

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**BEATA TOBOLOVÁ**

III. ročník – prezenční studium

Obor: speciální pedagogika – komunikační techniky

**VYUŽITÍ HANDLE PŘÍSTUPU U DÍTĚTE S PORUCHOU  
AUTISTICKÉHO SPEKTRA**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.

Olomouc 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením prof. PhDr. PaedDr. Miloně Potměšila, Ph.D., uvedla v ní všechny literární a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 12.dubna 2010

.....

Beata Tobolová

### **Poděkování**

Děkuji prof. PhDr. PaedDr. Miloňovi Potměšilovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, a děkuji i Janě Bapťe za poskytování materiálů a hlavně cenných rad.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>7</b>
<b>1. PAS – PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA</b> .....	<b>7</b>
1.1. Pojem „Poruchy autistického spektra“ .....	7
1.2. Historický vývoj .....	8
1.3. Etiologie .....	9
1.4. Četnost výskytu PAS .....	10
1.4.1. Poměr mezi pohlavími .....	11
1.5. Diagnostika PAS .....	11
<i>1.5.1. Specifické diagnostické metody u PAS</i> .....	12
1.6. Autistická triáda .....	13
<i>1.6.1. Problémy v sociální interakci a sociálních vztazích</i> .....	13
<i>1.6.2. Problémy v komunikaci</i> .....	15
<i>1.6.3. Problémy v oblasti představitosti</i> .....	16
1.7. Možnosti intervence u lidí s PAS .....	17
<b>2. JEDNOTLIVÉ DRUHY PAS</b> .....	<b>20</b>
2.1. Dětský autismus .....	20
2.2. Atypický autismus .....	21
2.3. Rettův syndrom .....	21
2.4. Jiná desintegrační porucha v dětství .....	22
2.5. Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby .....	22
2.6. Aspergerův syndrom .....	23
2.7. Jiné pervazivní vývojové poruchy.....	24

<b>3. HANDLE PŘÍSTUP .....</b>	<b>25</b>
3.1. Judith Bluestone a její cesta k HANDLE přístupu .....	25
3.2. Filozofie HANDLE přístupu .....	26
3.3. Základní východiska HANDLE přístupu .....	27
3.4. Senzomotorické systémy z pohledu HANDLE přístupu .....	29
3.5. HANDLE program .....	34
3.6. HANDLE aktivity .....	35
3.7. HANDLE a výživa .....	38
3.8. Aplikace HANDLE přístupu .....	39
3.9. Závěr .....	40
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>41</b>
4. Praktické využití HANDLE přístupu .....	41
4.1. Metody sběru dat .....	41
4.2. Zpracování získaných dat .....	41
4.3. Výsledky a analýza .....	42
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>49</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>50</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>53</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	
<b>ANOTACE</b>	

## ÚVOD

Problematika autismu do 90. let minulého století nebyla v České Republice příliš známa. V posledních letech se dostává tomuto problému více pozornosti, jak ze strany odborníků, tak ze strany veřejnosti. Z důvodu dokonalejší diagnostiky a vytvoření podrobných diagnostických kriteií, počet dětí s diagnózou autismu začal od 90. let rapidně stoupat. Dnes se uvádí, že jedno dítě ze 150 má některou z poruch autistického spektra. Ve snaze pomoci těmto jedincům začaly vznikat nové přístupy a metody. Jednou z nich, která mě zaujala svým komplexním a vnímavým pohledem na neurovývojové poruchy a další postižení, je HANDLE přístup.

Hlavním cílem této práce je přiblížit problematiku poruch autistického spektra a seznámit čtenáře jak se základy HANDLE přístupu, tak s výsledkem výzkumu, jak můžeme využít HANDLE přístup u dětí s poruchou autistického spektra.

