu tvoří

aktivní forma kontaktu Marie. Pohled, zvuk a mimika mají ale také svoje důležité postavení v komunikaci a znovu podotýkáme, že některé projevy interakce a komunikace jdou ruku v ruce a nelze je „chirurgicky“ dělit. Grafy mohou být touto skutečností do jisté míry ovlivněny.

6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A DISKUSE

V této kapitole se pokusíme stručně zhodnotit a graficky znázornit výsledky pozorování. Než k tomu ale přejdeme, musíme podotknout, že metoda pozorování je relativně hodně subjektivní a velmi závisí na člověku, který sledované okolnosti interpretuje.

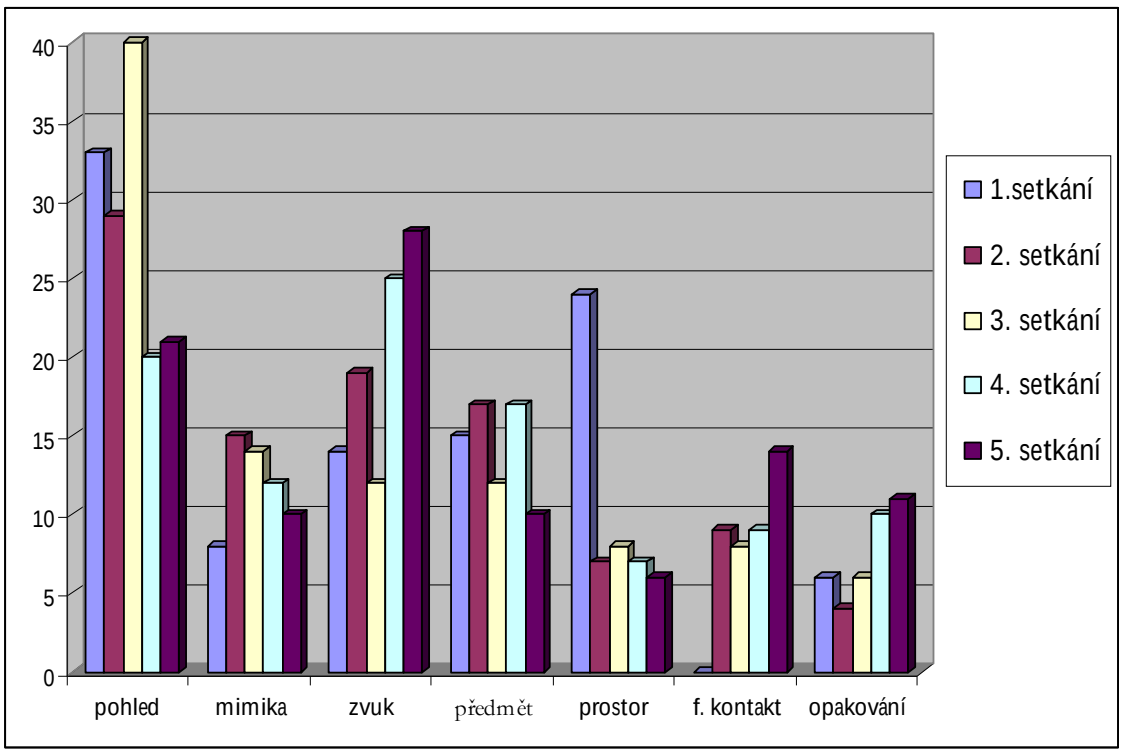
Během setkání tanečně-pohybové terapie jsme se snažili vycházet z cílů, které jsme si určili s rodiči Marie. Po pátém setkání jsme se shodli na zachování stávajících cílů v další intervenci.

V designu práce jsme si kladli základní otázky „průzkumu", na které se teď pokusíme odpovědět.

