

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

**Muzikoterapie jako nástroj sociální interakce u předškolních dětí
s autismem**

Magisterská práce

Autor: Bc. Iveta Dubská

Aplikované pohybové aktivity

Vedoucí práce: PaedDr. Zbyněk Janečka, Ph.D.

Olomouc 2017

Jméno a příjmení autora: Bc. Iveta Dubská

Název diplomové práce: Muzikoterapie jako nástroj sociální interakce u předškolních dětí s autismem.

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí práce: PaedDr. Zbyněk Janečka, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2018

Abstrakt:

Tato diplomová práce vychází z potřeby zhodnotit, jak se hudební terapie může zařadit do kontextu terapií a rehabilitace osob se zdravotním postižením a jak různé techniky hudební improvizace mohou nabídnout odpovědi na mezilidské komunikační úrovni. Týká se nabídky inovace služeb v oblasti vzdělávání a volného času pro děti s poruchou autistického spektra. Zabývá se muzikoterapií začleněnou do výuky ve speciální mateřské škole, která hledá nové stimuly pro děti s autismem, jež tuto školu navštěvují. Jejím cílem je popsat nové možnosti rozvoje žáka s poruchou autistického spektra pomocí muzikoterapie. Teoretická část obsahuje charakteristiku poruch autistického spektra, muzikoterapie a popis speciální mateřské školy. Práce vychází z teoretického výzkumu technik hudební improvizace, který může být použit v procesu hudební terapie, a později s individualizovaným přístupem k dítěti v muzikoterapii, který pak představují klinické kazuistické případy prezentované v závěrečné části této práce. V poslední kapitole popisují i hudebně - terapeutický proces práce, vztahy setkání, analýzu improvizovaných technik, úvahy, stanovené cíle a dosažené cíle. Práce je doprovázena také videem jednotlivých setkání muzikoterapie, jež bude popsán a komentován.

Klíčová slova: muzikoterapie, autismus, improvizace, speciální mateřská škola, kvalita života, integrace

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovnických služeb.

Author's first name and surname: Bc. Iveta Dubská

Title of the bachelor thesis: Music therapy as an instrument of social interaction in preschool children with autism.

Department: Department of Applied Physical Activities

Supervisor: PaedDr. Zbyněk Janečka, Ph.D.

Year of presentation: 2018

Abstract:

The diploma thesis deals with innovations in education and leisure services for pupils with autistic spectrum disorders. It involves musicotherapy included into the teaching program in a special kindergarten in Olomouc, which is looking for new stimuli for the autistic children which attend this school. Its aim is to describe the new possibilities of developing pupils with autism spectrum disorders using the music therapy. The theoretical part contains autistic spectrum's disorder's and music therapy's characteristics and a description of the special kindergarten. In the practical part are used observation methods, case studies of PAS pupils and video recordings of individual pupils. The master's thesis contains a theoretical analysis of the knowledge on the topic. The project itself is constructed into stages describing the progress of the project implementation. Subsequently, are included the essentials of the project, such as project innovation, project risks and their elimination, etc.

Keyword: music therapy, autism, special kindergarten, quality of life, leisure, integration.

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: „Muzikoterapie jako nástroj sociální interakce u předškolních dětí s autismem.“ zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci, dne 20. 11. 2017

Tuto práci věnuji Martince Zullich, která nás opustila v 18-ti letech, po nečekané těžké onkologické nemoci.

A te Martina,

che ci hai donato il tuo modo di essere semplice, solare e pieno di passioni.

Grazie per tutto quello che abbiamo condiviso con te in questo meraviglioso viaggio della vita, dal quale sei scesa, lasciando un posto vuoto nei nostri cuori che a volte è molto difficile da riempire.

Sicura di rincontrarti, ti dedico questo lavoro, come promesso

Buon viaggio Marty...

Děkuji PaedDr. Zbyňku Janečkovi Ph.D. za ochotu, čas a cenné rady, které mi při zpracování diplomové práce poskytl. Děkuji Mgr. Janě Malé, jež umožnila muzikoterapeutickou intervenci Dott. Diegu Kriscak, a že tato spolupráce přinesla a přinese další úžasné výsledky. Un grazie di cuore per un grande sostegno e soprattutto pazienza che ho ricevuto da parte di mio marito e tutta la mia famiglia.

Obsah

1	Úvod	9
2	Teoretická část	11
2.1	Poruchy autistického spektra	11
2.1.1	Terminologie vymezení	11
2.1.2	Autismus	11
2.1.3	Historie autismu	12
2.1.4	Klasifikace poruch autistického spektra	14
2.1.5	Vývoj poruch autistického spektra	16
2.1.6	Diagnostika kategorie PAS a jejich charakteristika	16
2.1.7	Intervence a vzdělávací přístupy	21
2.2	Muzikoterapie	24
2.2.2	Hudba jako prostředek ke komunikaci	26
2.2.3	Improvizace v hudbě	26
2.2.4	Proč hudební improvizace v terapeutickém procesu?	27
2.2.5	Muzikoterapeutické metody a přístupy vhodné pro jedince s autismem	28
3	Empirická část	33
3.1	Vymezení cíle a výzkumné otázky	33
3.2	Použité metody a časový harmonogram	34
3.3	Kazuistické studie	36
3.3.1	Charakteristika respondenta č. 1	36
3.3.2	Charakteristika respondenta č. 2	37
3.3.3	Charakteristika respondenta č. 3	38
3.4	Charakteristika prostředí výzkumu	39
3.5	Vlastní výzkumné šetření	40
3.6	Rozhovor s muzikoterapeutem	42
3.7	Výsledky	45

3.7.1	Muzikoterapeutické hodnocení tří vybraných dětí.....	46
3.7.2	Finální rozhovor s ředitelkou školky.....	51
4	Diskuze	53
5	Závěr	56
6	Souhrn.....	57
7	Summary.....	58
8	Referenční seznam	59

1 Úvod

Narození dítěte je vždy jedinečný okamžik a je velmi těžké přijmout skutečnost, když se do rodiny narodí dítě s postižením. Mnozí rodiče tuto skutečnost neunesou, dítěte se někdy i vzdají, rozvedou se, ale jsou i takoví a je jich naštěstí dost, kteří tuto skutečnost přijmou a těmto dětem dají veškerou lásku a péči.

Tito rodiče na sebe berou obtížnou roli a zodpovědnost, jež jim přináší mnoho sebezapření. Většinou je to matka (ale není to pravidlem), která zůstává doma s dítětem a která se často zřekne nejen svých zálib a koníčků, ale i své pracovní kariéry. Dítě přijímá takové jaké je se všemi jeho omezeními a nedostatky. Usiluje o kompenzaci jeho handicapu, zmírnění důsledků postižení a rozvoj jeho schopností, jimiž bude moci disponovat ve svém životě.

Nastává důležitý okamžik, kdy rodiče musí zvážit vše a rozhodnout se pro vhodnou speciální mateřskou školu. Ač mají velkou pomoc odborníků, ať už se jedná o psychologa, speciálního pedagoga, sociálního pracovníka či dětského doktora. Konečné rozhodnutí je na rodičích, jež musí pečlivě zvážit všechny alternativy. Aktivně se zajímat o speciální mateřské školy, jejich nabídky, zkušenosti s daným postižením a o celkové reputaci mateřské školy. Existují školy chovající se jako instituce, ale naopak existují i školy, které dítěti i jeho rodině poskytují péči porozumění, hledají nové cesty pro rozvoj jeho dovedností a schopností. Jedna z podstatných charakteristik u dětí s autismem je jejich izolace nejen od vrstevníků, ale i rodičů.

Projekt začal v listopadu 2016 a běží doposud. Cílem je popsat jasně a přesně, jeho postup a výsledky muzikoterapie dětí s autismem. Snahou je vytvořit vhodné podmínky pro začleňování těchto žáků do hlavního vzdělávacího proudu. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V empirické části je využita následující metodologie: rozhovor, pozorování, kazuistiky žáků s PAS, analýza pedagogických dokumentů a anamnestických údajů.

Teoretickou část tvoří čtyři kapitoly. Jejich cílem je poskytnout základní orientaci v poruchách autistického spektra, dále uvedení do teoretického základu problematiky edukace žáků s PAS, jež je zaměřen na problematiku integrace, a stručná charakteristika vybraných organizačních forem výuky. První kapitola popisuje poruchy autistického spektra, jejich historický vývoj, etiologii, prevalenci a diagnostiku. Ve druhé kapitole jsou uvedeny základní informace týkající se muzikoterapie, a jejím vlivu na život autistického dítěte, variabilních

rysů, problémového chování a možnosti jeho řešení. Třetí kapitola stručně charakterizuje mateřskou školu a její práci s autistickými dětmi.

Praktická část je rozčleněna do dvou kapitol. Čtvrtá kapitola obsahuje metodologii empirického výzkumu. Pátá kapitola prezentuje data získaná výzkumným šetřením.

2 Teoretická část

2.1 Poruchy autistického spektra

„Být autistou ještě neznamena nemít lidskou duši. Ale znamená to být jen zvláštní. Znamená to, že co je normální pro zdravé lidi, není normální pro mne. A naopak – co je normální pro mne, není normální pro zdravé lidi. Do určité míry jsem špatně vybaven pro přežití v tomto světě, jako mimozemšťan, který přistál na Zemi bez orientační příručky. Ale moje osobnost je nedotčena. Moje já je nedotčené. Našel jsem ve svém životě velké hodnoty a smysl života a nechci z nich být vyléčen (J. Sinclair in de Clerg, 2007, 62).“ Pro objasnění J. Sinclair trpěl poruchami autistického spektra (PAS).

2.1.1 Terminologie vymezení

Tato problematika bývá nazývána nejrůznějšími termíny. Nejčastěji se setkáváme s termíny: autismus, pervazivní vývojové poruchy, poruchy autistického spektra. „Slovo pervazivní znamená vše pronikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech (Thórová, 2006, 59).“ Skupina těchto poruch je charakteristická „kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2008, 241).“ Pervazivní vývojové poruchy nacházíme v literatuře často pod názvem poruchy autistického spektra. Tento termín se rozšířil především ve světě. Do této kategorie postižení spadají těžké vývojové poruchy, které mají svůj počátek v raném dětství a projevují se od narození nebo začínají v batolecím či předškolním věku (Říčan & Vágnerová, 1995).

2.1.2 Autismus

Autismus je vlastně „výzva“ a myslím, že jen málokdo nebude souhlasit s tím, že jde o velmi náročný problém, jenž se dotýká nejen odborníků, škol, rodiny ale i celé společnosti. Je těžké zdůvodnit, proč zrovna otázky týkající se autistického chování vyvolávají tolik zájmu a tolik oponujících si názorů. Jeden z důvodů je, že toto chování je určitým způsobem jedinečné a problémy, jež mohou vzniknout, jsou opravdu vážné. Lidé nemohou pochopit, proč matka dovolí, aby její dítě tlouklo hlavou do zdi, a z jakého důvodu ho nepotrestá. I když je autismus možná nejlépe zdokumentovaný a vyhodnocený dětský psychiatrický syndrom (Rutter & Schopler, 1987), je opravdu velký rozdíl mezi autismem v teorii a autismem v každodenním životě, jež dodnes není plně pochopen!

Lidská společnost komunikuje v „symbolech“ příkladem je řeč a je to právě jazyk, jemuž lidé s autismem nerozumí. Komunikace, schopnost rozumět jim i jejich chování, schopnost jednat s lidmi, orientovat se v různých životních situacích, schopnost zacházet s předměty – to všechno jsou oblasti, které dávají našemu životu smysl. Tyto se však pro jedince postižené autismem, jeví jako nejobtížnější. Žijí ve světě, jemuž buď nerozumí, pokud ano, tak jen velmi obtížně a tudíž se před tímto světem uzavírají sami do sebe. Jedinci s autismem mají jiný způsob poznání, jež odpovídá specifickým zvláštnostem, kterým jejich mozek přijímá smyslové informace. Tento úplně jiný způsob poznávání světa poukazuje na jejich problémy s vnímáním, myšlením, pozorností, a pamětí.

Život dítěte je hluboce narušen ve třech zásadních oblastech, které psychiatrička Lorna Wingová označila jako tzv. triádu příznaků. Jedná se o narušení v komunikačních dovednostech, v sociální oblasti a v představitosti s přítomností 8 repetitivních (opakujících se) projevů v chování (Vocilka, 1955).

„Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je vše pronikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emocí. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá (J. Sinclair in Thorová, 2006, 33).“

„Kdyby se normální lidé znenadání ocitli na jiné planetě s podivnými neznámými tvory, cítili by se pravděpodobně zastrašeni, nevěděli by, jak se chovat, a určitě by měli potíže porozumět, co si cizinci myslí, cítí a co chtějí, neuměli by správně reagovat. A to je autismus. (Jolliffe et al. in Howling, 2005, s. 72)“.

2.1.3 Historie autismu

Málo známé, ale první dílo o pervazivních vývojových poruchách, je práce vídeňského pedagoga Hellera z počátku 20. století, v níž popsal tzv. infantilní demenci dětí. Dnes v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10, 1992) označována jako Jiná dezintegrační porucha v dětství (Hrdlička, Komárek, 2004). Pojem autismus zavedl Eric Bleuer (1911), jež byl přesvědčen, že autismus je spojen v přímém vztahu se schizofrenií. Jeho náhled poukazoval na schizofrenní stažení se do vlastního nám nepochopitelného světa nemocí (Bleuer, 1911).

A byl to americký dětský psychiatr rakouského původu Leo Kanner roku 1943, který si uvědomil, že je rozdíl mezi autismem a dětskou schizofrenií a tudíž je jasně odlišil ve svém díle *Autistické poruchy afektivního kontaktu* (Kanner, 1943), kterou publikoval v roce 1943 v časopise *Nervous child*. Identifikoval tedy autismus jako syndrom s dvěma klíčovými prvky,

kteřé popsal jako „autistickou uzavřenost“ a „touhu po neměnnosti“. (Richman, 2006). Použitím slova autismus pro nově popsanou poruchu zapříčinil dlouholeté spojování tohoto pojmu se schizofrenií, což nebylo jeho úmyslem. Kannerovým záměrem bylo konstatování, že pozorované děti žijí ve svém vlastním světě, pro okolí těžce pochopitelném. Další problém byla jeho zmínka o odtažitých intelektuálně zaměřených rodičích. Samo slovo autismus napovídá, že základ je v řeckém slově „Autos“ což znamená sám.

Ve stejném období publikoval vídeňský pediatr Hans Asperger doktorantskou práci Autističtí psychopati v dětství (Asperger, 1944) nezávisle na Kannerovi. Jeho práce byla publikována v němčině. Pojem autistická psychopatie byl později nahrazen termínem Aspergerův syndrom, a byla to v roce 1981 Lorna Wingová, která jej poprvé použila. Dnes se syndrom popsaný Aspergerem nazývá jeho jménem a liší se od Kannerova tím, že se u jedinců projevuje později, lépe komunikují a mají úzký okruh zájmů. V současné době trvají diskuse o tom, zda Aspergerův syndrom je samostatnou nosologickou jednotkou, či pouze typem vysoce funkčního autismu (Thorová, 2006).

Bohužel celá série omylů a nedorozumění provázela výzkumy týkající se autismu a k posledním patří například směr, že DA je důsledek citově chladné výchovy (Desperet, 1956). Roku 1960 Bruno Bettelheim publikuje studii Empty Fortress (Prázdná pevnost), ve které vyjadřuje názor, že autismus je způsoben odmítáním dítěte rodiči. Toto studené chování rodičů vhánělo dle něj děti do vlastního autistického světa. Aby zdůraznil roli matky v životě dítěte zavádí termín „matky ledničky“. Toto traumatizovalo celou jednu generaci rodičů, neboť se cítili vinni za postižení dítěte. Výsledkem psychoanalytických intervencí byly rozvrácené rodiny, kdy si rodiče vzájemně kladli za vinu potíže dítěte (Thorová, 2006).

Ivar Lovaas začal pracovat s autistickými dětmi v šedesátých letech. Výsledky, jež publikoval ve své studii 1974, měly pro společnost velký význam, neboť ukázaly, že autismus není důsledek obrany dětí, na nevhodné působení rodičů. Intervenční program nepovažoval Lovaas za lék na autismus, protože organická příčina autismu není známá. Nicméně nervový systém u člověka je vysoce adaptabilní a Lovaas považoval intenzivní behaviorální trénink za metodu, s jejímž využitím je možné vrozený deficit snížit či vyrovnat (Thorová, 2006).