Teoretická část práce se skládá ze dvou částí. První se věnuje poruchám autistického spektra a druhá část seznamuje čtenáře s HANDLE přístupem. Praktická část se zabývá výzkumem využití HANDLE přístupu u dětí s autismem v České republice a na Slovensku po osmi měsících práce s HANDLE programem.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. PAS – Poruchy Autistického Spektra

*„ Být autistický ještě neznamena nemít lidskou duši. Ale znamená to být 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 nedotčená. Moje já je nedotčené. Našel jsem ve svém životě velké hodnoty a smysl života a nechci z nich být vyléčen...*

*Uvědomte si, že jsme si odcizeni navzájem, že můj způsob bytí není poškozenou verzí vašeho... Prozkoumejte své domněnky. Definujte své podmínky. Spolupracujte se mnou na stavbě mostu mezi námi.“*

*Jim Sinclair (1992)*

### 1.1. Pojem „Poruchy autistického spektra“

Poruchy autistického spektra se řadí mezi pervazivní vývojové poruchy (Pervasive Development Disorders – PDDs), které patří k nejzávažnějším poruchám dětského vývoje. Pojem *pervazivní* znamená všepronikající, čímž vyjadřuje, že zasahuje celou osobnost dítěte do hloubky. (Thorová, 2006)

*„Poruchy autistického spektra diagnostikujeme vždy na základě přítomné určité sumy symptomů ve specifických oblastech, nikdy ne na základě jen několika projevů. Pervazivní vývojové poruchy diagnostikujeme bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost jakékoliv jiné přidružené poruchy či nemoci, což znamená, že se může pojít s jakoukoliv jinou nemocí či poruchou.“* (Thorová, 2006, s. 58)

Pojem „pervazivní vývojová porucha“ vystihuje podstatu poruchy mnohem přesněji než jenom slovo „autismus“. Potíže těchto lidí jsou mnohem závažnější než jednoduchá charakteristika sociální uzavřenosti, kterou označuje slovo autismus (v omezeném slova smyslu „obrácený do sebe“, „nezúčastněný“) (Thorová, 2006)

Peter Vermulen (in Vermulen, 2006) ve své knize používá pojem „autismus“ jako synonymum pro poruchy autistického spektra, stejně jako většina z nás či autorů, když nejde o konkrétní diagnostiku, nebo léčbu.

## **1.2. Historický vývoj**

Termín autismus poprvé použil v roce 1911 švýcarský psychiatr E. Bauer při pozorování pacientů se schizofrenií, kteří měli potíže s komunikací a byli pohroužení do světa fantazie a vnitřního světa. (Thorová, 2006) Ale jako první z medicínského hlediska popsal autismus americký dětský psychiatr Leo Kanner v roce 1943. Při pozorování skupiny několika dětí si všiml podobného chování, které považoval za příznaky poruchy, kterou pojmenoval „časný dětský autismus“. K tomuto názvu ho inspirovalo slovo řeckého původu „autos“ – „sám, já“.

(Hrdlička, Komárek, 2004)

Ve stejné době, nezávisle na práci L.Kannera, publikoval vídeňský psychiatr Hans Asperger práci „Autističtí psychopati v dětství“. Byly to kasuistiky čtyř dětí, které se vyznačovaly těžkou poruchou interakce, i když měly dobře vyvinutou řeč a průměrnou až vysokou inteligenci. Vykazovaly stereotypní a zúžené zájmy a projevovala se u nich motorická neobratnost. (Hrdlička, Komárek 2004)

Do 70.let byl autismus spojován se schizofrenií. Teprve v roce 1977 uveřejnila Americká autistická společnost první definici autismu a později v roce 1980 zařazuje Americká psychiatrická asociace definici autismu do Diagnostického a statistického manuálu (DSM-III) (Richman, 2006)



*„Objevila se zde poprvé samostatná skupina nemocí nazvána „pervazivní vývojové poruchy“, která byla charakterizována jako „narušení vývoje mnohačetných základních psychologických funkcí“. Tato definice platí dodnes. Do Mezinárodní klasifikace nemocí se však tento koncept dostal až s dalším zpožděním, v roce 1993 (MKN-10, 1992).“ (Hrdlička, Komárek, 2004, s.13)*

V dnešní době se oba tyto klasifikační systémy DSM-IV (1994) a MKN-10 (1992) liší jak ve spektru poruch, tak v terminologii. (Hrdlička, Komárek, 2004)

Tabulka s rozdíly viz příloha 1.