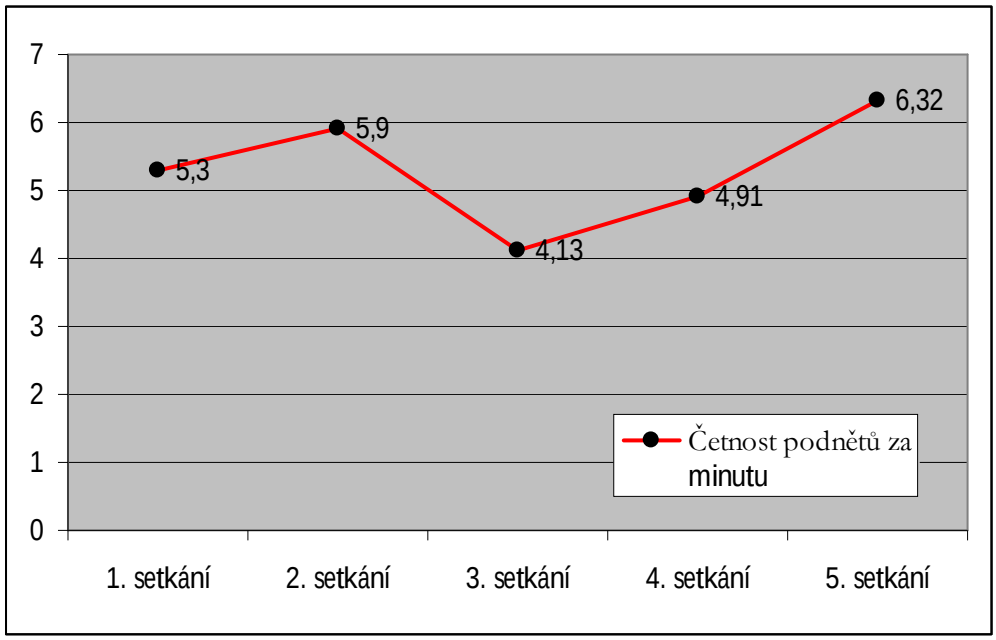
Analýza pohybů se zaměřovala na všechny hlavní oblasti, a to tělo, kvality pohybu, tvaru a prostoru:

- tělo – Maruška využívala hlavně periferie těla, při prozkoumávání okolního prostředí používala zejména horních končetin, k pohybu po prostoru dolních končetin; hlavu využívala zřídka, pouze když ji natáčela k nějakému objektu; torso (trup) těla bylo téměř nevyužito, drobné pohyby se projevovaly nejzřetelněji při bolestech břicha, kdy se celý trup nakláněl (kolébal);
- kvality pohybu – dívka nevyužívala kvality v pravém slova smyslu, ale pouze prekvality pohybu (váha, prostor, čas a plynutí);
- tvar – nejčastěji se objevoval vztah „já – objekt", který byl prezentován ve využívání různých hraček a předmětů, také zahrnoval kontakt s jinou osobou; vztah „já – já" byl také zřetelný díky strkání různých věcí do úst, kde se vymezovaly hranice těla v prostoru; posledním vztahem je „já – s objektem", který Maruška využívala při spolupráci s terapeutem při různých činnostech;
- prostor – využití všech rovin těla, nejvíce je patrná vertikální rovina, která souvisí s vlastním egem, sagitální rovina (pohyb vpřed a vzad) a nejméně patrná byla rovina horizontální (komunikační).

Otázka úrovně Marušky týkající se interakce a komunikace byla rozvedena již v analýze jednotlivých setkání. Projevy (jejich četnost a podíl) jednotlivých složek sociální interakce a komunikace se značně měnil. Výborně to ilustruje následující graf (Graf 13), který nám srovnává procentuální projevy v jednotlivých setkáních. Můžeme si srovnat, v jakém setkání se projevovaly různé složky více či méně. Jak se zvětšovaly či zmenšovaly. Interpretace pozorování je v tomto ohledu ale velmi těžká, neboť mnoho projevů Marušky bylo různě kombinováno a mohlo dojít ke zkreslení četností jednotlivých položek. Také musíme brát v potaz nezachycení setkání celkově, díky nedostatečnému technickému vybavení. Do grafu se promítly pouze podněty od dívky a nikoliv podněty vytvořené terapeutem. Graf 14 nám ukazuje množství jednotlivých projevů za minutu (interakce a komunikace v jednotlivých setkáních).



Graf 13. Poměrové zastoupení jednotlivých druhů projevu interakce a komunikace v rámci prvního až pátého setkání.



Graf 14. Četnost podnětů Marušky za minutu v jednotlivých setkáních.