Sedmdesátá léta ukázala to co je dnes zjevné, že schizofrenie a autismus mají odlišné příznaky, kdy schizofrenie postupuje, kdežto autismus má více stacionární charakter. Na vznik autismu se patrně podílí více faktorů: genetické dispozice, faktory spojené s těhotenstvím a porodem, genetické mutace, vliv prostředí. Na základě výzkumů osmdesátých a devadesátých let je nyní dětský autismus považován za neurovývojovou poruchu s neurobiologickým základem. Jako první provedl výzkum o biologickém původu

autismu Bernard Rimland, jež má autistického syna. Založil také Americkou národní autistickou společnost.

2.1.4 Klasifikace poruch autistického spektra

V následující kapitole popíši rozdělení skupiny poruch autistického spektra. Poukáži na rozdíly mezi dvěma nejvíce využívanými klasifikacemi PAS. Jedná se o Mezinárodní statistickou klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize (dále MKN-10) a Diagnostickou a statistickou příručku duševních poruch (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, dále též DSM-IV a DSM-V).

Oficiálnímu uznání nového konceptu pojetí autismu v americkém diagnostickém a statistickém manuálu a příručce duševních poruch (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, dále též DSM-III, se dostalo v roce 1987. Pokračování bylo v roce 1994, kdy byla zveřejněna DSM-IV. Od roku 2007 byl tvořen nový manuál DSM-V jež byl zveřejněn v květnu v roce 2013, zhruba 20 let po jeho čtvrté edici. Klasifikace DSM a MKN se zdají být podobné, ovšem je třeba zmínit i jejich odlišnost. MKN podává statistickou informovanost o všech známých nemocech a jejích kategoriích, DSM byl vytvořen především pro užití ve Spojených státech amerických a poskytuje lékařům a odborníkům mnohem podrobnější informace (*DSM: History of the Manual*, 2013). Objevila se zde poprvé skupina nemocí nazvaná „persvazivní vývojové poruchy“. Do mezinárodní klasifikace se však koncept dostal až v devadesátých letech MKN-10, 1992. DSM prošel v květnu roku 2013 revizí, v následující tabulce je přehled rozdílů mezi dvěma nejznámějšími klasifikacemi a to MKN-10 ve srovnání s DSM-IV a DSM-V.

Tab. č. 1 Porovnání světového klasifikačního systému MKN-10 s americkými DSM-IV a DSM-V.

MKN-10 <i>(Světová zdravotnická organizace, 1992)</i>	DSM-IV <i>(Americká psychiatrická asociace – APA, 1994)</i>	DSM-V <i>(Americká psychiatrická asociace – APA, 1994)</i>
Dětský autismus (F 84.0)	Autistická porucha (Autistic disorder)	Poruchy autistického spektra (ASD – Autism Spectrum Disorder)
Rettův syndrom (F 84.2)	Rettův syndrom (Rett's Syndrome)	
Jiná dezintegrační porucha v dětství (F 84.3)	Dětská dezintegrační porucha (Childhood Disintegrative Disorder)	
Aspergerův syndrom (F 84.5)	Aspergerova porucha (Asperger's disorder)	
Atypický autismus (F 84.1)	Pervazivní vývojová porucha dále nespecifikovaná (Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified – PDD-NOS)	
Jiné pervazivní vývojové poruchy (F 84.8)		
Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84. 9)		
Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F 84. 4)	Není ekvivalent	

(Světová zdravotnická organizace, 1992, Americká psychiatrická společnost – APA, 1994)

Na základě výzkumů osmdesátých a devadesátých let je nyní dětský autismus považován za neurovývojovou poruchu s neurobiologickým základem. Jako první provedl výzkum o biologickém původu autismu Bernard Rimland, jež má autistického syna. Založil také Americkou národní autistickou společnost. „Usnesením, přijatým Valnou hromadou Organizace spojených národů, byl určen 2. duben jako Světový den autismu a současně bylo ustanoveno, aby byl každoročně připomínán v každém následujícím roce od roku 2008 (Čadilová, Žampachová, 2008, s. 20).“

2.1.5 Vývoj poruch autistického spektra

Autismus je pervazivní vývojová porucha, kterou trpí deset až patnáct dětí z deseti tisíc narozených, podle Autism - Europe mezinárodní organizace (toto číslo bohužel stoupá) a moderní studie zvyšují počet na 15-20 dětí. Z dostupných informací je zhruba poměr 15/10 000 dětský autismus, 15/10 000 dětí majících Aspergerův syndrom, 30/10 000 dětí s atypickým autismem či s nespécifikovanou pervazivní vývojovou poruchou. K těmto výsledkům došli ve čtyřech nezávislých publikovaných studiích (Thorová, 2006).

Jak píše (Vocilka, 1996) vzhledem k neléčitelnosti autismu je nutné jej co nejdříve diagnostikovat, neboť otevře dítěti pro jeho budoucnost lepší perspektivy. První symptomy se objevují před třicátým měsícem věku dítěte a zviditelní se v období, kdy se u dítěte poruší vývoj komunikace. Jedná se o opravdu těžké vývojové postižení, kde autistický jedinec ztrácí schopnost najít a pochopit smysl našeho společenského a komunikativního světa. Autismus je chorobná zaměřenost k vlastní osobě spojená s poruchou kontaktu s vnějším světem. Je zařazován mezi pervazivní vývojové poruchy. Vyskytuje se 3x více u chlapců než u dívek a jeho etiologie je zatím nejasná. Zvláště postiženy jsou ve vývoji dítěte 3 oblasti, tzv. problémová triáda: představivost, sociální interakce a především komunikace (Thorová, 2006). „Slovo pervazivní znamená, že je zasaženo něco hluboko v člověku, něco, co zasahuje celou osobnost (Peeters, 1998, 11).“

2.1.6 Diagnostika kategorie PAS a jejich charakteristika

V této kapitole shrnu symptomy jednotlivých poruch autistického spektra podle MKN-10. revize 2006. Ta označuje pervazivní vývojové poruchy kódem F84, jež náleží do nadřazené skupiny. Poruchy psychického vývoje F80 – F89 (Říhová, Vitásková, 2012).

F 84.0 Dětský autismus

F 84.1 Atypický autismus

F 84.2 Rettův syndrom

F 84.3 Jiná dětská dezintegrační porucha

F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

F 84.5 Aspergerův syndrom

F 84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy

F 84.9 Pervazivní vývojová porucha NS (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2014)

Nejvíce poznatků je dostupných o základní variantě autismu, tedy Dětském autismu, následuje Aspergerův syndrom. Dítě také může mít pouze „autistické rysy“, což pojímá kategorie Atypický autismus. Další kategorie se nevyskytují až tak často.

Dětský autismus (F84.0)

Jádro poruch autistického spektra, jehož stupeň závažnosti bývá různý, je právě dětský autismus. Jedná se o nejlépe prostudovanou pervazivní vývojovou poruchu. Je to varianta autismu, kdy vše, co je řečeno o autismu, se u ní projevuje. Poprvé jej popsal Kanner v roce 1943, a bývá označován i jako Kannerův autismus. Podle Thorové (2012) je diagnóza dětského autismu pilířem PAS a může se vyskytovat od mírné až po těžkou formu. Problémy se musí projevit ve všech částech triády. Symptomatika je velmi různorodá. Narušeny jsou rozličné oblasti vývoje v různé míře, které se projevují abnormálním až bizarním chováním. Jednotlivé symptomy autismu se mohou s věkem dětí měnit (Thorová, 2006). Většina autorů se shoduje (Lewis 1996; Wiener 1997; Sadok a Sadok 1999 In Hrdlička; Komárek 2004), že vyhýbání se očnímu kontaktu a nezáměr o lidské tváře, je evidentní již v kojeneckém věku. Děti nevytváří vazbu k matce. Později se u nich vyvíjí typický vzorec kvalitativního narušení sociální interakce, kdy nepotřebují pomoc, nebo přítomnost druhých lidí. Vnímáme slabou nebo žádnou odpověď na emoce okolí. Těžce se přizpůsobují v sociální situaci, a co se týká integrace komunikačního, sociálního, emočního chování tak je opravdu velmi slabá.

Dětský autismus dělíme na vysoce funkční, středně funkční a nízko funkční. Vysoce funkční autismus, označuje osoby s autismem bez mentální retardace (s IQ minimálně 70) a s řečí, jež má komunikativní úroveň. Výskyt je 11-34%. Středně funkčního autismus se týká jedinců s lehkou až středně těžkou mentální retardací, u nichž je evidentní více stereotypií a narušení komunikativní úrovně řeči (Hrdlička, Komárek, 2004). Těžké formy autismu, evidují těžkou a hlubokou mentální retardací, s problematickými poruchami chování a neschopností slovního vyjadřování.

Atypický autismus (F84.1)

Atypický autismus je podobný dětskému autismu, ale nespĺňuje všechna daná kritéria, první symptomy se mohou projevit až po 3. roce života dítěte. (Hrdlička, 2008). Sociální oblast bývá méně narušena. Typické pro jsou potíže v navazování vztahů s vrstevníky a neobvyklá přecitlivělost na specifické vnější podněty. Jedná se opět o nesourodou skupinu s rozdílným projevem chování jedinců. Diagnóza atypického autismu je složitá, protože nejsou stanoveny jeho hranice. Diagnóza je tedy založena na subjektivním odhadu toho, kdo diagnostikuje. Americký diagnostický systém DSM-V termín atypický autismus jako samostatnou kategorii nemá, používá termín pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná. Atypický autismus je zastřešujícím termínem pro jedince, pro něž by se klidně hodil výrok autistické rysy či sklony. Ty jsou ale z medicínského hlediska zcela nepřesné, s čímž souhlasí i Thorová (Thorová in Pastieriková, 2013). Co se potřeby intervence a hlediska náročnosti péče týče, tak se atypický autismus vůbec nemusí lišit od dětského autismu (Čadilová, Jůn, Thorová a kol.).

Rettův syndrom (F84.2)

Je doprovázený těžkým neurologickým postižením, které má pervazivní dopad na somatické, motorické i psychické funkce dítěte. Tento syndrom postihuje v klasické podobě pouze dívky (Thorová, 2006) (je to vývojová porucha způsobená mutací X chromozómu). Dívky se dožívají 40 až 50 let (Pastieriková, 2013). Chlapcům stejná mutace genu způsobí natolik těžkou encefalopatii, že plod nebo novorozenec nepřežije (Thorová, 2006). Charakteristický je normální nebo téměř normální časný vývoj až do pátého měsíce života, pak následuje ztráta řeči, manuálních dovedností a zpomalením růstu hlavy. Typické jsou krouživé, svíravé či tleskové pohyby rukou a těžké neurologické postižení, které má pervazivní dopad na somatické, motorické i psychické funkce. Později se vyvíjí skolióza nebo kyfoscolióza. U 75 % dětí se vyvíjí epilepsie (Hrdlička, Komárek, 2004).

Dětská dezintegrační porucha (F84.3.)

Syndrom poprvé popsal v roce 1908 vídeňský speciální pedagog Theodor Heller. Syndrom je vzácný a ojedinělý. Heller publikoval případ šesti dětí, u kterých mezi třetím a čtvrtým rokem došlo z neznámých příčin k poklesu úrovně komunikace, sociálního chování k výraznému regresi a nástupu těžké mentální retardace, ačkoli předtím vývoj probíhal zcela v normě. Heller tuto poruchu nazval dementia infantilis, později byla známá pod označením Hellerův syndrom nebo dezintegrační psychóza. Podle (Thorové 2006) se přidává i nástup emoční lability, záchvaty vzteku, potíže se spánkem, agresivita, úzkostnost, dráždivost,

hyperaktivita, dyskoordinace komplexních pohybů a neobratná zvláštní chůze, abnormní reakce na sluchové podněty.

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4)

U jedinců s touto poruchou se sdružuje hyperaktivní syndrom, mentální retardace s IQ nižším než 50 a stereotypní pohyby může být i sebepoškozování. V dospělosti může být hyperaktivita změněna na hypoaktivitu v rámci této poruchy jak uvádějí Hrdlička a Komárek (2004). Sociální oblast není narušena.

Aspergrův syndrom (F 84.5)

„Abyste se stali vynikajícím vědcem nebo skvělým umělcem, musíte mít alespoň nějaké znaky Aspergerova syndromu, které vám umožní odpoutat se od tohoto světa (Asperger in Thorová, 2006, s. 185).“

Pojmenování získal po rakouském psychologu Hansi Aspergrovi (1906-1980), který nazýval své pacienty „malými profesory“. Popsal je ve své disertační práci roku 1944, a tento stav označil jako „autistickou psychopatii“ (Attwood, 2005). Termín Aspergerův syndrom poprvé použila Lorna Wingová v odborné publikaci v roce 1981. Odborné informace poukazují na to, že je mnohem rozšířenější než klasický autismus a je diagnostikován i u dětí, u nichž nikdo diagnózu autismu nepředpokládal (Attwood, 2005).

Lidé s Aspergerovým syndromem mohou mít průměrný, nadprůměrný, ale i podprůměrný intelekt. Občas se mohou vyskytovat prvky geniality, což je evidentní u slavných osobností z historie i současné doby, které touto poruchou trpěli či trpí, jako například Albert Einstein nebo Bill Gates. U těchto osob převažuje porucha v oblasti sociální interakce a komunikace. Na rozdíl od dětského autismu není narušen vývoj řeči ani inteligence. Nápadnost verbálního projevu těchto dětí je zvýrazněn svou monotónností a pedantickým důrazem na to, aby byl správně použit jazyk. Ve vyjadřování se projevuje nápadně šroubovanost, egocentrický komunikační styl, v němž často preferují dlouhé monology na témata, jež zajímají pouze toho dotyčného. Skutečnou reciproční konverzaci je s nimi opravdu obtížné navázat. S problémy se zapojují do kolektivu vrstevníků, těžce chápou pravidla společenského chování, neorientují se dle neverbálních signálů, jako jsou např. výrazy tváře či kontext dané situace. Jejich řeč má nápadně mechanickou formu neboť kopírují výrazy dospělých, často se učí dlouhé statě z knih, úryvky pohádek z paměti. Bývají frustrováni, a díky jejich specifickým často stereotypním zájmům a také jejich nápadným znakům, často nemohou najít přátele či partnery. Mohou být terčem posměchu, neboť se neumí přizpůsobit a reagovat přiměřeně v nezvyklých či nečekaných situacích, nerozumí humoru, vše si berou doslovně, a tudíž může dojít k nežádané reakci či chování. Snadno

podléhají stresu, negativně reagují na změny, lpí na rituálech. Mají omezenou schopnost vyjádřit své pocity. Bývají náchylní k sebedoceňování a emoční labilitě. Vyskytují se u nich abnormality v motorice (Thorová, 2006).

Lidé s Aspergerem díky individuálnímu empatickému přístupu zvládnou i školní docházku. A pokud si vhodně vyberou i zaměstnání a životního partnera, mohou vést zcela normální život. Na druhé straně však existují děti, které se bez asistenta neobejdou, již v mateřské škole a to díky jejich problémovému chování. Pro zajímavost Aspergerův syndrom byl diagnostikován režisérovi Stevenu Spielbergovi, Bobu Dylanovi americkému zpěvákovi, biologu Charlesu Darwinovi.

Jiné pervazivní vývojové poruchy (F 84.8)

Tato kategorie není příliš často používána. Diagnostická kritéria nejsou přesně určena, zařazujeme do ní 2 typy dětí:

1. Kvalita komunikace, sociální interakce a hry je sice narušena, ale nejsou naplněna diagnostická kritéria ostatních poruch a narušení v triádě není tak průkazné. (Thorová, K. 2012). Je určena především u dětí, které mají těžší formu poruchy aktivity a pozornosti, vývojovou dysfázií, nerovnoměrně rozvinuté kognitivní schopnosti, mentální retardaci a malou četnost projevů typických pro autismus.
2. Druhou skupinu dětí, kterou zařazujeme do této kategorie, tvoří děti s výrazně narušenou oblastí představivosti, stereotypními, rigidními zájmy. Problémem je schopnost rozeznávat fantazii a realitu a dále pak vyhraněný zájem o určité téma, jemuž se pak intenzivně věnují. Sociální chování a komunikace vykazuje minimum znaků typických pro autismus.

Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná.(F 84.9)

Tato diagnóza pod číslem (F84.9) zařazená v ICD-10 se používá pro všechny zbývající s charakteristickým popisem pro pervazivní vývojové poruchy, které nemohou být zařazeny do předešlých kategorií z důvodu nedostatku informací nebo odlišných nálezů (*ICD-10*). V současnosti je autismus prezentován řadou autorů v podobě různých definic a vymezení. Jak uvádí Gillberg, autismus není jednotná porucha (Gillberg; Coleman 1992 In Peeters; Gillberg 1995, s. 35). Mnoho autorů se shoduje v tom, že autismus je vývojová porucha, a to již výše zmíněná pervazivní vývojová porucha. Řada autorů v současnosti prezentuje autismus, pomocí rozličných vymezení a definic. Autoři se ztotožňují v tom, že autismus je vývojová porucha, znamená to výše zmíněná pervazivní vývojová porucha. Výraz „pervazivní porucha“ tedy vystihuje podstatu poruchy mnohem lépe než pojem „autismus“. Jestliže postižení mají problémy v oblasti komunikace, sociálního porozumění a imaginace a navíc mají těžkosti s

chápáním toho, co vidí a slyší, pak označení „autistický“ v omezeném slova smyslu „obrácený do sebe“ není nejvýstižnější. Jejich skutečné potíže jsou mnohem širší než jednoduchá charakteristika sociální uzavřenosti (Peeters 1998, s. 11 - 12).“ Výborně zpracovaná webová strana občanského sdružení Apla v Brně uvádí tato fakta: „Autismus je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí. Porucha vzniká na neurobiologickém podkladě. Důsledkem poruchy je, že dítě dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Duševní vývoj dítěte je díky tomuto handicapu narušen hlavně v oblasti komunikace, sociální interakce a představivosti. Autismus doprovází specifické vzorce chování (Apla).“

2.1.7 Intervence a vzdělávací přístupy

Poruchy autistického spektra jsou velmi širokou problematikou. Samo slovo intervence napovídá o léčbě výchovnými a psychologickými prostředky a samozřejmě je vhodný interdisciplinární přístup odborníků, spolupráce pediatra, speciálního pedagoga, neurologa sociálního pracovníka, výchovného pracovníka a samozřejmě také rodičů a samotného jedince s PAS (Pastieriková, 2013). Jak píše (Škodová, 2007) není bohužel možné potřebnou péči zajistit osobám s PAS žijících v psychiatrických léčebnách.

Thorová (2012) poukazuje na skutečnost, že v současné době existuje, v oblasti PAS, mnoho přístupů, které mají chvályhodné výsledky a vychází z dlouholeté praxe. Z druhé strany však existuje spousta přístupů a technik, jež nevyhovují a bohužel nemají s odborností nic společného. Bezmocnost, zoufalost a důvěřivost rodičů jedinců s PAS, zkouší všemožné přístupy a techniky, které slibují zázračné výsledky. O této problematice se vyjádřilo ve svých publikacích již mnoho odborníků, například Jelínková (2004), Richman (2008), nebo i Thorová (2012). Výborné výsledky přináší strukturované vzdělávací programy, různé behaviorální techniky a spíše než verbální instrukce, využívání vizualizovaných informací. Mnohé nejsou vědecky podloženy, ale dle mého názoru jsou funkční. GFCE dieta má zpravidla výborné výsledky, stejně tak i naposled zmiňovaná Terapie pevného objetí. Pro rozvoj komunikace je velice přínosný VOKS. Pro lidi s PAS byla už navržena celá řada léčebných metod, některé s výbornými výsledky. V USA manželé Kaufmannovi vymysleli na základě zkušeností se svým autistickým synem, který je nyní zcela zdravý, metodu založenou na nepodmíněné a absolutní lásce a akceptaci. Jedná se o intenzivní individuální trénink interakcí, kdy jeden terapeut pracuje s jedním dítětem sedm dní v týdnu co nejvíce hodin denně. Ptám se zdali jeho diagnostika, že je autista byla správná. Zázraky neexistují a autismus není angína, aby se dal zcela vyléčit.

Psychoanalýza

Psychoanalýza podle Richman byla standartní metoda do šedesátých let 20. století. Většinou se začínala léčba tím, se dítě odejmulo matce, neboť byla obviňována, že autismus zapříčinila a dítě bylo umístěné do psychiatrické léčebny, jež mu měla poskytnout lásku a povzbudivé prostředí.

Diety

Vzhledem k náročnosti a zdlouhavosti diet, se mnozí rodiče od nich záhy odklání, protože nevidí výsledky ihned. Jak píše Richman (2006) zatím nejsou dostatečně podrobné studie o kladném vlivu diet. Například GFCF dieta (*Gluten-free, Casein free*) založená na vyloučení lepku a kaseinu z potravy. Předpoklad je, že autismus je metabolická porucha, podobná celiakii a fenylketonurii. Souvisí s nekompletním trávením proteinů. Částičky těchto nekompletně strávených proteinů - peptidy - pronikají střevní stěnou do krve a poškozují tak CNS. Narušují ochrannou bariéru střeva i mozku. Jednoduše řečeno je třeba vyloučit pokrmy s obsahem glutenu (lepek) a kaseinu. Jedná se o všechny výrobky z obilovin. Kasein se nachází v mléce savců a výrobcích z něj. Dále je nutné vyloučit barviva a přísady E. Vzhledem k častému léčení antibiotiky dětí s PAS dochází u nich k poškození rovnováhy vnitřního prostředí. Kožní vyrážka, bolesti hlavy poruchy zažívání, co se chování týká je to podráždění, hyperaktivita, zmatenost. Vysvětlení je logické, bohužel výsledky nejsou okamžité což, jak jsem už naznačila, mnohé odradí.

Facilitovaná komunikace.

Neméně známou metodou se sporným efektem, je facilitovaná terapie Australanky Rosemary Crossleyové. Dle Richman (2006) rodič nebo terapeut tzv. facilitátor podporuje zápěstí, ruku nebo paži dítěte a pomáhá mu ukazovat písmena a slova čímž posiluje jeho komunikaci. I když se tato metoda dočkala v 90. letech 20. století velkého rozmachu a její zastánci tvrdili, že díky ní mohou i jedinci s PAS a mentálně postižení vyjádřit své vnitřní myšlenky a city. Odpůrci, ji vytýkali, nedostatek důkazů o tom, že osoba, která skutečně komunikuje, je postižený jedinec a ne facilitátor.

Terapie pomocí pevného držení (holding therapy)

Terapie Marty Welshové, u nás známá hlavně díky propagaci Jiřiny Prekopové. Vrcholila v osmdesátých letech 20. století, díky přesvědčení chladného přístupu versus dítě. Při této terapii matka pevně drží své dítě v objetí, i když se dítě brání. Dítě má být obrácené obličejem k matce, která své pocity, jež chová k dítěti, vyjadřuje nahlas. Toto objetí trvá, dokud se dítě nezklidní a nevyčerpá. Cílem je, aby dítě navázalo oční kontakt, cítilo

pocit úlevy, lásku a bezpečí. Richman (2006, s. 14) uvádí, že se neprokázalo, že by toto pevné objetí vedlo k rozvoji dovedností či zlepšení sociálních vztahů.

PECS česky VOKS systém

VOKS je česká verze PECS, u nás zavedena od roku 2001. Andrewem Bondy a Lori Frost jej vyvinuli v Americe v roce 1985. Je to alternativně-augmentativní způsob vzdělávání a komunikování dětí či dospělých nejen s autismem, ale i dalších osob, jež mají problémy v komunikaci. Spočívá ve výměně obrázku za požadovaný předmět. Nácvik postupně vede žáka k samostatné komunikaci a probíhá v běžných denních situacích. Skoro vůbec se nevyužívá verbální pomoc. Tento systém učí jedince rozlišovat jednotlivé symboly a spojovat je do jednoduchých vět. Někteří žáci v pokročilém stádiu mají schopnost odpovídat na různé otázky a dokonce i komentovat události kolem sebe. Odměna je velmi důležitá v tomto systému.

TEACCH Program (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children).

Pod vedením profesora Schoplera, spoluprací rodičů a profesionálů vznikl v Severní Karolíně, jako reakce na tvrzení, že děti s autismem jsou nevzdělavatelné a porucha je zapříčiněna špatnou výchovou rodičů. Je méně zaměřen na deficit a spíše rozvíjí silné stránky a zájmy jedinců. Klade důraz na strukturované prostředí, vizuální pomůcky a pevný denní program.

Muzikoterapie, taneční terapie, arteterapie

Podle Richman (2006), jsou tyto terapie velmi úspěšné. Nejen pro uklidnění, ale i kladně působí na emoce, na zlepšení koordinace, neobratnosti atd. Muzikoterapie je vědomě plánovaná aktivita, při které se metodicky užívá hudba za určitým účelem (Schalkwijk, 1994). Může se kombinovat s jinými terapiemi, čímž se podílí na celkovém rozvoji schopnosti, nebo se procesu muzikoterapie zmírní či odstraní potíže klientů. (Backer, Wigram, 2002) U autistických dětí tento přístup znamená velkou provázanost mezi specialisty, kteří se na celkové intervenci podílejí, aby se rychleji dosáhly společné terapeutické cíle. Osobně si myslím, že tam, kde je obtížné komunikovat, vnímat skutečnost, kde jsou kognitivní potíže, motorické potíže, kde slova společného jazyka nemohou přijít, stanou se zkreslenými, nebo jednoduše nestačí a nemají emocionální obsah a právě tam může existovat zvuk, hudba, jako univerzální jazyk, vrozený ve všem živém věcem a srozumitelný všem. Kořeny moderní muzikoterapie jsou v USA, kde v 50. letech Michiganská státní univerzita jedinečný akademický program pro budoucí profesionální muzikoterapeuty (Boxill, 1985). Vznikl jako výsledek nutnosti komunikace s lidmi postiženými autismem.

2.2 Muzikoterapie

Pokud se v terapeutickém procesu používá hudba a příbuzné techniky, můžeme hovořit o muzikoterapii. Je účinná, protože je neverbální formou komunikace, je přirozenou podporou, je okamžitá, motivuje, pozitivně mění lidské chování a posiluje osobní život. A podstatné je to, že je úspěšné médium, protože téměř každý reaguje pozitivně, alespoň na nějakou hudbu. Ve zvuku člověk odjakživa nachází prostředníka pro komunikaci. Jak víme již u primitivních národů, zvuk hromu často symbolizoval hlas božstva, stejně jako vítr píšťalku nebo ohlušující zvuk hurikánu. Každý zvuk může být interpretován jako výraz něčeho přesného a stává jasně definovaným a účinným. V každém případě, píšťalka je v podstatě symbolem násilných projevů, zvuk hoboje může být nepříjemný, smutný kdežto klarinet zábavný a vášnivý. Muzikoterapie je aplikace hudby, jež vytvářením pozitivních změn lidského chování vede k posílení osobního života. Jedná se o zdravotnické povolání, jež využívá hudbu jako nástroj k rozvoji vnímání emocionálních, poznávacích, sociálních, motorických oblastí. Muzikoterapie má široké spektrum funkcí v lékařském a vzdělávacím prostředí. Aby mohla být plnohodnotná ekvivalencí jakékoli jiné terapie, je třeba, aby splnila požadavek přítomnosti kvalifikovaného muzikoterapeuta na jednotlivých sezeních. K tomu se váže smělý předpoklad, že muzikoterapeut bude zároveň psychologem, speciálním pedagogem, psychoterapeutem nebo sociologem (Weber, 2014). To vylučuje jakékoli formy hudební autoterapie či laicky poskytované hudební terapie. K odbornému vzdělání muzikoterapeuta, jak uvádí Zeleiová (2007) patří nejen základy klinické psychologie, pedagogiky a neurologie, ale též, znalost hudební analýzy a kompozice. Zkušenost terapeuta a jeho osobní kompetence – pokora, intuice, empatie, flexibilita a schopnost tvořit a koncentrovat se, jsou důležitým předpokladem pro vytvoření vzájemné souhry terapeuta s pacientem.

2.2.1 Historie muzikoterapie

Kořeny muzikoterapie lze hledat již v pravěké kultuře, čtyři tisíce let před naším letopočtem, kde hudba plnila úlohu komunikace s bohy, démony či nadpřirozenými silami, kdežto na druhé straně sloužila jako prostředek boje s úzkostmi a různými chorobami. Léčebné obřady jsou často prováděny členem kmenu, většinou to byl šaman, léčitel, mág, který měl vyšší inteligenci a citlivost než ostatní. Léčba spočívala v obřadním rituálu spojeném se zpěvem a tancem. Dle Sneidera (1970) každá nemoc zahrnuje vlastní melodii a k tomu, aby mohla být diagnostikována je třeba projít celý medicínský repertoár melodií, dokud se nenajde ta správná, aby se mohl zablokovat duch, jež nemoc způsobil. Po pádu starověké kultury nastává v Evropě pro rozvoj muzikoterapie na několik staletí doba temna.

V období křesťanství hudba sehrává funkci uklidňující propojenou především s církevními obřady, a jen ojedinělé zmínky nacházíme o jejím terapeutickém využití, např. při léčení nervových chorob jako je chorea minor - tanec svatého Víta (Mátejová, 1991).

Víra v ozdravnou moc hudby byla a dodnes je základem v procesu uzdravování. A právě ona víra a rituál jsou charakteristickými prvky nazírání. Je evidentní, že se skládá ze dvou slov – muzika a terapie, jež mají původ řecko-latinský. Latinsky *musica* a řecky *moisika* znamená hudba; řecky *therapeia*, *therapeineio* a latinsky *iatreia* znamená léčit, ošetřovat, pomáhat. Doslovný překlad tedy zní: léčba hudbou (Kantor, 2009). I přes to, že název je víc, než jasný samotná definice muzikoterapie je nejasná a obtížná.

Vzhledem k tomu, že oficiální definice v České republice zatím není, uvedu zde současnou definici Světové federace muzikoterapie. „Muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích elementů jako prostředku intervence ve zdravotnických a vzdělávacích zařízeních i v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, rodiny nebo komunity, kteří hledají optimalizaci kvality jejich života a zlepšení fyzické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální, spirituální složky zdraví a blahobytu. Výzkum, praxe, vzdělávání i klinický trénink v muzikoterapii jsou založeny na profesních standardech dle příslušného kulturního, sociálního a politického kontextu (WFMT, 2011).“

Definice muzikoterapie je potřebná hlavně pro legislativu a asociace, jež garantují profesionalitu akreditovaných muzikoterapeutů. V praxi pak není důležité, jak pracuje muzikoterapeut, důležité je, že respektuje etické normy a neohrožuje zdraví klienta. Muzikoterapie je vědomě plánovaná aktivita, při které se metodicky užívá hudba za určitým účelem. (Schalkwijk, 1994). Může se kombinovat s jinými terapiemi, čímž se podílí na celkovém rozvoji schopností, nebo se procesem muzikoterapie zmírní či odstraní potíže klientů. (Backer & Wigram, 2002) U autistických dětí tento přístup znamená velkou provázanost mezi specialisty, kteří se na celkové intervenci podílejí, aby rychleji dosáhli společné terapeutické cíle. Osobně si myslím, že tam kde je obtížné komunikovat, vnímat skutečnost, kde jsou kognitivní potíže, motorické potíže, kde slova společného jazyka nemohou přijít, stanou se zkreslenými, nebo jednoduše nestačí a nemají emocionální obsah, tak právě tam může existovat zvuk, hudba, jako univerzální jazyk, vrozený všem živým věcem a srozumitelný všem. Kořeny moderní muzikoterapie jsou v USA, kde v 50. letech Michiganská státní univerzita vytvořila jedinečný akademický program pro budoucí profesionální muzikoterapeuty (Boxill, 1985). Vznikl jako výsledek nutnosti komunikace s lidmi postiženými autismem.

2.2.2 Hudba jako prostředek ke komunikaci

Nejběžnější formou komunikace je mluvená řeč, s kterou zdraví lidé nemají problém. U lidí s autismem je však tato forma komunikace velmi složitá, neboť verbální symboly jsou příliš abstraktní a proměnlivé, než aby je byli schopni plně pochopit. Proto je rozvoj komunikačních schopností pro dítě s autismem velmi důležitý, neboť často vyúsťují v tolik obávané problémové chování, což bývá bohužel „nálepka“, kterou okolí dítěti přisuzuje. Další skutečností je to, že dítě s autismem nechápe sociální význam řeči a nemá tak důvod ji začít používat. Vzhledem k nezájmu navázání kontaktu s okolím, neusiluje o sociální interakci, a tak nemá potřebu nahradit verbální komunikaci nějakou jinou formou dorozumívání, např. gesty (Mosesová, 2004).