### **1.3. Etiologie**

V historickém vývoji, tak jako u mnoha onemocnění a poruch, názory na autismus prošly a neustále procházejí řadou změn. Teorie střídala teorii. Ještě ke konci 40. let Kanner předpokládal, že autismus je vrozená porucha, která je geneticky podmíněna. (Thorová, 2006)

V 60. letech B. Bettelheim uveřejnil svou studii Empty Fortress (Prázdná pevnost), ve které říká, že autismus je zapříčiněn chladným citovým přístupem sobeckých rodičů a hlavně matky, kde zavádí termín „matky ledničky“. Jeho teorii vyvrací I. Lovaas ve své práci, kterou publikuje v 70. letech, kde píše o své práci s autistickými dětmi, u kterých využíval modifikaci chování a aplikovanou behaviorální analýzu. (Richman 2006)

Příčina autismus zatím není známa, ale uvádí se, že se jedná o neurologickou poruchu, která se projevuje v chování, což můžeme vyvodit z častých přidružených syndromů. (Gillberg, Peeters, 2003)

V současném pojetí jsou poruchy autistického spektra považovány za vrozené. *„Autismus řadíme mezi neurovývojové poruchy na neurobiologickém základě (teoreticky jsou nejvíce zvažovány dysfunkce v oblasti mozečku, limbického systému, kůry mozkové, cingula, hipokampu).“ (Thorová, 2006, s. 51)*

Richman (in Richman, 2006) uvádí jako hlavní faktory vzniku autismu:

- genetické faktory
- rizikové faktory spojené s těhotenstvím a porodem
- neznáme a neidentifikovatelné genetické mutace
- vlivy prostředí

Jako možné kauzální faktory se uvádí i různé medicínské poruchy, jejíž příčina je známá, nebo pravděpodobná, a taky dědičnost a rané poškození mozku, kde například u Aspergerova syndromu jsou problémy v těhotenství a těsně po porodu velmi časté. (Gillberg, Peeters, 2003)

V 90. letech se objevila teorie gastroenterologa Wakefielda o spojitosti mezi tzv. „epidemií autismu“ a očkováním (trojkombinace zarděnky, spalničky, příušnice). Tento názor byl přijat bouřlivě a byl nařčen za nevědecký přístup. Teorie nebyla zatím prokázána, ale ani vyvrácena. (Thorová, 2006)

V současné době se provádí mnoho výzkumu ohledně možné příčiny vzniku autismu. Nedávno američtí vědci na univerzitě v Severní Karolíně uvedli, že možnou příčinou vzniku autismu je vrozená porucha jednoho z mozkových jader. Podle nich je spouštěčem autismu tzv. amygdala - tedy jedno z mozkových jader, která se od 6. měsíce zvětšuje, lékaři jsou ale k tomuto objevu spíše skeptičtí – jako u předchozích, kdy se podle vědců amygdaly zmenšovaly.

(www.ct24.cz – i-vysílání, Milénium)

#### **1.4. Četnost výskytu PAS**

Dnes se uvádí, že jedno dítě ze 150 má některou z poruch autistického spektra. Velký geometrický nárůst dětí s PAS můžeme vysvětlit tím, že přibývá odborných pracovišť, kde jsou schopni autismus diagnostikovat.

Prevalence PAS podle výzkumu prováděného v USA (*Prevalence of Autism Spectrum Disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006*,

*MMWR, Surveillance Summaries, Vol. 58, No. SS=10, 2009*) byla vypočítána na 0,9%. To znamená, že 9 dětí z 1000 má některou z PAS. (Čáslavská, [www.autismus.cz](http://www.autismus.cz))

Hrubý odhad výskytu pervazivních vývojových poruch v České republice viz tabulka č. 2. v přílohách.