Během následujících setkání se budeme snažit dále o:

- zmenšování počtu věcí v místnosti, aby Maruška využívala primárně kontaktu s člověkem,
- zachování přítomnosti otce na setkáních,
- vytváření kvalitních videomateriálů pomocí videokamery,
- kontaktování odborníků, konzultací a interpretaci výsledků,
- větší strukturaci hudby v jednotlivých setkáních,
- zlepšování dovednosti (a tím i rychlosti) naladění,
- interpretaci projevů interakce a komunikace jako celku.

Na závěr si klademe stejné otázky, jako v designu práce. Rozvíjí tanečně-pohybová terapie pohyby a podněcuje rozvoj sociální interakce a komunikace? Na tuto otázku nemůžeme jasně odpovědět, vzhledem k možnostem práce s dítětem s poruchou autistického spektra. Můžeme ale říct, že tanečně-pohybová terapie, resp. přístup terapeuta měl vliv na projevy Marušky v oblasti sociální interakce a komunikace. Maruška začala využívat jiné formy komunikace a začala

více spolupracovat s terapeutem, vyhledávala častěji kontakt a dokonce se u ni projevily i známky jednání, které můžou předurčovat rozvoj představivosti.

ZÁVĚR

Existuje spousta možností terapie u autistických dětí. Tanečně-pohybová terapie má však jednu podstatnou výhodu, a to, že nepotřebuje slova. Hlavním prostředkem změny je pohyb. Teoretická základna tanečně-pohybové terapie je značně široká, ale díky „prosté" individualitě každého jedince nemůže být zevšeobecněna.

Smyslem této práce bylo poodkrýt možnosti terapeutické intervence u dítěte s poruchou autistického spektra. Úkolem případové studie bylo přiblížit vývoj Marie a rodinné poměry. Popis jednotlivých setkáních na základě pozorování a jejich analýza měla doložit nebo vyvrátit úspěšnost působení pomocí tanečně-pohybové terapie. Z výsledků je patrné, že se jistá změna v chování Marušky projevila. Avšak vzhledem k tomu, že byla naše studie velmi krátká, nemůžeme vyvozovat žádné rozsáhlejší závěry. Je třeba ještě mnoho zkoumání jednotlivých složek pohybů a projevů autistických dětí, aby bylo možno vytvořit například metodiku práce.

Již v této chvíli můžeme říct, že tanečně-pohybová terapie u Marušky bude i nadále pokračovat a komplexnější výsledky budou prezentovány v nadcházejících pracích.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

[1]. ARIETI, S.(ed.). *The American Handbook of Psychiatry*. Vol. V. 1975.

[2]. ATKINSON, R. L., ATKINSON, R. C., SMITH, E. E., BEM, D. J., NOLEN-HOEKSEMA, S. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. 2. vydání. 751 s. ISBN 80-7178-640-3.

[3]. BERANOVÁ, I., THOROVÁ, K., HRDLIČKA, M., PROPPER, L. *Specifické diagnostické metody*. In HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. a kol. *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004. 206 s. 1. vydání. s. 92 – 106. ISBN 80-7178-813-9.

[4]. BERGER, M. R. Ústní podání. Praha: srpen – září, 2007.

[5]. BEYER, J., GAMMELTOFT, L. *Autismus a hra*. Příprava herních aktivit pro děti s autismem. Praha: Portál, 2006. 98 s. 1. vydání. ISBN 80-7367-157-3.

[6]. BLÍŽKOVSKÁ, J. *Úvod do taneční terapie*. Brno: Vydavatelství MU, 1999. 103 s. ISBN 80-210-2100-4.

[7]. ČÍŽKOVÁ, K. *Tanečně-pohybová terapie*. Praha: Triton, 2005. 1. vydání. 119 s. ISBN 80-7254-547-7.

[8]. DE CLERQ, H. *Mami, je to člověk, nebo zvíře?* Myšlení dítěte s autismem. Praha: Portál, 2007. 102 s. 1. vydání. ISBN 978-80-7367-235-5.

[9]. EDELSBERGER L., a kol. *Defektologický slovník*. Praha: Nakladatelství H&H Vyšehradská, s.r.o., 2000. 418 s. 3. upravené vydání. ISBN 80-86022-76-5.

[10]. GILLBERG, CH., PEETERS, T. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál, 2003. 122 s. 2. vydání. ISBN 80-7178-856-2.