Velké rozdíly se jeví u dětí s autismem ve schopnosti komunikace, některé trpí mutismem (nemluví), jiné řeč sice užívají, ale nefunkčně, echolalicky (opakování slov, které někde zaslechly), jiní působí dojem, že mají plně rozvinutou řeč, ale faktem zůstává, že úplné porozumění verbální řeči a hlavně její správné použití je pro autistické děti prakticky nedosažitelné. Pokud řeč užívá, bývá monotónní se stálou intonací. Komunikace je ztížená neschopností vnímat věci z pohledu druhé osoby, která se komunikace účastní (Bunt, 2004). V muzikoterapii je celý proces usnadněn. Zvuková informace je složena z jednotlivých tónů, ty vychází např. od osoby A, a jsou dekodovány osobou B, která podle reakce informuje, že právě porozuměla osobu A (Wigram & Backer, 2002).

Není vůbec zarážející fakt, že hudba může být využita jako prostředek ke komunikaci. V kojeneckém věku se spíše než na slova soustředíme na intonaci matčina hlasu, na změny v přízvuku, rytmu, rychlosti a hlasitosti jednotlivých slov. Hudba je tedy neverbální prostředek komunikace a představuje návrat k preverbálním komunikačním systémům, z nichž se pak rozvíjí typická verbální výměna informací. Cestou k tomuto preverbálnímu stádiu komunikace, jež využívá jednoduchá pravidla a základní, přirozené tóny, je improvizované vytváření hudby pomocí nástrojů i hlasu (Wigram & Backer, 2002).

2.2.3 Improvizace v hudbě

Improvizovat, znamená udělat nějaký tvůrčí projev nebo výtvar, něco bez jakékoliv předchozí přípravy nebo například vyrovnání se s okolnostmi, které jsme nepředpokládali. Improvizace v hudbě znamená okamžitě přeměnit své emoce na hudební projevy. Tímto začíná Fabio Mariani kapitolu o improvizaci “Trattato di chitarra Jazz”. Je tedy evidentní, že hudební improvizace je v podstatě instinktivní a kreativní, forma poznávání sám sebe a vnitřních pocitů. Improvizovat znamená vyloudit něco, co je v tu chvíli v nás, v ten moment

kdy se to stane, vstoupíme jakoby do vnitřního světa, který je prezentován ve své původní podobě. V tomto smyslu se zvuk stává prostředkem pro dekódování našich pocitů. V historii hudby, od duchovní k současné hudbě, improvizace byla a je vždy přítomna, což je důležité, protože to je počáteční imput pro hudební kompozice. Umění skládat je neoddělitelně spjata s improvizací a spontánní tvorbou hudby pro každý typ společnosti se zaměřením na její kulturní zvyky. Můžeme říci, že se jedná o mix mezi hudebními technikami a instinktivními emocemi, což umožňuje objevovat nové světy. Možná je to ten nejlepší a nejúžasnější způsob, jak vůbec svět vidět!

Těžký úkol hudebníků, kteří si přejí improvizovat je ten, že musí začít stavět na základních pravidlech hudby, a pak na ně zapomenout, a soustředit se výhradně na emocionální zážitek té chvíle a dokázat uchopit ten prchavý okamžik, jež se nikdy nevrátí, protože je jedinečný a neopakovatelný!

2.2.4 Proč hudební improvizace v terapeutickém procesu?

Pro hudební improvizaci je typická silná emocionální složka. Z tohoto důvodu se jedná o techniku použitelnou pro terapeutický proces, jež je také procesem emočním. Předpokladem k tomu je rozčarování. Ve skutečnosti je improvizace mnohými považována za komplikovanou schopnost, predispozici, kterou mají jen někteří hudebníci. Tento mýtus je však třeba vyvrátit a pochopit to, že hudební improvizace může být jednoduše dovednost pro navázání vztahu s lidmi prostřednictvím zvukových prvků, a je vlastní všem živým bytostem, a ne jenom hudebníkům. Možnost podílet se na společensko-emoční zkušenosti s hudbou je stejná pro oba jak hudebníka, který hraje na nástroj tak pro dítě, jež v pěti letech rádo udržuje rytmus na své hračce. Tento pohled je bohužel ignorován u hudebních pedagogů v tradičních školách, kde se děti učí hlavně to, jak číst noty a jak naslouchat, ale nepodporují aktivní a kreativní schopnosti a v praxi nepovolí zapojit improvizaci. Zvuky nás mohou představovat a improvizovaná hudba může poskytnout rámec pro mezilidské vztahy mezi terapeutem a pacientem.

Podle Wigrama to byla právě Juliette Alvin, jež dala teoretický základ a podstatu muzikoterapie založené na improvizaci, která se stala specializovaným terapeutickým nástrojem klinické praxe v Evropě.

Pro práci v muzikoterapii s improvizací, je nutná řada specifických hudebních dovedností, ale především umět, tyto schopnosti přizpůsobit a integrovat do terapeutických metod. Jedni z nejznámějších autorů jsou Kennet Bruscia a jeho dílo *Improvisational Models of Music therapy* (1987) a Tony Wigram *Improvvisazione* (2005) napsali a definovali různé

použitelné metody a techniky. Většinou se jedná o metody empatické, verbální, hudební, průzkumné, diskusní, metodologické, všechny se specifickým terapeutickým cílem. Zatímco Bruscia se zaměřuje na klinické techniky, Wigrane má tendenci se podrobněji zabývat hudební technikou a terapeutickými metodami. Hudební technika znamená hrát a zpívat prostřednictvím hudebních parametrů, terapeutická metoda znamená jednat a chovat se dle terapeutických parametrů. Improvizovat v terapii znamená, použití těchto technik nejúčinnějším a nejvhodnějším způsobem, mít schopnost porozumět potřebám těch před námi, naslouchat jim, identifikovat je, přijmout je podpořit je pro jejich uvedení do hry s hudbou.

2.2.5 Muzikoterapeutické metody a přístupy vhodné pro jedince s autismem

Víme, že autismus tedy celoživotně přetrvávající, neléčitelná vývojová porucha. Vyléčení není tedy cílem muzikoterapie její zaměření je na zmírnění, alespoň některých, příznaků autismu. Proto jak uvádí Zeleiová (2007) jsou pro jedince s autismem vhodné přístupy, zaměřené na edukaci a hudbu, jež využívají jako prostředek k rozvoji dovedností či utlumení účinků postižení.

Tuto skutečnost potvrzuje i Kaplanová (2005). Podle ní se muzikoterapie zaměřuje především na rozvoj jazykových a komunikačních dovedností (41%) a na oblast chování a sociálních interakcí (39%). Oblasti kognitivních (8%), hudebních (7%) a motoricko-percepčních dovedností (5%) jsou jen okrajovou částí muzikoterapie u jedinců s autismem. Nejvíce se u autistů využívá individuální muzikoterapie, pak terapie dvojic a malých skupin (3-5 členů). Muzikoterapeuti v rámci jednotlivých setkání pracují převážně aktivní formou, což znamená zejména improvizovanou hru na nástroj a zpěv, kdy je to klient, jenž si volí nástroje i písničky.

Improvizace v hudební terapii souvisí s mnoha modely, které se vyvinuly v průběhu let. Některé zásahy přesunují na terapeuta většinu rozhodnutí o způsobech užívání a o rolích, které mají být definovány, zatímco jiné dávají přednost klientovi, aby je sám využil. Obecně platí, že podle těchto dvou způsobů intervence, lze nalézt již na začátku, hluboké výkyvy. Na jedné straně je improvizace cítěna jako něco, co má být vedeno, musí se řídit, kde je role klienta zcela podřízena terapeutovi, na druhé straně se koncept improvizace stává úplným a klient je vyzýván, aby přenesl své pocity a emoce ve volném proudu. Další rozdíl souvisí s používáním hudebního prvku, jež může být použit v terapii, nebo jako terapie a rozdíl mezi těmito dvěma pojmy je velký. V terapii hudba není terapeutickým prostředkem, ale jednou z možných alternativ, jež stimuluje mezilidské vztahy. Pokud je vztah hlavní terapeutický

prostředek, klient se stává hlavním hercem a úlohou terapeuta je sledovat jeho vlastní cestu. Pokud je však používán hudební prvek jako terapie, zvuková improvizace se dostane do centra pozornosti a terapeut hraje aktivní a velmi často i rozhodující roli. Skutečná aktivní role klienta, a to jak ve fázi zapojení, tak v průběhu je spíše vzácná. Ve skutečnosti je mnohem pravděpodobnější, že terapeut převezme průběh terapie a ponechá klientovi omezený prostor. Podle mého názoru jsou to 3 terapie kde má klient s autismem více prostoru a skutečnou roli: Improvizační terapie modelu Alvin dále pak Kreativní terapie hudby na modelu Nordoff-Robbins a Paraverbální terapie, model Heimlich.

Metoda volné improvizace (Free Improvisation Therapy)

Vyvinula ji v 50. letech 20. století britská muzikoterapeutka a mezinárodně uznávaná koncertní violoncellistka Juliette Alvin. Tato metoda spadá mezi aktivní muzikoterapeutické přístupy. Alvin (1966) identifikuje muzikoterapii jako kontrolované použití hudby při terapii, rehabilitaci, vzdělávání a odborné přípravě dětí a dospělých s problémy fyzickými, duševními a emocionálními. Jsou tři typy přístupů k tomuto konkrétnímu způsobu chápání terapie:

- a) Klinický přístup: Hudební terapie je součástí lékařské nebo psychologické léčby duševních nebo emočních poruch.
- b) Rekreační přístup: Hudební terapie se používá jako odklon a zábava.
- c) Vzdělávací nebo kompenzační přístup: Hudební terapie se používá ve vzdělávacím kontextu, aby se urychlilo učení a rozvíjely související dovednosti.

Podle Alvinové (1962) tato metoda využívá improvizaci, protože nemá žádné pravidla, nařízení nebo strukturu. Zastávala názor, a člověk díky hudbě, kterou vytváří, může vidět a poznat sám sebe, mít svůj pohled na určité věci. Už název napovídá, že se jedná o volnou improvizaci, to znamená, co přijde, není předem připraveno, nástroje, hudební motivy či vokální zvuky vše je možné využívat libovolně. V rámci této metody terapeut nepracuje s žádnými hudebními pravidly a omezeními. Neurčuje směr ani postup improvizace. Celý průběh je řízen potřebami klienta. Z klinického hlediska není hudební způsobilost absolutně nutná, ale možná by se podle mého názoru mohla stát brzdou. Základem této terapie jak poukazuje Alvinová (1978) je koncept plánu rovnosti, v němž se klient a terapeut podílejí na hudební akci. Improvizace, které se vyvíjejí, se mohou vztahovat k něčemu vnějšmu, jako odraz tématický, popisný či hudební. Pokud se jedná o skupinu, tak se instinktivně vytváří kolektivní a ne individuální svoboda v tomto případě musí být globální poslech zásadní (Alvin, 1975).

Nemalou důležitost volné improvizace je kladen na vztah mezi klientem a terapeutem, přičemž důraz klade Alvinová především na proces navazování vztahu. Děje se tak pomocí hudby. Nejprve vznikne vztah mezi nástrojem a klientem a následovně pak vztah mezi klientem a terapeutem. Cílem jeho práce je poslouchání a vytváření hudby na klientově úrovni. Alvinová se zaměřila na případy autismu, mentální retardace, mozkové obrny a fyzických handicapů. Existují odkazy na intervence pro dospělé, ale spíše je improvizací terapie určená pro děti. Tato metoda se dotýká problémů hyperaktivity, opožděného rozvoje jazyka, nedostatku komunikace, špatné koncentrace, problémů s mobilitou, zapínání, fobie, agrese, posedlosti, atd. Samozřejmě tento typ zásahu nemusí být ten správný ve všech uvedených případech. U autistických dětí použití této metody by mohlo otevřít uzavřenost, a izolaci. Nebo jak uvádí Alvinová (1966) v případě dospělého pacienta může dojít k oživení pocitu bolesti, naděje, které se zhroutily, ztracených ideálů nebo těžkých časů.

Podle Alvinové (1984) dochází k několika vztahům. Klient x nástroj, klient x terapeutův nástroj, klient x hudba, klient x terapeutova hudba, klient x terapeut, klient x ostatní klienti.

Můžeme říct, že proces hudební tvorby je extrémně složitý, zatímco výsledek dobré improvizace je náhradou jednoduchosti. Právě tato jednoduchost zaručuje její účinnost. Podle definice je to praxe, která je přizpůsobena každé situaci, a tudíž i v případě terapeutického užití i specifickým potřebám klienta, vždy s přihlédnutím k pojetí "tady a teď". Stále se vyvíjí a vyvíjí se spolu s kontextem. Dobrý přístup, ať už při hraní hudby nebo při terapii, má být jednoduchý a tvůrčí. Doporučuje se, aby nebylo příliš mnoho prvků na poli, ale spíše pracovat s několika malými věcmi, dále je rozvíjet, znovu se jim věnovat obměňovat je, upravovat, přehodnocovat je z různých hledisek, získávat jejich podstatu. Pomocí tvořivosti je možné opakovat něco jednoduchého několikrát, aniž by to bylo těžké, ocenit pokaždé jiný aspekt.

Metoda kreativní hudební terapie

Je vyvinutá americkým skladatelem a klavíristou Paul Nordoffem a Clivem Robbinssem, podpůrným učitelem angličtiny. Na počátku šedesátých let oba pracovali hlavně s dětmi s mentálním postižením, s nimiž dosáhli pozoruhodné zkušenosti v oblasti duševního a tělesného vývoje. Věří, že vztah mezi terapeutem a klientem je formován "uvnitř hudby", jež zaznívá většinou během celého sezení od příchodu klienta až do jeho odchodu, čímž se stává urychlujícím článkem terapie, díky němuž dochází ke změnám. Tento přístup, klade na terapeuty vyšší nároky v oblasti jejich hudebních dovedností, neboť využívá kreativní a od hudebních konvencí očištěnou improvizaci. Snahou je zapojit klienta do společné hudební produkce. Typ zásahu je rozhodně aktivní. Klient prostřednictvím hudební kreace zažívá své vlastní vnitřní zkušenosti, jež se dostávají na povrch. V každém případě je hudba synonymem

neustálé změny. Průběh je plynulý a neustále se vyvíjející. Verbalizace je samozřejmě spíše špatná. Klinické použití je zaměřeno pro děti s autismem, psychózami, emočními poruchami, mentální retardací, protože improvizovaná hudba může rozvázat jejich komunikaci, rozvíjet lidské relace, začít nebo rozšířit používání jazyka, oprostít se od patologických vzorců chování a budovat silnější a bohatší osobnost. Existuje celková korelace mezi klinickými a hudebními cíli, které je třeba nakonec individualizovat a stanovit v průběhu terapie. Dítě pracuje volně v rámci obecné struktury s hierarchií hudebních činností a zkušeností. Pro tuto činnost se preferuje mít dva terapeutů v týmu. Jeden hraje na klavír, zatímco druhý doprovází dítě v jeho reakcích, které jsou obecně charakterizovány použitím hlasu, vokálu a perkuse. Odpovědi pomáhají tvarovat to, co Bruscia (1987) definuje jako hudební autoportrét, který může odhalit jeho osobnost. Hudební údaje shromážděné terapeutickým týmem budou mít během terapie velký význam. Tyto údaje, tvoří popisnou mapu klientovi hudební komunikace, jež také poskytne zrcadlo skutečného vývoje v čase. Nordoff a Robbins (1977) nastavili hodnocení podle různých modelů. První model obsahuje třináct kategorií odpovědí, analyzuje a klasifikuje spojení mezi improvizací terapeuta a klienta a jeho reakcí přijaté komunikace. Druhé a třetí hodnocení poskytuje obraz vztahu mezi klientem a terapeutem během hudební produkce a úroveň účasti a kvality hudební komunikace. Čtvrtým modelem je stupnice hudebních odpovědí klienta, jež můžeme rozdělit do dvou kategorií. Ta je spojená s rytmickou a instrumentální činností, a s aktivitou související se zpěvem. Poslední model, definovaný jako časově - dynamické schéma, je důležité pro pochopení expresivních složek hudební produkce pacienta. Tímto přístupem lze určit emotivně-hudební reakce klienta, protože improvizace se stává hlavním, ne-li jediným prostředkem komunikace. Z mého pohledu je fundamentální respekt a úcta k pacientovi. Terapie se stává účinná, dochází k absolutnímu sloučení dvou základních složek, a to vztahu mezi klientem a muzikoterapeutem a toho mezi klientem a hudbou.