#### **1.4.1. Poměr mezi pohlavími**

Autismus je čtenější u chlapců než u dívek. Klinické studie uvádějí obvykle poměr 3:1 (3 chlapce s autismem na jednu dívku). U Aspergerova syndromu je poměr chlapců a děvčat odhadován na ještě vyšší. (Gillberg, Peeters, 2003)

Z druhé strany je zde předpoklad, že tento vysoký poměr může vznikat z důvodu nedokonalé klinické diagnózy u děvčat. (Thorová, 2006)

#### **1.5. Diagnostika PAS**

Ani v současné době neexistuje test biologického charakteru, který by prokázal autismus a proto se diagnostika zaměřuje na mapování a výzkum chování. (Thorová, 2006)

U diagnostiky PAS je velmi významná mezioborová spolupráce odborníků a měly by být diagnostikovány nehledě na výskyt jakékoliv jiné přidružené vady či nemoci. (Pešová, Šamalík, 2006)

Autismus je těžké diagnostikovat, protože se jedná o vývojovou poruchu, vyžaduje to dobrou znalost vývojové psychologie.

Při klinickém vyšetření stavíme na kontakt s dítětem a pozorování, ale i na anamnestických údajích rodiny o nástupu příznaků a vývoji onemocnění. A když vezmeme v úvahu malou praktickou školenost odborníků v problematice, stanovení diagnózy a míry závažnosti postižení výhradně pomocí základního klinického hodnocení je málo přesné. (Hrdlička in Hrdlička, Komárek, 2004).

Prvních projevů autistických znaků si můžou rodiče, nebo lékař všimnout již v 10.-12. měsících. S konečnou diagnózou je nutné počkat do dvou let a jasná diagnóza by měla být určena mezi 4. a 5. rokem. (Thorová, [www.autismus.cz](http://www.autismus.cz))

### 1.5.1. Specifické diagnostické metody u PAS

V České republice se nejčastěji používá jednoduchá observační škála **CARS** - Childhood Autism Rating Scale – *Škála dětského autistického chování* a **CHAT** - Checklist for Autism in Toddlerst – *Autistické chování u batolat* a **ADI-R** – Autism Diagnostic Interview – Revised a česká screeningová metoda **DACH** – Dětské autistické chování. (Thorová, 2006)

V dnešní době se nejčastěji používá diagnostická kritéria definována WHO (Světová zdravotnická organizace). (Pešová, Šamalík, 2006) Detailní vodítka pro diagnostiku PAS poskytují kritéria Mezinárodní klasifikace nemoci MKN a to v první řadě ve své verzi určené pro výzkum. (1996) (Hrdlička in Hrdlička, Komárek, 2004) a taky Diagnostického a statistického manuálu DSM-IV. V obou těchto klasifikacích musí být u jedince identifikovány problémy ve třech širokých oblastech, tzv. autistické triády.

## **1.6. Autistická triáda**

*„...jestliže někdo trpí triádou poruch v jakékoliv formě, jeho osobní vývoj je vážně narušen. Lidé takto postižení shledávají život obtížným, matoucím, zastrašujícím. Jsou velmi zranitelní a utíkají k omezenému množství činností, aby našli bezpečí a předvídatelnost. Potřebují stejný typ pomoci ve vzdělávání, výchově, rekreaci i zaměstnání. Jsou závislí na jiných a musíme jim opatřit takové vnější podmínky, aby struktura a organizace učinila jejich jasnějším a snazším. (Lorna Wingová in Peeters, 1998)*

Autistická triáda je společná pro všechny poruchy autistického spektra. Tuto koncepci vymezila v 70. letech britská psychiatrička Lorna Wing. Jsou to styčné problémové oblasti a zahrnují potíže v sociálním chování, komunikace a představitosti (Thorová 2006)