[11]. HABARTOVÁ, V. *Taneční terapie a její využití u jedinců s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky, 2007. 87 s. Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

[12]. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 1. vydání. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

[13]. HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. a kol. *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004. 206 s. 1. vydání. ISBN 80-7178-813-9.

[14]. JEBAVÁ, J. *Kapitoly z dějin tance a možnosti terapie*. Praha: Karolinum, 1998. 123 s. 1. vydání. ISBN 80-7184-620-1.

[15]. JELÍNKOVÁ, M. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7290-042-0.

[16]. JELÍNKOVÁ, M. *Autismus VIII.* Pedagogicko-psychologické hodnocení a výchovně vzdělávací strategie u žáků s autismem. Praha: IPPP ČR, 2004. ISBN 80-86856-00-3.

[17]. KAYLO, J. Studijní materiály II. výcvikové skupiny tanečně-pohybové terapie. Praha: duben, 2006.

[18]. KAYLO, J. Studijní materiály II. výcvikové skupiny tanečně-pohybové terapie. Praha: březen, 2007.

[19]. KAYLO, J. Ústní podání. Praha: březen, 2007.

[20]. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. 5. vydání. 382 s. ISBN 80-7367-122-0.

[21]. LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000. 2. vydání. 431 s. ISBN 80-7178-381-1.

[22]. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice.* Olomouc: VUP, 2005. 1. vydání. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

[23]. PAYNEOVÁ, H. *Kreativní pohyb a tanec*. Praha: Portál, 1999. 239 s. 1. vydání. ISBN 80-7178-213-0.

[24]. PEETERS, T. *Autismus*. Od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci. Praha: Scientia, 1998. 169 s. 1. vydání. ISBN 80-7183-114-X.

[25]. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2001. 322 s. 1. vydání. ISBN 80-7178-579-2.

[26]. SCHOPLER, E. Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje. Praha: Portál, 1999. 172 s. 1. vydání. ISBN 80-7178-202-5.

[27]. SRBKOVÁ, J. *Edukační a terapeutické přístupy k osobám s vybranou duševní poruchou.* Olomouc: Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky, 2007. 90 s. Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

[28]. STANTON-JONES, K. *Dance Movement Therapy In Psychiatry*. London: Routhledge, 1992. 268 s. ISBN 0-415-05983-6.
[29]. ŠICKOVÁ-FABRIZZI, J. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. 167 s. 1. vydání. ISBN 80-7178-616-0.
[30]. THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006. 453 s. 1. vydání. ISBN 80-7367-091-7.
[31]. TORTORA, S. *The Dancing Dialogue*. Using Communicative Power of Movement with Young Children. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 2006. 1. vydání. 532 s. ISBN 1-55766-834-5.
[32]. WHO. *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize*. Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 251 s. 3. vydání. ISBN 80-85121-11-5.

INTERNETOVÉ ODKAZY

[33]. *Historie JAN-Olomouc, o.s.* [online]. [cit. 2008-03-01]. Dostupné na: <http://www.jan-olomouc.estranky.cz/clanky/o-nas/historie-jan---olomouc-o_s_>.
[34]. *TANTER* [online]. [cit. 2008-03-15]. Dostupné na: <http://www.tanter.cz/obrazek1.html>.

OSTATNÍ PRAMENY

[35]. CHODOROW, J. *Aktivní imaginace v pohybu*. Seminář tanečně-pohybové terapie. Praha: TANTER, 2006.

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ

Obrázek 1……26
Obrázek 2……27
Obrázek 3……33
Obrázek 4……36
Obrázek 5……42
Tabulka 1……34
Graf 1……29
Graf 2……30
Graf 3……83
Graf 4……84
Graf 5……87
Graf 6……88
Graf 7……90
Graf 8……91
Graf 9……94
Graf 10……95
Graf 11……97
Graf 12……98
Graf 13……101
Graf 14……102

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Posuzovací škála dětského autismu (CARS)

Příloha 2: Diagnostická kritéria WHO – MKN 10 pro Dětský autismus (F84.0)

Příloha 3: Fotografie z tanečně-pohybové terapie

Příloha 4: DVD s ukázkou videozáznamu ze setkání tanečně-pohybové terapie