Paraverbální terapie

Vyvinul ji Evelin Heimlich, tato terapie se používá především u nekomunikativních dětí. Heimlich (1965) jí definuje jako kontinuální způsob pozorování, zjišťování a ošetřování, která využívá různé výrazové prostředky (tj slovo, jazyk, hudba, hudební složky, mimiku, pohyb, psychodrama, kresba, malba) neortodoxním a netradičním způsobem, aby došlo ke splnění expresivních, komunikačních a terapeutických potřeb, jedince. Více než muzikoterapeutický to je spíše psychoterapeutický přístup, který se náhodně týká i hudebního projevu, jež v tomto případě je podobný terapeutickému působení. Pokud vezmeme slovní vyjádření jako možnou brzdou k účinné terapii, náhrada za slova mohou být transformována do

efektivního komunikačního kanálu. Hra se stává součástí. Hraní ve zvuku se zvukem, v pohybu a s pohybem, bez příkazů v neustálém vývoji. Potěšení je nezbytné pro terapii a samozřejmě hra, jak uvedl Bruscia (1987), nahradí úzkost radostí či potěšením. To znamená v konečném důsledku vést přes hru, výraz a pocity pacientů. Improvizace je absolutní svoboda projevu a interakce, pokud je správně provedena hlavní hrou.

Jedna z technik používaných v paraverbální terapii je obrazné použití hudebního nástroje, nebo jeho přiřazení na něco či někoho, nebo prostřednictvím vytváření zvuků se záměrem popsat konkrétní osobu, událost nebo pocit. Tato technika se používá při individuálních hodinách. Kompletní sada nástrojů je připravena pro klienta, který si tak může vybrat nástroj, který ho nějakým způsobem zastupuje a transformuje myšlenku v hudbu. Improvizace skladeb, je nahrávána a poté společně s klientem poslouchána. Improvizace je volný kanál jak ventilovat city, následný poslech poskytuje přesnější popis schopností a omezení. Funkce terapeuta, je do jisté míry jako náhrada rodiče dítěte, a pomáhá mu mít úplnější citový život, a to prostřednictvím intrapersonální, afektivní komunikace.

FMT- metoda

Autor metody je Lasse Hjelm. Ve Švédsku a Finsku je možné tříleté studium tohoto programu a absolvent získá titul Diplomovaný terapeut. Jedná se o netradiční a specifický druh hudební terapie, pomocí jednoduchých kódů, které terapeut hraje na akustický klavír a klient na bicí nástroje. Umožňují spolupráci mezi adeptem a terapeutem. Je zvláště vhodná při léčení vývojových poruch mozku a svalů, poruchách učení, chování, autismu, Parkinsonově a Alzheimerově nemoci atd. Postupuje se od nejjednodušších sestav, kdy klient hraje na jeden nástroj, ke složitějším sestavám se šesti a více nástroji. Hudba je pouze prostředkem ke spolupráci, není cílem. Terapeutické sezení představuje 20–25 minut efektivního hraní, tudíž je velmi náročné na koncentraci. Klientovi se nedávají žádné slovní instrukce a drží se poměrně striktně určitého řádu. A to autistům, právě vyhovuje velmi dobře, protože soustředí pozornost na jednu věc. Když se s tou věcí seznámí, tak pak to jde velice dobře. Díky tomu, že klienti v rámci této metody věnují hodně pozornosti koordinaci pohybů a prostorové orientaci, odbourávají se postupně i jejich stereotypní pohyby.

Tomatisův poslechový program

Jedná se o výhradně poslechovou záležitost, která nabízí autistům zmírnění sluchové a taktilní hypersensitivity, což může zlepšit komunikaci a sociální dovednosti. Francouzský ušní lékař Alfred Tomatis, vychází z toho, že vnímání zvuků probíhá paralelně na úrovni sluchového aparátu (ucho) a na úrovni těla (zvuky se šíří povrchem těla a kostmi). Zatímco lidské ucho dokáže oddělit čisté zvuky od okolního ruchu a šumu, zvuky, které přijímáme

povrchem těla, jdou přímo do mozku, aniž by byly filtrovány. Pro běžnou populaci toto dvojitě vnímání zvuků není problematické, jelikož jsou zvyklí přijímat jednotlivé zvuky ušima a filtrovat je. Jedinci s autismem však v tomto případě problém mají, protože dle Tomatise, vnímají zvuky na tělové úrovni, a neumí oddělit zvuky podstatné od nedůležitého šumu. Klient k poslechu používá filtrovanou hudbu, která obsahuje frekvence, jejichž slyšení má být posíleno. Pro tuto terapii jsou vhodní klienti s poruchou pozornosti, řeči, či s poruchami učení. Tomatisův poslechový program není určen pro klienty se ztrátou sluchu.

Vibroakustická terapie

První zmínky o této terapii podává Nor Olav Skille v 80. letech 20. století. Naše tělo je v mnoha ohledech, jako zvukové pole hudebního nástroje, který rezonuje při stimulaci některých frekvencí, kde frekvence, konečnou není nic víc, než opakováním formy vlny (v tomto případě produkována zvukem) a v průběhu času je měřena v jednotkách Hertz. Nízké frekvence působí na měkké tkáně, tedy zhruba v centrální oblasti těla, naopak, vyšší ovlivní oblast hlavy. Takže, zkusme si představit, že můžeme uměle vyrobit určitou škálu zvuků (nebo frekvencí, což je v podstatě totéž), s přesným cílem stimulovat konkrétní oblast lidského těla. V současné době se jako nejúčinnější ukázalo být takzvané „vibroakustické lehátko“, jež může produkovat bez obtíží velmi nízké frekvence. Když mluvíme o nízkých frekvencích, odkazujeme na ty, které jsou obecně v rozmezí od 20 Hz do 80/90 Hz. Tyto konkrétní frekvence mají schopnost působit poměrně přesně na různých částech těla a jsou doplněné hudbou ve sluchátkách a určené k terapeutickým účelům. Klient leží na lehátku a vnímá nízkofrekvenční vlny a relaxační hudbu z reproduktorů. Narušené systémy těla mění své přirozené vibrační frekvence. U dětí s autismem, či jakýmkoli jiným postižením je vibroakustická terapie nyní předmětem zájmu a od příštího roku by mělo být umístěno první vibroakustické lehátko v této mateřské školce.

3 Empirická část

3.1 Vymezení cíle a výzkumné otázky

Ve výzkumné části své diplomové práce jsem se zaměřila na deskripci jedinců s poruchami autistického spektra. U této poruchy platí, že není autista, jako autista, že každý jedinec je naprosto odlišný a vyžaduje individuální přístup při výchově a vzdělávání. Výzkumná část mé práce se orientuje na praktické využití uvedených metod muzikoterapie a rozšíření poznatků o důležitosti jejich správného výběru pro rozvoj komunikačních schopností klientů s PAS a o nenahraditelné úloze intuice a zkušenosti muzikoterapeuta.

Hlavním cílem diplomové práce je realizovat pozorování individuální intervence muzikoterapeuta s dětmi s PAS, v předškolním věku.

V návaznosti na hlavní cíl šetření byla stanovena **vědecká otázka:**

Je muzikoterapie účinným prostředkem pro navazování a rozvoj komunikace s dětmi s PAS?

Dílčím cílem diplomové práce je realizovat pozorování individuální intervence muzikoterapeuta s dětmi s PAS. Analýza jednotlivých hodin muzikoterapie dětí s PAS

V návaznosti jsem stanovila tyto úkoly práce:

1. Popsat poruchy autistického spektra, a zdůraznit jeho variabilitu.
2. Popsat co je to vlastně muzikoterapie a její využití.
3. Vybrat školku, kde se to bude realizovat šetření.
4. Realizovat individuální terapeutické jednotky u jedinců s PAS.
5. Výběr vhodné muzikoterapeutické metody je základem pro navázání kontaktu autistických dětí a jejich další rozvoj.
6. Zmapovat 10 muzikoterapeutických lekcí
7. Pořídit video záznam z jednotlivých lekcí
8. Analyzovat průběh hodin u zvolených dětí
9. Provést rozhovor a získat zpětnou vazbu od muzikoterapeuta
10. Jaká bude reakce dětí po tříměsíční letní pauze

3.2 Použité metody a časový harmonogram

K realizaci výzkumného šetření byly zvoleny tyto metody:

- studium a rozbor odborné literatury;
- analýza lékařských zpráv a pedagogické dokumentace;
- analýza videí a pozorování dětí s PAS v průběhu muzikoterapeutických lekcí;
- polostrukturovaný rozhovor z muzikoterapeutem;

Jako hlavní metodu jsem zvolila zúčastněné pozorování, a metodu polostrukturovaného rozhovoru. Zúčastněné pozorování a jeho následné zpracování probíhalo od listopadu 2016 do června 2017. Pak byla 3 měsíce pauza a lekce začaly znovu v polovině října 2017. Rodiče žáků souhlasili se zpracováním osobních údajů svých dětí pro účely diplomové práce. Byla zpracována speciálně pedagogická diagnostika, a analýza dostupných lékařských záznamů. Pořádila jsem videozáznamy všech participantů. Doplnila to rozhovorem s muzikoterapeutem. Zde jsem použila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Stanovila jsem si okruhy otázek,

které jsem dle uvážení rozšířila o otázky doplňující a jejichž pořadí jsem měnila podle potřeb. Na základě veškerých informací byly zpracovány kazuistické studie 3 sledovaných žáků z 10 ti zúčastněných. Na konci byla uspořádaná schůzka s rodiči, jež byli informováni o průběhu a eventuálních pokrocích svých dětí. Byl puštěn i videozáznam.

Tabulka č. 2. Harmonogram výzkumu

Výzkumná činnost	Období
Sběr dat a teoretická část práce	říjen 2016 – červen 2017
Analýza dat	září 2017
Syntéza dat	říjen 2017
Zpracování a interpretace výsledků	září-listopad 2017

3.3 Kazuistické studie

3.3.1 Charakteristika respondenta č. 1

Pohlaví: Chlapec

Věk: 5

Diagnóza: Dětský autismus F. 84.0 (závažnost st. 3). Vývojová porucha expresivní řeči.

Rodinná anamnéza: Rodina úplná, matka ZŠ, otec obchodní zástupce, starší bratr podezření na PAS, vyšetřen, PAS nebyl potvrzen má jen balbuties. Nyní je bratr bez problémů. Pomáhají prarodiče.

Osobní anamnéza: Chlapec je z druhé gravidity, těhotenství probíhalo bez větších komplikací, porod 14 dní před termínem, PH 3300 g, pupečník kolem krku, po porodu bez potíží s adaptací, kojený 8 měsíců, očkování řádné, úrazy-zlomenina prstu. PMV do roku a v oblasti motoriky bez potíží, ale zpoždění v oblasti řeči. Užíval pouze náznakově dvě slova (mama jako m-m,tata). Od ledna 2015 zařazen do běžné MŠ za podpory asistenta, od září 2016 navštěvuje spec. MŠ pro děti s autismem.

Školní anamnéza: Ve školce obtížně spolupracuje, v projevech je živý až hyperaktivní, u činností málokdy vydrží delší dobu. Odmítavý k nabízeným pracovním činnostem. Při zaujetí nebo nespokojenosti stereotypní pohyby rukou.

Z pozorování: vchází do místnosti bez potíží, adaptace na změny poměrně dobrá. Oční kontakt navazuje málo, rozhlíží se po místnosti, volně se po ní prochází. Pohyby koordinované. Vyhledává fyzickou interakci s matkou-mazlení. Práce nad úkoly problematická, komplikovaná negativismem a nízkou frustrační tolerancí. Přetrvává manýrování, jen změnil intenzitu, přechází do sebepoškozování (plácá se silně do tváří) k tomu vydává mručení, jinak bez hlasových projevů, jen křik v době kdy je v afektu. Při prohlížení knížek, kroutí pusou jako by používal mluvidla. Doma mají problém s tabletem, dostal se na facebook, na pohádky i na počasí. Seděl by u něj celý den. Je nejhluchnější ve třídě. Celý den si mručí. Nemá dostatečný pud sebezáchovy, nerozlišuje chodník a silnici.

Významně narušeno zvládnání 6 životních oblastí, jedná se o těžkou závislost.

Mobilita: Ze schodů, do schodů sám bez držení. Nechápe šlapání na kole, nejedí na něm.

Orientace: NE v exteriéru ztracený, pozná jen, že jede k babičkám, ale neorientuje se v cizím prostředí, taktéž časová orientace není a ani komunikace.

Komunikace: NE. Nejeví zájem o verbální ani neverbální způsob komunikace. Nepoužívá slova, vydává neartikulované zvuky v různé intenzitě. Komunikace pomocí piktogramů, jen když se mu chce, a to většinou jen pro kinder vajíčko nebo tyčinky. Jinak je nepoužívá. Když

mu ukáže kartičku, že jde spát, řekne „ne,„. Neříká ano exprese není, jen bručení-mručení. Nedomlouvá se ani gesty, jak mu ale ukáže, že má otočit tvarem, pochopí. Když se řekne, podej mi láhev - podá, ale nic víc. Věty ne, slabé porozumění řeči (běžné pokyny). Pokud něco potřebuje, zajistí si to sám, nebo chytí dospělého za ruku a dovede ho tam. Celkově reaguje velmi málo, ani na své jméno ne vždy reaguje.

Sociální vyvoj: Nejsou pozorovány verbální ani neverbální komunikační signály. Nejeví zájem o společnou hru, nevyhledává interakci, více se zajímá o své činnosti, než o kontakt. Spolupráce je obtížná, nepodá na výzvu, nevyhoví výzvě, netouží se předvést. Projevuje zájem o fyzický kontakt.

Sebeobsluha: Oblékání, obouvání: sám se neobleče, nerozpozná, který kus oblečení patří na kterou část těla, asistuje při oblékání, stáhne si sám volnější části oblečení.

Tělesná hygiena: dovede si umýt a osušit ruce.

Stravování: příbor nepoužívá, samostatně jí lžičkou, je nutné jej dokrmovat dospělým.

Výkon fyziologické potřeby: NE - neoznámí potřebu hlídají rodiče, vyžaduje přítomnost mámy, dopomoc se sebeobsluhou.

Péče o zdraví: NE nedokáže pečovat o své zdraví.

Osobní aktivity: NE – velmi hyperaktivní, doma někdy vydrží u prohlížení knížek.

3.3.2 Charakteristika respondenta č. 2

Pohlaví: Dívka

Věk: 5let

Diagnóza: Diagnosticky je vedena jako atypický autismus (narušený vývoj sociální komunikace, funkční hry a stereotypního chování, oblast reciproční sociální interakce se nejeví vážněji narušena vzhledem k úrovni předpokládaného intelektu), psychomotorické opoždění (lehké až středně těžké) a hyperkinetický syndrom (porucha aktivity a pozornosti, ADHD). V popředí autistické projevy (stereotypní chování, narušený vývoj řeči), afektivní raptury v domácím prostředí a hyperkinetické projevy při celkovém opoždění psychomotorického vývoje.

Rodinná anamnéza: Pochází z úplné, funkční rodiny. Matka (1970) SŠ otec (1968) VŠ. Starší bratr studuje na VŠ

Osobní anamnéza: těhotenství v normě, porod v 38. týdnu, ne inkubátor, do 11 měsíců kojená, cvičili Vojtovu metodu pro opožděný PMV. Do 18 měsíců byla klidná, neměla ráda, když se jí dotýkali cizí lidé. Samostatná chůze od 20 měsíců, vývoj řeči opožděný. Vyšetření sluchu negativní.

SPP: upravená, nápadnější vzhled, lucidní, čiperná, výrazná nežádoucí motorická aktivita, impulzivita, nepozornost roztěkaná, rozlitaná, výraznější opoždění vývoje řeči, oční kontakt nekvalitní, používá gesta (ukazuje na hračky), pozornost sdílí. Zpočátku dysforická, negativistická, poté krátce zaujatá hračkami, zklidňuje se, pak opět dysforie, dupání, nespokojené máchání rukou do vzduchu, někdy se nechá zklidnit matkou. Bez výraznější tenze, bez anxiety. Spánek v normě chuť k jídlu dobrá. Intelekt v pásmu lehké až středně těžké mentální retardace. Hyperkinetické projevy. Nápadnosti v oblasti sociální komunikace, funkční hry a stereotypního chování. Oblast reciproční sociální interakce se nejeví vážněji narušená vzhledem k úrovni předpokládaného intelektu. V domácím prostředí afektivní raptý, výchovná bezradnost rodičů.

Významně narušeno zvládání 6 životních oblastí, jedná se o těžkou závislost.

Mobilita: zvládá

Orientace: NE vzhledem k neporozumění řeči a neschopnosti komunikovat, autistickým projevům, rozlišuje osoby blízké a cizí.