I když rozmanitost projevů uvnitř autistického spektra, kvalitativně se postižení projeví hlavně v těchto třech oblastech: v oblasti sociálních vztahů, komunikace a představitosti. (Jelínková, 1999)

### **1.6.1. Problémy v sociální interakci a sociálních vztazích**

*„Kdyby se normální lidé ocitli na jiné planetě s podivnými neznámými tvory, cítili by se pravděpodobně zastrašení, 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 a kol, 1992 in Howlin, 2005)*

*„Sociální vztahy byly jednou definovány jako: Abstraktní symboly v permanentním pohybu.“ (Peeters, 1998, s.81)*

Peeters (in Peeters. 1998) uvádí, že lidé s autismem obvykle mají potíže se „čtením“ emocí a myšlenek a zavádí zde pojmy jako: „myšlenkově slepí“, „sociálně slepí“.

Často se neobvyklý vývoj v sociálních vztazích objeví už před prvním rokem dítěte. Jenom pětina dětí s PAS má normální vývoj přibližně do 18 až 24 měsíců. (Gillberg, Peeters, 2003) „*A tak nastává situace, kdy „sociální vztahy, které jsou pro zdravé děti zdrojem radosti a uspokojení, představují pro děti s autismem hrozbu, která působí největší podráždění a vyvolává potřebu izolace a obrany.*“ (Peeters. 1998, s. 83) Často se stává, že děti s PAS vůbec nemají rády, když se jich někdo dotýká, nereagují na výzvu k pochování, nehrají si stejně jako zdravé děti, ani nesledují pohledem blízkého člověka. (Richman, 2006)

Lorna Wingová rozdělila děti s autismem do tří podskupin: uzavřený, pasivní a aktivní, ale zvláštní. (Peeters, 1998)

Dále se u dětí s PAS setkáváme s širokou škálou sociálního chování. Ať už je to „pól osamělý“, kdy se dítě, při každém pokusu o sociální kontakt od nás odvrátí, brání se, zakrývá si uši nebo oči, někam zaleze, nebo se radši věnuje nějakému předmětu. Nebo „pól extrémní, nepřiměřená sociální interakce“, kdy dítě necítí žádné sociální normy, ale pokouší se navázat sociální kontakt vždy a s každým. A protože každé dítě s PAS je úplně jiné, tvrzení že děti s PAS nemají zájem o kontakt s ostatními dětmi zájem je nesprávným zevšeobecnováním . Mnoho dětí zájem má, ale tyto vztahy vždy komplikují právě ty potíže v sociálních dovednostech, které má dítě z důvodu svého postižení. (Thorová, 2006)

*„Podle diagnostických kritérií autismu se kvalita poškození v sociální interakci projevuje:*

- 1. Zřetelná neschopnost používat běžných forem vystupování, jako je pohled do očí, výraz tváře (mimika), gesta či pohyby těla, k sociální interakci.*
- 2. Selhávání při vytváření vztahů mezi vrstevníky.*
- 3. Nedostatek spontánní snahy sdílet zájmy a poznatky s ostatními. Neschopnost sdílet radost, smutek a další pocity jiných lidí.*

4. *Nedostatek v sociální a emocionální vzájemnosti: neschopnost aktivně se účastnit her, profesionální samotářství, používání ostatních osob jako „nástroje“ k mechanické manipulaci.*“ (Švarcová, 2006, s.151)

### **1.6.2. Problémy v komunikaci**

Velmi obtížně se oddělují symptomy problémů v komunikaci a v sociální interakci. Dodnes není jasné, jestli tyto oblasti problémů mohou být od sebe odlišeny. Do této problematiky komunikaci zahrnujeme i obtíže, které se specificky týkají preverbální a verbální interakce a porozumění a zahrnují gesta, mimiku a řeč těla. (Gillberg, Peeters, 2003)

Spousta děsů s PAS si vůbec nevytvoří aktivní mluvenou řeč a může to být právě zapříčiněno nepochopením funkce a možnosti komunikace. Jedním z důvodů může být i nižší vývojová úroveň dítěte nebo specifická vývojová porucha, jako například dysfázie. (Bayer, Gammeltoft, 2006)

Lidé s autismem si taky často dostatečně neuvědomují, že jsou ty možnosti, kterými můžeme ovlivňovat své prostředí, takže nerozumí účelu komunikace. Ale komunikace s dítětem s autismem nemusí probíhat pomocí slov. Ať už zavedeme jakýkoliv ze systému AAK (alternativní a augmentativní komunikace), forma musí být taková, aby jí dítě pochopilo, přijalo a bylo co nejméně závislé.

Zdraví lidé umí využít různé kombinace nových slov, které volí podle okolností a komunikačního partnera. Dětem s autismem právě tato schopnost chybí. Postižený jedinec používá slova nebo věty ve stejném významu, v jakém se ho naučil. Tomuto jevu říkáme **echolálie**. Echolálii bychom měli považovat jako pokus o komunikaci a kontrolování situace. (Jelínková, 1999)

*„Opožděná echolálie znamená doslovné opakování slova či věty s určitým zpožděním. Mnohé formy echolálie mohou být považovány za hyperselektivitu. Echolálie je typický projev*

*pro člověka, který má dobrou paměť, dobrou výslovnost, ale nechápe význam toho, co bylo řečeno.“ (Schuler & Prizant, 1986 in De Clercq, 2007, s.28)*

Bez ohledu na to, jaká je příčina echolálie, vždy způsobuje postiženému velké problémy. Narušuje obvyklý rozhovor, nebo obtěžuje společnost svou naléhavostí.(Howlin, 2005)

### **1.6.3. Problémy v oblasti představivosti**

*„Kvalitativní postižení v oblasti představivosti se manifestuje repetitivním chováním, rituály a omezeným okruhem zájmů. Někteří odborníci dávají přednost termínu rigidita v myšlení a chování namísto termínu nedostatek představivosti, který je trochu zavádějící.“ (Jelínková, 2000, s.4)*

Děti s PAS mají narušenou schopnost napodobování, která je základem pro rozvoj imaginace. Narušená schopnost představivosti a symbolického myšlení způsobuje problémy v rozvoji hry, která je hlavní podstatou celého vývoje, včetně učení. (Thorová, 2006)

Nedostatečná schopnost předvídat, neschopnost plánovat může vést k:

- Rituálnům, rutinám a nutkavému chování
- Pohybovým stereotypům a stereotypnímu chování
- Averzi ke změnám a potřebě neměnnosti
- Sbíráání předmětů
- Omezené zájmy a sbíráání faktů
- Slovní rituály
- Strach, úzkost (Jelínková, 2000)



## 1.7. Možnosti intervence u lidí s PAS

Pro jedince s poruchami autistického spektra bylo navrženo dnes už velké množství více či méně vědeckých postupů, terapií. Z důvodu komplikované metodologické situace, žádný přístup nepřináší stoprocentní výsledky. (Thorová, 2006)

U PAS je velmi důležitou součástí intervenčního procesu léčba výchovnými a psychologickými prostředky a využití poznatků ze speciální pedagogiky, kognitivní, behaviorální a vývojové psychologie. Intervenci je důležité zavést co nejdříve od ukončení diagnostického procesu. (Thorová, Jůn, Čadilová in Hrdlička, Komárek, 2004)

Thorová (in Thorová, 2006) za nejvhodnější považuje **elektický** (vybírání z prvků z různých předloh a spojuje do společného celku) a **celostní** (věnuje se celostnímu rozvoji dítěte a rodiny jako celku) **přístup**.