Komunikace: NE přestala používat slova, v minulosti asi 5 slov, nyní nic, věty ne, slabé porozumění řeči (běžné pokyny).

Oblékání, obouvání: NE, nedokáže obléct ani svléct žádnou část oblečení, částečně spolupracuje při vyslékání a oblékání, ale nedostatečně.

Tělesná hygiena: dovede si umýt a osušit ruce.

Stravování: samostatně se nají lžičkou, pije z hrníčku.

Výkon fyziologické potřeby: NE- vyžaduje plenky na noc a přes den mimo domov, když chce, ukáže, v noci se vždy pomočí. U velké potřeby ukáže rodičům, že se potřebuje vyprázdnit.

Péče o zdraví: NE nedokáže pečovat o své zdraví.

Osobní aktivity: NE – velmi hyperaktivní, doma někdy vydrží u prohlížení knížek.

3.3.3 Charakteristika respondenta č. 3

Pohlaví: Chlapec

Věk: 5 let

Diagnóza: Atypický autismus

Osobní anamnéza: Těhotenství i porod bez výraznějších komplikací. Narozen v termínu, z druhého těhotenství matky, porod spontánní. Kojený do 18. měsíců. Psychomotorický vývoj opožděný stejně tak jako vývoj řeči ve všech jazykových rovinách a kognitivních funkcí.

Rodinná anamnéza: Pochází z úplné, funkční rodiny. Matka SŠ 42 let, zdráva, otec 51 VŠ let, zdravý, sestra 10 let, zdráva.

Psychomotorický vývoj probíhá značně nerovnoměrně, celkově je opožděn, při chronologickém věku 65 m. osciluje od úrovně 0 m. (imitace – verbální) až po úroveň 54 m. (sociální vývoj).

Přetrvávají nápadnosti v oblasti komunikace (řečový projev se začíná rozvíjet, užívá několik slov, artikulačně neobratně, méně srozumitelně, napodobuje zvuky zvířat, vydává neartikulované zvuky - libé, nelibé, objevují se řečové stereotypie), v oblasti sociálních dovedností (aktivně sociální kontakt nevyhledává, přítomnost druhých toleruje, preferuje dospělé osoby, do společných her se nezapojuje) a nápadnosti v oblasti vývoje hry a zájmů (převládá mechanická a destruktivní hra, preferuje úzký okruh zájmů). V chování jsou patrné pohybové stereotypie, krátkodobá pozornost. V sebeobluze vyžaduje dopomoc dospělé osoby. Nízká je úroveň grafomotoriky a jemné motoriky, hrubá motorika bez obtíží. Matematická představa nevytvořena, mechanickou číselnou řadu neexponuje. Geometrické tvary nepojmenuje ani nepřirazuje, zvládá přiřazování základních barev ke stejné.

3.4 Charakteristika prostředí výzkumu

Mateřská škola se nachází nedaleko centra města v Olomouci v klidné lokalitě s krásnou prostornou zahradou. Je snadno dostupné vlakové spojení i MHD. Patří k významným článkům v systému předškolního vzdělávání pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami s působností v celém olomouckém kraji a ve specifických případech s nadregionálním přesahem. Poskytuje širokou škálu speciálně-pedagogických služeb v rámci předškolního vzdělávání dětí od 0,5 do 7 let se speciálními vzdělávacími potřebami. 15 dětí má k dispozici 2 třídy kde hlavním účelem je výchova a vzdělávání. Kolektiv je pestrý, otevřený a zajímavější se o svou práci. Tým speciálních pedagogů spolu s rodiči naplňují společný cíl, kterým je dát dítěti to co do života potřebuje.

Filozofie školky vychází z pojetí člověka jako jedinečné lidské bytosti. Postižení a diagnóza je týmem přijímaná jako informační prvek, jež se odborně řeší. Dítě je vnímáno celostně čímž nedochází k uzavření rozvoje selektivním přístupem, jež se opírá jen o diagnostiku. Pojetí výchovy usiluje o neustálé inovativní prvky s cílem co nejlépe vystihnout požadavky a trendy v oblasti výchovy a vzdělávání dětí s postižením což směřuje k jejich plnohodnotnému a šťastnému životu.

Poslání školky vyjadřuje stručné motto: „Naše terapie je život...“ Zajišťuje tak odbornou pomoc diagnostickou, terapeutickou, rehabilitační, výchovně vzdělávací, zájmovou, atd.

Kolektiv je "synonymem života". Společným cílem týmu speciálních pedagogů a rodičů je postavit dítě co nejlépe do života.

- osobnostní přístup
- pro všechny děti individuální plány
- při učení jedno dítě a jeden pedagog (individuální forma výuky)
- spolupráce pedagogů a rodičů
- otevřený systém práce pro vstup studentů, odborníků i veřejnosti
- TEACCH program a usnadňovaná komunikace pro děti PAS s respektováním individuální životosprávy
- zaměření na vybudování zdravého sebepojetí a vnímání svého místa v životě
- v rámci volných aktivit nabízí muzikoterapii, plavání, hudebně-pohybový kroužek, canisterapii
- důraz se klade na, kulturu stolování a vnímání krásy kolem nás, estetiku prostředí
- školka se snaží, aby pozitivní energie úspěšně zvládala situace každodenního života

3.5 Vlastní výzkumné šetření

a) místnost pro muzikoterapii

Místnost, v níž se v MŠ provozuje muzikoterapie, je určena přímo k tomuto účelu a poskytuje příjemné prostředí. Vše je přizpůsobeno tak, aby nedošlo ke zranění dítěte. Autistické děti jsou většinou citlivější na světlo, což znamená, že je možno regulovat osvětlení. Do místnosti nejde hluk z okolí, tím nedochází k narušování terapeutického procesu. Je v ní dostatek místa na sezení, ležení či povalování se. Uprostřed místnosti jsou položeny nástroje k použití v hodině, je tam k dispozici klavír ostatní nástroje jsou uloženy v koších. Pro úspěšnost muzikoterapie je třeba, aby nechyběla příjemná atmosféra.

b) hudební nástroje

Ať už se zabýváme jakoukoliv formou muzikoterapie, jedním z klíčových prvků naší práce a úspěšnosti jejího působení jsou hudební nástroje. Hudební nástroj otevírá novou dimenzi, přináší doteky hudby, tónů a vibrací, které působí jak z vnějšku, tak zevnitř. Stává se prostředníkem hudební komunikace. Proto jsou hudební nástroje v muzikoterapii jedním z nejdůležitějších elementů naší práce a zdrojem blahodárných a harmonizujících tónů a vibrací. Používají se nástroje jednoduché a lehce ovladatelné, nejčastěji rytmické nástroje z Orffova instrumentáře, kytara, xylofon, píšťalky, piano, tibetské mísy, šamanské bubny,

didgeridoo, gong, činely, zvonky, bubny a bubínky, chrastítka - nebo nástroje vlastní výroby, různá ozvučná dřívka, rolničky atd. a samozřejmě nesmíme opomenout lidský hlas, jež automaticky používáme, ale práce s ním není jednoduchá. Hudba pro děti s PAS je vhodným a současně jednodušším komunikačním prostředkem, protože její sdělení je přímé a bez abstrakce. Autistům vyhovuje určitý opakující se řád, tím je muzikoterapie vhodnou volbou k rozvoji komunikace a terapeutickému působení, a to pro svůj rituální charakter. Hudba je flexibilní a umožňuje mnohé varianty, což je předpoklad pro práci s autisty.

c) způsob práce

1. navázání kontaktu s klientem,
2. vlastní terapeutická práce,
3. relaxace – prolínající celou terapii

Úvodní část muzikoterapie slouží k navázání kontaktu s klientem. Dle věku, druhu a míře postižení jsou voleny formy muzikoterapie a délka terapeutické jednotky; v případě aktivní formy se nedoporučuje trvání delší než 20 minut z důvodu udržení pozornosti klienta. V našem případě se jedná o individuální muzikoterapii u dětí s PAS, a proto byla iniciativa na straně terapeuta, což je dáno uzavřeností autistů do jejich vlastního světa. Ví se, že děti s autismem na počátku terapeuta často ignorují, reagují křikem, pláčem či úzkostí. Někdy chtějí odejít. Muzikoterapeut to řeší prostřednictvím adekvátně zvolených hudebních prostředků. Praxe potvrzuje, že obvykle trvá několik sezení, než dítě začne brát muzikoterapeuta na vědomí. Navázání důvěry a spolupráce je pak otázkou času, pokroky mohou přijít až za dlouho. Terapeut nemá mít žádná očekávání, měl by být trpělivý, kreativní a velmi všímavý. Po určité době je dítě připraveno ke spolupráci a komunikaci s muzikoterapeutem. Komunikace se projevuje různě: prozpěvuje si, běhá, chodí po místnosti či pohupuje se do rytmu, hraje na nástroj, je v přímém kontaktu s terapeutem, kdy se k němu dítě záměrně přiblíží, dotkne se jej, sedne si k němu i na něj, nebo se dotýká hudebního nástroje, který právě terapeut používá, bere mu jej z ruky, napodobuje rytmus, melodii, zpěv. Občas se projeví i oční kontakt. Neměl by se opomenout relaxační úkol muzikoterapie, jímž se snažíme klientům dopřát pocit bezpečí. V mladším školním věku a hlavně na počátku terapie je upřednostňována individuální forma muzikoterapie, jelikož nabízí jednodušší navázání komunikace mezi klientem a terapeutem. K celkovému rozvoji komunikace dítěte je využívána hudební improvizace, k níž není třeba žádné zvláštní dovednosti.

d) Výběr vhodné muzikoterapeutické metody je základem pro navázání kontaktu a vývoj u autistických dětí.

Jak je evidentní ze záznamu videa a popisu tří klientů, jež jsou aktivní součástí terapie, výběr metody je základem pro jeho správný rozvoj. Každý jedinec si zvolil jinou metodu a ne jenom to také se stalo, že v průběhu ji změnil. Jak už bylo řečeno, není autista jako autista a tudíž jedním ze základů pro jeho rozvoj je zvolit správnou muzikoterapeutickou metodu.

e) Individuální sezení bylo zvoleno kvůli odlišnosti přístupu ke každému jedinci s PAS.

Vezmeme v úvahu předešlou otázku, že u jedinců s autismem je velmi důležitým faktem volba správné metody, protože ze tří jedinců, jež jsem popsala, každý potřeboval jiný přístup či jinou metodu ke svému rozvoji. Vyplývá z toho, že individuální forma muzikoterapie je preferovaná, kvůli rozličným přístupům, jež se musí používat při muzikoterapii u dětí s PAS.

3.6 Rozhovor s muzikoterapeutem

Muzikoterapeut, pochází z rodiny hudebníků bratr je vedoucí katedry muzických umění v Grazu, sestra je lyrická pěvkyně v opeře v Miláně. Diego studoval 8 let na konzervatoři klasickou kytaru, kompozici a dirigenta sboru. Mezitím vystudoval historii muzických umění na univerzitě v Terstu. Poté pracoval 11 let v psychiatrické struktuře v Udine jako referent a zde se poprvé pokusil o aplikaci muzikoterapie u klientů. To jej ovlivnilo, a proto vystudoval čtyřletý obor muzikoterapie na univerzitetě v Padově, jež spadá pod univerzitu Jean Monnet Bruxelles, protože v Itálii zatím samostatná univerzita muzikoterapie není. Diego nemluví česky, takže vše překládám.

Diego jaký je dle tebe důležitý předpoklad pro vykonávání profese muzikoterapeuta?

Základem je aktivní vztah k hudbě a ovládat alespoň jeden hudební nástroj, většinou klavír či kytaru. Mít vystudovanou muzikoterapii, dobré je i psychologii nebo speciální pedagogiku a pokud možno dělat tuto práci s láskou.

Volíš raději muzikoterapii skupinovou anebo individuální

Skupinovou terapii používám většinou u dospělých klientů nebo u klientů důchodového věku. Preferuji individuální terapie u ostatních diagnóz, protože hovoříme o muzikoterapii a ne o hudební výchově, což bohužel mnoho lidí a i muzikoterapeutů zaměňuje. Některé děti s autismem je dobré, v rámci podpory rozvoje sociálních vztahů zařazovat do skupinových terapií. Obvykle je však, alespoň zpočátku, upřednostňována individuální forma terapie. Jsem toho názoru, že ve skupině je vždy někdo silnější, jež zasune do pozadí ty slabší.

Pracuješ raději s dospělými nebo s dětmi?

Musím přiznat, že pracuji rád se všemi, ale preferuji děti.

Které muzikoterapeutické metody využíváš u autistických dětí?

Volnou improvizaci a paraverbální metodu někdy hudební dialog. Tyto vidím nejefektivnější a nejlépe využitelné pro mou praxi s autismem.

Které hudební nástroje preferuješ?

Nemám preference je to vždy na klientovi, co si vybere.

U paraplegického dítěte používáš stejné metody jako autistického dítěte?

Ne, žádná terapie není stejná, stejně tak jako lidé jsou různí. Paraplegické dítě se zaměří třeba více na bubny, čímž může posilovat horní končetiny atd.

Když připravuješ terapeutickou hodinu pro autistické děti, máš stále stejný „setting“?

Znamená to mít stále stejnou strukturu, tu samou místnost, nástroje položené prevalentně stejně, občas některý dodat nebo některý ubrat. Fondamentální je kontinuita. Jak jsi sama viděla, respondent 2 si vybral setting sám. Což znamená, že má kapacitu rozhodovat a to je velmi pozitivní.

Jak dlouho ti trvá navodit kontakt s autistickými dětmi.

Jak prvotní kontakt s autistickým klientem proběhne, záleží čistě na terapeutovi, jeho zkušenosti a schopnosti odhadnout klienta. Kontakt může být nejrůznějšího charakteru verbální i neverbální, přes hudební nástroj či hlas, dotekový a případně další. Kontakt se většinou podaří navodit brzy a poté se rozvíjí kamarádský vztah. Časově je to opravdu různé, někdo hned první hodinu, jiný za měsíc.

Co se týká výběru nástroje, doporučuješ nebo si dítě vybírá samo?

Nástroje jsou většinou rozložené na zemi a protagonista si vždy zvolí sám.

Jak probíhá interakce s autisty prostřednictvím hudebních nástrojů.

Většinou si sami vyberou nástroj, začnou na něj hrát a já imituji to, co hrají oni. Co to znamená. Dítě nám tím něco sděluje a my mu odpovídáme, že tomu rozumíme. Postupně můžeme zahrnovat různé variace např. dítě ta-ta-ta-tá muzikoterapeut zahraje ta-ta-tá-ta-ta. Pokud to dítě imituje stejně, znamená to, že mě poslouchá a tím začíná komunikace. Dále můžeme využít intenzitu zvuku z tichého do hlasitého, sílu zvuku atd. Existují nesčetné varianty, které můžeš použít.

Jsi schopný naučit hrát autistu i melodie?

Ano, ale to není úkolem muzikoterapie, i přesto, že mnozí jsou o tom přesvědčení. Hovoříme o terapii ne o hudební výchově. Takže to co s nimi děláš je mířeno na komunikaci.

Je rytmika důležitá pro muzikoterapii?

Dle mého mínění je v podstatě nejdůležitější součástí muzikoterapie. Když jedinec vnímá rytmus, může se naučit postupně vnímat i základní melodie. Rytmus je jedincům s autismem hodně blízký, bližší než třeba melodie. Já určitě doporučuji začínat rytmem.

Mají autisté nějaký nástroj, jež preferují?

Ne, dokonce můžeme využít i věci, které nejsou hudebními nástroji, třeba plastové skleničky, které když mačkáš, vydávají zvuk, papír, který šustí atd.

Slouží tedy hudební nástroj jako prostředek k rozvoji neverbální komunikace s klientem?

Ano, díky němu s autistickým jedincem můžeme pracovat i na zlepšení jeho jemné motoriky. Dítě se například učí pozorovat svou vlastní ruku při hře na nástroj a od ní pomalu přechází k pozorování terapeutovy ruky, zrcadlí jeho pohyby. Nápodoba terapeutovy hry, zrcadlení, je další fází muzikoterapeutického sezení, v podstatě jeho cílem.

Jak muzikoterapie napomáhá rozvíjet komunikaci?

Tim, že se nepoužívají slova, ale používají se tóny, je komunikace mnohem jednodušší. Jak říkal Gustav Mahler (jeden z mých preferovaných skladatelů) "Kdyby skladatel mohl vyjádřit, to co má říct slovem, nebude se muset snažit říct to v hudbě." Hudbou nemůžeš nikomu lhát. Slovy, můžeš člověka obalamutit například, mu řekneš, mám tě rád, a přitom jej nesnášíš. Kdežto když improvizuješ v hudbě a jsi třeba našťvaný, je to jasně slyšet, že jsi našťvaný.

Aha, tak to já nevím, jestli když někdo hraje na bicí, poznám, že je našťvaný.

No vidíš, ale dobrý muzikoterapeut by to vnímat měl. Měl by poznat v jakém je rozpoložení klient a podle toho jednat. Hudbou se nedá obalamutit! Hudbou komunikujeme to, co neumíme vyjádřit slovy.

Komunikace neznamená, rozvoj řeči. Jedná se o opravdu široký pojem, který zahrnuje mimo jiné i rozvoj řeči. Povedlo se ti někdy, to že by autistické dítě začalo používat alespoň pár slov?

Ano, po dvou letech pomocí mikrofonu, tím že slyšel svůj vlastní hlas zesílený začal vyslovovat některá slova. Z toho vidíš jak je to různé.

Takže jestli jsem to dobře pochopila, muzikoterapeut by měl najít a otevřít komunikační kanály u klienta, což je velmi důležité pro další interakci například s rodiči, logopedem, atd.

Ano přesně tak. Muzikoterapeut má najít a otevřít kanály klienta a tím umožnit další práci specialistům.

Existuje nějaký ideál, kolik sezení je vhodných a jak dlouho?

Je to opravdu individuální. Většinou dvě sezení týdně maximálně 20 minut. Nedá se nijak stanovit co je nejlepší. V každém případě není dobré dělat terapie často, protože nejsme roboti a mohli bychom dosáhnout právě opačného a spíš negativního účinku. Důležité je stanovit dny, kdy bude muzikoterapie a dodržovat je.

Vedeš si o své práci záznamy (audio či video nahrávky)?

Pravidelně si vedu textové záznamy. Dále pak využívám video, jež zachycuje terapeutický proces a vývoj dětí v čase. Videozáznamy využívám také jako ukázkou pro rodiče dětí, se kterými pracuji. Vše samozřejmě vždy s jejich souhlasem.

To, že muzikoterapeut nemluví česky, není problémem pro děti s PAS?

Je absolutně jedno jestli muzikoterapeut mluví nebo nemluví česky, protože cílem muzikoterapie, není učit děti mluvit či vyslovovat slova, ale rozvíjet potenciální funkce jednotlivce tak, aby lépe dosáhlo interní a interpersonální integrace a následně zlepšilo kvalitu života prostřednictvím preventivního, rehabilitačního nebo terapeutického procesu.

Myslíš si, že bude reakce dětí po tříměsíční letní pauze problematická?

Tři měsíce jsou sice dlouhá doba, ale děti nejsou malinké, takže uvidíme. Myslím si, že problémy nebudou.

Diego, máš i něco jiného co by se mohlo využít při muzikoterapeutických sezeních?

Ano, již mnoho let se zabývám vibroakustikou, jež přinesla v Itálii, Chorvatsku, Severských zemích atd. výborné výsledky i u dětí s autismem. To je také důvod, proč od příštího roku budeme v této školce používat i vibroakustické lehátko.

3.7 Výsledky

Ve čtyřech měsících, kdy byla využívána především terapie volné improvizace, paraverbální a v jednom konkrétním případě terapie receptivní, mohu napsat první závěry: Ve všech třech případech zaznamenáme sensiblní zvýšení komunikace, a to jak verbální, tak neverbální. Důvěra dětí v muzikoterapeuta neustále rostla a utvrdila se, což nám potvrdil i jeho návrat po tříměsíční pauze, kdy děti v lekcích muzikoterapie pokračovali bez problémů jako by se s Diégem viděli den před tím. Sdílený čas je v prvních dvou případech prožíván jako příjemné expresivní okamžiky, během nichž se emoce odblokují a uvolní. Ve třetím případě kdy terapeut používá terapii receptivní u dítěte otevřel emoce, které dítě za normálních okolností skrývá. Tyto se jeví během muzikoterapie pomocí usměvů spojených s poslechem určitých zvuků či frekvencí.

Cílem intervence v hudební terapii je zajistit, aby metaforický skleněný zvon, dovnitř kterého

velmi často autistické dítě ustoupí, byl nějakým způsobem perforován a aby v dlouhodobém horizontu, tyto perforace byly transformovány v reálné brány, jejichž prostřednictvím pak může přijít jasný a přesný komunikační kanál. Vyžaduje to dlouhý čas, a to i proto, že intervence musí brát v úvahu přirozený růst a vývoj dítěte, a to je každodenní riziko, jež nás může překvapit, někdy hodně pozdě a velmi často i v nevhodné situaci. Navzdory tomu se podle mého názoru objevily první „škvíry“, které doufám budou v relativně krátké době přeměněny ve skutečné brány.

3.7.1 Muzikoterapeutické hodnocení tří vybraných dětí.

3.7.1.1 Respondent 1.

chování: stereotypní chování v situacích nepříjemných, ale i příjemných

handicap a fyzická situace: bez zjevného fyzického postižení

zrak: v pořádku

sluch: v pořádku

vizuální kontakt: dobrý

doba udržení pozornosti: udržuje (ne vždy hudební) činnost dostatečně dlouho

manýrismy: stereotypní chování

vyjadřování se: vyluzuje zvuky, ale nepoužívá slova

chůze: regulerní

postura: dobrá

lokomoční dovednosti: chodí, běhá a skáče

dynamická bilance: řízená

statická rovnováha: stabilní

vhodné použití částí těla:

	imitace	nezávisle
tleská rukama	ne	ano
dupe nohama	ne	ano
zvedne ruce	ne	ano
houpe pažemi	ne	ano
dřepne si	ne	ano

koordinace rukou a očí:

	imitace	nezávisle
tuká o sebe rytmickými dřívky	ano	ano
hraje se mnou tamburíny dohromady	ano	ano

hraje na buben s hůlkou

ano

ano

výkon percepčně motorický:

druh rytmu na buben: nesouvislý a nejistý

psychomotorická dovednost: pohyby nejsou vždy stimulovány hudebními podněty

komunikace: verbální: jednotlivé slova-opakuje, fráze-ne, období –ne, echolálie-někdy

neverbální: ano

artikulace: těžce srozumitelná

výška tónu: střední

hlasitost: slyšitelná

tónová kvalita hlasu: jasná

rychlost: vyšší

hrubé změny v dynamice: rychle: žádné problémy

pomalou: žádné problémy

hrubé změny ve výšce (hlas): vysoké: žádné problémy

nízké: žádné problémy

rozlišuje zvuky různých nástrojů: bubny, talíře, xilofon atd.

imituje sériové beaty: ne

imituje zpívané slabiky s problémy: ne

imituje hudební intervaly: ne

výraz tváře: bystrý, často zvědavý

rozsah emocí: těžce rolišitelné

vhodné emoční reakce: někdy

emoční reakce na hudební podněty: v průběhu času projevuje svým způsobem interakci na zvuky, a produkuje výrazy v souladu s hudební nabídkou

interakce: dobrá, uvědomuje si sám sebe, ostatní a okolí

specifické hudební chování: vokální: nerelevantní

hudební bicí nástroje: hraje rytmicky, ale velmi krátkou dobu a neimituje

hudební chování, které se jeví důležité: zdůraznění zvukomalebných tónů

3.7.1.2 Respondent 2

chování: Spolupracuje, je assertivní

handicap a fyzická situace: bez zjevného fyzického postižení

zrak: v pořádku

sluch: v pořádku

vizuální kontakt: dobrý

doba udržení pozornosti: udržuje hudební činnost po celou dobu intervence

manýrismy: vokalizace

vyjadřování se: používá první slabiku slova, jež nedokončí a opakuje ji

chůze: regulerní

postura: dobrá

lokomoční dovednosti: chodí, běhá a skáče

dynamická bilance: řízená

statická rovnováha: stabilní

vhodné použití částí těla:

	imitace	nezávisle
tleská rukama	ano	ano
dupe nohama	ano	ano
zvedne ruce	ano	ano
houpe pažemi	ano	ano
dřepne si	ano	ano

koordinace rukou a očí:

	imitace	nezávisle
ťuká o sebe rytmickými dřívky	ano	ano
hraje se mnou tamburíny dohromady	ano	ano
hraje na buben s hůlkou	ano	ano

výkon percepčně motorický:

druh rytmu na buben: rytmický, bez problému udržuje nabídnutý rytmus, sama umí také nabídnout rytmus

psychomotorická dovednost: pohyby jsou stimulovány hudebními podněty, pohybuje se v rytmu v reakci na hudební impulsy

komunikace: verbální: jednotlivé slova-opakuje několikrát první slabiku, fráze-ne, období –ne, echolalie- ne

neverbální: velmi komunikativní

articulace: diskrétně srozumitelná s opakováním první slabiky

výška: střední

hlasitost: hlasitá

tónová kvalita hlasu: jasná

rychlost: rychlá

hrubé změny v dynamice: rychle: žádné problémy

pomalů: žádné problémy

hrubé změny ve výšce (hlas): vysoké: žádné problémy

nízke: žádné problémy

rozlišuje zvuky různých nástrojů: bubny, talíře, xilofon atd.

imituje sériové beaty: 1

1 – 2

1 – 2 – 3

1 – 2 – 3 – 4

imituje zpívané slabiky:s problémy: la – la – la

ba – ba – ba

da – da – da

ma – ma – ma

ha – ha – ha

imituje hudební intervaly: di 3°, di 5°, di 8° klesající

di 3°, di 5°, di 8° stoupající

výraz tváře: bystrá, příjemná, pobavená

rozsah emocí: široký

vhodné emoční reakce: při každé příležitosti

emoční reakce na hudební podněty: v průběhu času projevuje interakci se zvuky a produkuje

výrazy v souladu s hudební nabídkou

interakce: dobrá, uvědomuje si sama sebe i ostatní

specifické hudební chování:*vocální*: zpívá ve výškách, zpívá melodii jež si sama vybere

hudební bicí nástroje: hraje rytmicky a expresivně

hudební chování, které se jeví důležité: zdůraznění zvukomalebných tónů

3.7.1.3 Respondent 3

chování: Spolupracuje, i když někdy se zdá, že se komunikačně izoluje a v těchto případech nastává situace čistého vnímání a nelze použít zvukový dialog.

handicap a fyzická situace: bez zjevného fyzického postižení, zaznamenávám tendenci natahovat nohy a chodit více na špičkách než na celém chodidle.

zrak: v pořádku

sluch: v pořádku

vizuální kontakt: diskrétní, i když někdy, má tendence k izolaci

doba udržení pozornosti: udržuje hudební činnost po celou dobu intervence, která většinou v jeho případě nepřesahuje patnáct minut.

manýrismy: často v očekání a receptivní postoj

chůze: regulerní, tendence pohybovat se na prstech

postoj: dobrý

lokomotivní dovednosti: tendence pohybovat se na špičkách, neběhá a neskáče

dynamická bilance: řízená

statická rovnováha: stabilní

vhodné použití částí těla:

	imitace	nezávisle
tleská rukama	ano	ano
dupe nohama	ne	ne
zvedne ruce	ne	ano
houpe pažemi	ne	ano
dřepne si	ne	ano

koordinace rukou a očí:

	imitace	nezávisle
tuká o sebe rytmickými dřívky	ano	ne
hraje se mnou tamburíny dohromady	ano	ne
hraje na buben s hůlkou	ano	ne

výkon percepčně motorický:

druh rytmu na buben: rytmický, ale s obtížemi a musí napodobovat. Sám neposkytuje žádný rytmus.

psychomotorická dovednost: Pohyby souvisí s hudebními podněty a rytmicky se pohybují v reakci na hudební impulsy, i když s velkou pomalostí

komunikace: verbální jednotlivé slova-ne, fráze-ne, období –ne, ecolalie- ne

neverbální: výrazy v obličeji a velmi srozumitelné

articulace: diskrétně srozumitelná

výška: střední

hlasitost: velmi nízká tónová kvalita hlasu: střední, ale špatně použitá

rychlost: nízká

hrubé časové změny: rychle: žádné problémy

pomalé: žádné problémy

hrubé změny ve výšce (hlas): vysoké: žádné problémy

nízké: žádné problémy

diskriminuje zvuky různých nástrojů: bubny, talíře, xilophon atd.

postřeh: velmi jej zaujali vysoké zvuky, dokáže přijímat s nadšením a zvědavostí zvuky zvonů vydávané v blízkosti sluchového aparátu, což je vidět ve výrazu obličeje, jak jej těší když oddalují a přibližují jejich zvuk. Zdá se, že má také velký zájem poslouchat ve sluchátcích. To naznačuje, že komunikace prostřednictvím hudebního média může proniknout za jakoukoli oblast nedůvěry.

afektivní doména: výraz tváře: příjemný, někdy zvědavý a zábavný

vhodné emoční reakce: někdy

interakce: diskrétní

emoční reakce na hudební podněty: v průběhu času projevuje interakci se zvuky a produkuje výrazy v souladu s hudebním návrhem

oblast, ve které se sblíží největší problémy s konvergenčním chováním: komunikace je téměř výlučně neverbální, v tom jsou výrazy zcela jasné a přesné

hudební chování, které se jeví jako charakteristické pro určité postižení: nic, co by bylo možné zdůraznit

3.7.2 Finální rozhovor s ředitelkou školky

Vnímáte muzikoterapii jako vhodnou metodu pro práci s dětmi s PAS?

V životě dětí s PAS v mém zařízení vnímám muzikoterapii především jako nástroj, který rezonuje na vytvoření kontextu s okolním "světem", který u dětí s diagnózou autismu chybí.

Muzikoterapie je v našem případě doplněním terapeutických metod v rámci školního vzdělávacího programu u nás s názvem: naše terapie je život. Jako klíčové vnímám volbu osobnosti muzikoterapeuta. Co za tím vidím? Osobnost Dott. Dieaga Kriscaka je synonymem empatie a špičkové odbornosti. Nejen vhodnost, ale přímo nezbytnost v programu našich dětí v rámci muzikoterapie se odráží v celém vývojovém spektru a plynule navazuje na rozvoj jemných nuancí a talentu jejich osobnosti, se kterými v rámci muzikoterapeutických setkání muzikoterapeut citlivě pracuje a dává podněty a impulsy na které můžeme mi i rodina navázat.

Jaké změny jste pozorovali na dětech, které na terapii chodili?

Popsat změny u dětí v univerzální podobě díky originalitě našich osobností není zcela objektivní. S ohledem na to, že muzikoterapie v pojetí Dott. Diega Kriscaka vnímám jako

silný individuální nástroj, tak i pokroky našich dětí jsou velmi výrazné, ale do "tabulky" nepostihnutelné. Zmíním, ale nejzásadnější oblasti, ve kterých vnímám posun.

Zvýšený cit pro verbální projev a zvuky kolem s potřebou sebe prezentace, ale současně výrazně vyšší míra naslouchání pokynu a sdělení od okolního světa. Zde vidím výrazný aspekt v přenesení hudby - zvuků do mluveného slova. Změna v sociálním chování v navázání kooperativních dovedností, které bych přirovnala ke společnému koncertu, kdy oba nástroje spolu ladí - umění hrát s někým. Což u dětí s autismem jest velmi zásadní prvek pro další fungování v životě. Vnímám jako nutné zmínit i míru aktivní relaxace, která u našich dětí je nezbytná s ohledem na zvýšenou stresovou hladinu. Hudba, kontakt a souznění s terapeutem jsou pro ně důkazem toho, že ve světě, který pro ně vyznívá jako plný neporozumění, je místo kde porozumění přímo zní.

4 Diskuze

Tato práce se zabývá muzikoterapií u dětí s diagnózou PAS a to v mateřské škole. Výše popsané výsledky budu nyní porovnávat a diskutovat s poznatky, jež jsem uvedla v teoretické části, kde předkládám analýzu různých prací na téma autismus a muzikoterapie, jež jsem měla možnost konzultovat. Jejich prostudování mi pomohlo zorientovat se v teoretickém rámci autismu a muzikoterapie ve speciální pedagogice. V neposlední řadě zmíním také možnosti dalšího výzkumu.

Je pravdou Rutterovo a Schoplerovo (1987) tvrzení, že autismus je jeden z nejlépe zdokumentovaných a vyhodnocených dětských psychiatrických syndromů, ale je třeba si uvědomit, že je opravdu velký rozdíl mezi autismem v teorii a autismem v každodenním životě. Souhlasím s (Jolliffe et al. in Howling, 2005), že setkání s podivnými tvory by nás rozhodilo a neuměli bychom správně reagovat a proto v současné době v oblasti pervazivních vývojových poruch je právě muzikoterapie jedním z nově rozvíjejících se oborů, jež nám napomáhá najít tu správnou cestu. Vzhledem ke specificitě autismu není divu, že není jasně daný přístup k jedincům s diagnózou autismu, a že terapeuti svůj muzikoterapeutický přístup k nim často hledají a mění. Někteří využívají osvědčené modely, jiní jdou naopak vlastní cestou a na základě zkušeností, hledají a vytvářejí zcela nové přístupy či modely, nebo doplňují či upravují existující hudebně-terapeutické přístupy. Podstatné je pochopit, že muzikoterapie není hudební výchova, a měla by být chápána jako edukativní forma a souhlasím s Vocilkou (1996), že vzhledem k neléčitelnosti autismu je nutné jej co nejdříve diagnostikovat, aby se otevřely dítěti pro jeho budoucnost lepší perspektivy při aplikaci nových edukačních systémů. A je tedy na místě to co píše Schneider (1970), že každá nemoc zahrnuje vlastní melodii a k tomu, aby mohla být diagnostikována je třeba projít celý repertoár melodií. Od autorů jež se zabývají muzikoterapií jsem si prostudovala a popsala několik muzikoterapeutických modelů, jež muzikoterapeuté využívají. V České republice se často mluví o metodě Celostní muzikoterapie, jež by podle Holzera (2012) měla působit na člověka jako na celek a brát v úvahu všechny složky jeho osobnosti. Jako klíčovou formu užívá formu receptivně pasivní, kdy klient spočívá v klidové poloze a terapeut zpívá, tančí, hraje vždy sám. Repetitivní přístup Celostní muzikoterapie má své opodstatnění v učení se pasivní relaxaci. Po tom, co jsem viděla v hodinách Diega si nemyslím, že by tato metoda byla úplně vhodná pro předškolní děti s PAS. Při realizování výzkumu s muzikoterapeutem s nímž jsem spolupracovala byly použité tři metody, a to takové, které lze nejlépe aplikovat při individuální terapii u autistických jedinců.

Po prostudování charakteristik dětí a relevantních materiálů jsem se při muzikoterapeutických sezeních zaměřila na natáčení videa a po skončení terapie probrala s muzikoterapeutem jeho postupy. Považuji za velmi důležité, natáčení videozáznamů během muzikoterapeutického setkání, protože díky nim se mohou k jednotlivým setkáním znovu vracet a důkladněji identifikovat a zkoumat reakce klientů, vidět niance, které mohou během hodin muzikoterapie uniknout, nebo se na ně může zapomenout. Autistické dítě nedokáže svému okolí sdělit své dojmy či pocity, co se v něm odehrává a proto si myslím, že videozáznam je pro muzikoterapeuta takovým puzzlem ke skládání. Vzhledem k mé nezkušenosti jsem si nedovedla přesně představit, jak bude muzikoterapeutické sezení s autistickým dítětem vypadat. Byla jsem opravdu příjemně překvapena a musím přiznat i pobavena, poté co jsem se jich začala účastnit a vzhledem k tomu, že jsem na terapiích byla přítomná, pochopitelně na mě terapie přímo působila také. Po celou dobu jsem pečlivě sledovala vzájemnou interakci, řeč těla, snahu o participaci dítěte a terapeuta. Lidem s diagnózou autismu bývá obecně přisuzován kladný vztah k hudbě, což si ale nemyslím a přikláním se k tvrzení Warwicka (1992), že lidé s autismem jsou na tom s hudebním nadáním a vnímáním hudby více či méně stejně, jako kterákoli jiná skupina. V případě, vhodné terapie se u jedinců s autismem, projevuje celá řada pozitivních účinků. Mezi nejdůležitější patří podpora a rozvoj smyslové kooperace (zrak, sluch, dotek), psychomotoriky (fázované, improvizované pohyby) emočního prožívání (důvěra, motivace, vztahy), mentálních funkcí (pozornost, paměť, řeč, představivost myšlení) a v neposlední řadě sociálně-komunikačních dovedností. Dá se říci, že proces hudební tvorby je extrémně složitý, zatímco výsledek dobré improvizace je náhradou jednoduchosti. Právě tato jednoduchost zaručuje její účinnost.

Osobně si myslím, že tam, kde se vyskytují potíže v komunikaci, vnímání reality, kognitivní potíže, motorické potíže, nepohodlí, kde slova běžného jazyka nemohou přicházet, nebo přichází zkresleně anebo jednoduše nedostačují či nemají dostatečný emocionální obsah, tam může být zvuk, hudba, univerzálním jazykem, vrozeným všem živým bytostem a srozumitelný všem! Doporučuje se, aby se nepoužívalo příliš mnoho prvků, ale spíše pracovat s několika malými věcmi a ty dále rozvíjet, věnovat se jim, obměňovat je, upravovat, přehodnocovat je z různých hledisek, získávat jejich podstatu. Pomocí tvořivosti je možné opakovat něco jednoduchého několikrát, aniž by se to stalo těžké, ocenit pokaždé jiný aspekt. Můžeme ve skutečnosti změnit emoční obsah, barvu a mnoho dalších proměnných, aniž bychom museli měnit počáteční hudební obsah. Proto opakuji nutnost, že hudební terapie musí být jednoduchá a efektivní. Jinými slovy, musíme pochopit, proč jsme v určitém prostředí, proč hrajeme a na co se to používá. Úkolem muzikoterapeuta je poslouchat klienta,

porozumět jeho potřebám, porozumět a přechít hudební a nehudební chování (neverbální jazyk postoj, výrazy atd.) S ohledem na to, koho má před sebou. Musí mít velkou intuici a musí být citlivý na styl, kterým se klient prezentuje; musí mít také možnost používat svůj vlastní jazyk. Je to otázka integrace terapeutovy hudby s hudbou klienta, která jim pomáhá posunout se společně, stejným směrem a současně rozpoznávat a oceňovat dvě odlišné entity. Nakonec terapeut musí být schopen zpracovat všechny pocity, které klient může přenést k němu, vědět, jak zvládnout a nechat se zapojit s určitým limitem, přijmout je a jejich obsah.

5 Závěr

Cílem prezentované diplomové práce bylo zmapovat, jak se hudební terapie může zařadit do kontextu terapií a rehabilitace osob se zdravotním postižením a jak různé techniky hudební improvizace mohou nabídnout odpovědi na mezilidské komunikační úrovni. Týká se nabídky inovace služeb pro děti s poruchou autistického spektra. Zabývá se muzikoterapií začleněnou do výuky v mateřské škole. Práce byla rozdělena do dvou hlavních oblastí. První z nich byla členěna na problematiku poruch autistického spektra obecně, která informovala o historickém i současném terminologickém zázemí a náhledu na problematiku, o etiologii a prevalenci, prezentovala klasifikaci poruch jejich vývoj a vymezila jednotlivé diagnostické kategorie, intervenci a vzdělávací terapeutické přístupy. Další podkapitola teoretické části práce je zaměřena na muzikoterapii, její historii a využití hudby jako prostředku k verbální i neverbální komunikaci, kterou díky vhodně zvoleným muzikoterapeutickým metodám je možné stimulovat.

Druhá oblast práce, empirická část, je zaměřena na detekci a následnou analýzu obtíží u vybraných jedinců s PAS. Z výzkumu vyplývá, že pro práci s autistickými klienty muzikoterapeut využívá celou řadu metod a přístupů, jež si sám vytváří či upravuje dle potřeb individua. Důraz, který terapeuti kladou na klientovu aktivitu, práci s rytmem a jednoduchými rytmickými doprovodnými nástroji, je základem všech zvolených terapií. A je to terapeut, jež musí rozhodnout, který terapeutický přístup či metoda je nejvhodnější pro jeho klienta. Nesmí být problém zvolenou metodu změnit, pokud to vývoj jedince vyžaduje. Role terapeuta se ukázala být pro průběh i výsledek muzikoterapie u cílové skupiny dětí s PAS stěžejní. Muzikoterapie sama o sobě už komunikací je. Tím pádem dítě pokud prožívá muzikoterapeutické setkání, tak komunikuje. V této škole je tento fakt podpořen tím, že muzikoterapeut nemluví česky a přesto komunikace mezi ním a dětmi probíhá nadstandardně dobře a plynule. Děti díky rezonanci, která jde skrze hudbu ale i osobnost terapeuta poznávají u sebe možnosti, které jim usnadňují komunikaci s okolním světem a to nejen v neverbální ale i verbální podobě. Díky důvěře, která na těchto setkáních panuje si děti více věří na možnosti, které v sobě nacházejí. Silným nástrojem je respekt, ocenění, které buduje potřebu se světem kolem komunikovat. Proto tuto metodu považuji v rozvoji komunikace za velmi účinný a současně příjemný postup při rozvoji sebevědomé osobnosti dítěte. Autistický svět je svět k bádání a doposud chybí pevný vzdělávací rámec pro muzikoterapeutickou práci v oblasti pervazivních vývojových poruch. Považuji muzikoterapeutické působení na děti s PAS za velmi efektivní a jeho výsledkem je celá řada podnětů pro další výzkum v této oblasti.

6 Souhrn

Diplomová práce se zabývá edukací předškolního dítěte s poruchou autistického spektra. Teoretická část se věnuje terminologickému vymezení, etiologii, klasifikaci tohoto onemocnění, výskytu a popisu charakteristik jednotlivých kategorií PAS. Dále pak popisuje muzikoterapii, její historii improvizaci v hudbě a terapeutickém procesu, jakož i muzikoterapeutické metody a přístupy vhodné pro jedince s autismem. Praktická část práce se orientuje na pozorování a analýzu hodin muzikoterapie. Zdůrazňuje praktické využití uvedených metod muzikoterapie, důležitost jejich správného výběru pro rozvoj komunikačních schopností klientů s PAS a nenahraditelnou úlohu intuice a zkušenosti muzikoterapeuta při individuální intervenci u dětí s PAS v předškolním věku. Cílem muzikoterapie je rozvíjet potenciální funkce jednotlivce tak, aby se lépe dosáhlo interní a interpersonální integrace prostřednictvím preventivního či terapeutického procesu a následně se zlepšila kvalita života.

7 Summary

The diploma thesis deals with the education of a pre-school child with a autistic spectrum disorder. The theoretical part deals with terminological definition, etiology, classification of the disease, occurrence and description of characteristics of individual categories of PAS. It also describes music therapy, its history of improvisation in music and therapeutical process, as well as music therapy methods and approaches suitable for individuals with autism. The practical part is focused on observation and analysis of music therapy hours. It emphasizes the practical use of these methods of music therapy, the importance of their proper choice for the development of communication skills of PAS clients and the irreplaceable role of intuition and experience of music therapist in individual intervention in children with pre-school PAS. The aim of music therapy is to develop the potential functions of an individual in order to better achieve internal and interpersonal integration through a preventive or therapeutic process and consequently improve the quality of life.

..

8 Referenční seznam

- Alvin, J. (1966). *Music Therapy*. British Journal of Music Therapy: London.
- Alvin, J. (1975). *The identity of a music therapy group: A developmental process*. British Journal of Music Therapy: London.
- Alvin, J. (1978). *Music Therapy for Autistic Child*. British Journal of Music Therapy: London.
- Alvin, J. & Warvick, A. (1992). *Music therapy for the autistic child*. New York: Oxford University Press.
- Anonymous (2013). Aktualizace MKN-10 s platností od 1. ledna 2013. 2013. In: *ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. Retrived 26. 10. 2017 from the World Wide Web: <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013>.
- Anonymous (2013). Autism Spectrum Disorder: DSM-5 Autism Spectrum Disorder Fact Sheet. 2013. In: *American Psychiatric Association DSM-5 Development*. Retrived 20. 10. 2017 from the World Wide Web: <http://www.dsm5.org/Documents/Autism%20Spectrum%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>.
- Anonymous (2015). *Světová federace muzikoterapie*. Retrived 5. 10. 2017 from the World Wide Web: <http://www.maut.cz/konference/asociace-muzikoterapie-cr/svetove-federace-muzikoterapie/>.
- Anonymous (2015). *Portál o poruchách autistického spektra*. Retrived 10. 11. 2017 from the World Wide Web: <http://www.autismus.cz/poradna/view-1111.html>.
- Anonymous (2015). *Celostní muzikoterapie, sekce Celostní muzikoterapie*. Retrived 10. 11. 2017 from the World Wide Web: http://www.muzikoterapie.name/Muzikofiletika/c4312df6_5bfe_4c72_85fe_063b80a2ccc7.aspx?master_c73cda2f_ece9_4045_9520_9485c0f6fb52_newsid=43fff13f_2c4b_402b_a5db_18a3ffbf7000.
- Attwood, T. (2005). *Aspergerův syndrom*. 1. vyd. Praha: Portál.
- Backer, J. & Wigram, T. (2002). *Clinical Applications Of Music Therapy In Developmental Disability, Paediatrics And Neurology*. London: Routledge.

- Boxille, E. (1985). *Music Therapy For The Developmentally Disabled*. Texas: Shoal Creek.
- Bruscia, K., E. (1987). *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield.
- Bruscia, K., E. (1987). *Modelli di improvvisazione in musicoterapi*. Edizioni Ismez: Roma.
- Čadilová, V. & Žampachová, Z. (2008). *Strukturované učení*. 1. vyd. Praha: Portál.
- Dinyer, R. (2001). *Chitarra Moderna*. Edizioni Mondadori: Milano.
- Grob, H.M. (1979). *Music Therapy, in P.J.Valletutti, F.Christoplos, Preventing Physical and Mental Disability: A Multidisciplinary Approach*. Baltimore.
- Heimlich, E.P. (1965). *The specialized use of music as a mode of communication in the treatment of disturbed children*. Journal of the American Academy of Child Psychiatry.
- Holzer, L. & Drlíčková, S. (2012). *Celostní muzikoterapie v institucionální výchově*. Olomouc.
- MacKay, M. & Heimlich, E.P. (1972). *Psychotherapy with paraverbal therapy in a case of Gilles de la Tourette syndrome*. American Journal of Psychotherapy
- Mariani, F. (1999). *Trattato di chitarra jazz*. Franco Muzzio Editore: Padova.
- Nordoff, P. (1954). *Music Therapy and Personality change in autistic children*. Journal of the American Institute of Homeopathy.
- Nordoff, P. & Robbins, C. (1977). *Creative Music Therapy*. New York.
- Wigram, T. (2005). *Improvvisazione*. Ismez: Roma.
- Backer, J. & Wigram, T. (2002). *Clinical Applications Of Music Therapy In Developmental Disability, Paediatrics And Neurology*. London: Routledge.
- Bruscia, K., E. (1987). *Modelli di improvvisazione in musicoterapi*. Edizioni Ismez: Roma.
- Čadilová, V. & Žampachová, Z. (2008). *Strukturované učení*. 1. vyd. Praha: Portál.
- Dinyer, R. (2001). *Chitarra Moderna*. Edizioni Mondadori: Milano.
- Howlin, P. (2005). *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. Praha: Portál.
- Hrdlička, M. & Komárek, V. (eds.). (2004). *Dětský autismus*. 1. vyd. Praha: Portál.

- Jelínková, M. (2008). *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova.
- Kantor, J. (2009). *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing.
- Pastieriková, L. (2013). *Poruchy autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Richman, S. (2006). *Výchova dětí s autismem*. Praha: Portál.
- Richman, S. (2008). *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. 2. vyd. Praha: Portál.
- Rutter, M. & Schopler, E. (1987). *Autism and pervasive developmental disorders*. Concepts and diagnostic issue. In: *Journal of autism and developmental disorders*.
- Říhová, A. & Vitásková, K. (2012). *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra: odborná publikace pro logopedy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Schalkwijk, F. (1994). *Music And People With Developmental Disabilities: Music Therapy, Remedial Music Making And Music Activities*. London: Jessica Kingsley publishers.
- Schneider, M. (1970). *Il significato della musica*. Rusconi: Milano.
- Škodová, E. & Jedlička, I. (2007). *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál.
- Thorová, K. (2006). *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál.
- Thorová, K. (2012). *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. 2. vyd. Praha: Portál.
- Vocílka, M. (1996). *Autismus*. Praha: Tech-market.
- Weber, J. (2014). *Muzikoterapeut je především člověk*. Arteterapie.
- Wigram, T. (2005). *Improvvisazione*. Ismez: Roma.
- Wigram, T. (2003). *Clinical Applications Of Music Therapy In Psychiatry*. London: Jessica Kingsley publishers.