V České republice odborníci nejčastěji nabízejí **TEACCH** program (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) jehož součástí je strukturované učení, a který se ve Spojených státech používá již několik desítek let. Tento program vznikl na základě úzké spolupráce odborníků a rodičů, jejichž zkušenosti s autismem mají pro vytváření programu velký význam. (Švarcová, 2006)

Thorová (in Thorová, 2006) uvádí jako hlavní zásady TEACCH programu:

- *„Individuální přístup*
- *Aktivní generalizace dovedností*
- *Úzká spolupráce s rodinou*
- *Integrace autistických dětí do společnosti*
- *Přímý vztah mezi ohodnocením a intervencí*
- *Pozitivní přístup i k dětem s problematickým chováním, aktivní snaha o pedagogickou intervenci vedoucí k zlepšení chování“ (Thorová, 2006, s. 385)*

Poslední dobou se stále častěji využívá taky metodu **ABA** (Aplikovaná Behaviorální Analýza).

*„Aplikovaná behaviorální analýza je metoda, pomocí které pozorujeme a hodnotíme chování a učíme se chování nové“* (Richman, 2006, s. 17). Tato metoda vychází z předpokladů, že autismus je neurologicky podmíněný syndrom, jenž se projevuje v chování jedince.

ABA vychází z teorie učení a domnívá se, že jisté chování je zahajováno faktory, které předcházejí a udržováno těmi, které následují. (Jůn, www.autismus.cz)

K pozorování a vyhodnocování faktorů chování ABA využívá tzv. ABC model funkční analýzy, kde **A** = antecedent (událost, která spouští problémové chování), **B** = behaviour (vlastní chování) a **C** = consequence (dohra, následky) (Richman, 2006)

Obecně behaviorální přístupy jsou do jisté míry úspěšné, a jde je úspěšně využít ke zmírnění problémového chování, ale nevýhodou je finanční a časová náročnost. (Thorová, 2006)

Stále častěji se do povědomí rodičů i odborníků dostávají nové terapie a programy pomoci děti s PAS. Mezi ně patří dnes již poměrně známý **Son-Rise Program**. Tento program vymysleli manželé Kaufmanovi z USA v roce 1974 pro vlastního syna Ruana., kterému v 18 měsících lékaři diagnostikovali autismus a těžkou mentální retardací. Rodiče s ním pracovali tři a půl roku 12 hodin denně. Teď je Raun dospělý, vzdělaný, mladý muž a je úplně zdravý. (Thorová, 2006) Tato terapie ale není přijímána odbornou veřejností (Thorová 2006) i když v USA je povinnou četbou na 280 univerzitách (Cecavová-Neubauerová, www.srp-terapeut.cz)

Základními principy Son-Rise jsou:

- **joining** (aktivní zapojení do rituálů a zvláštních činností dítěte, je považován za nejzákladnější, pomáhá navazovat zrakový kontakt a najít klíč do světa dítěte),
- **motivace** (tu využíváme k interaktivnímu učení , nejsou to hmotné odměny) a
- **energie, entuziasmus a nadšení pro hru**
- **učení pomoci interaktivní hry**

- **bezpředsudkový a optimistický přístup**
- **rodič jako hlavní terapeut programu**
- **vytvoření bezpečného a klidného prostředí pro dítě (Son-rise herna) ([www.srp-terapeut.cz](http://www.srp-terapeut.cz))**

Ani snaha léčit různé metabolické poruchy, které mohou druhotně poškodit mozek, pomocí dietetických opatření, není žádnou novinkou. V České republice se stala nejoblíbenější tzv. **GFCF dieta**, která z potravy vylučuje lepek a kasein a vychází z předpokladů, že autismus je metabolická porucha. I když ohlasy rodičů jsou většinou kladné, nepodařilo se pomocí odborného výzkumu prokázat účinnost této diety. (Thorová 2006)

Mezi další terapie můžeme zařadit dnes už dobře známe techniky **AAK** (alternativní a augmentativní komunikace), **facilitovanou komunikaci**, **Floortime DIR**, **Growing mind** a mnoho dalších.

## 2. JEDNOTLIVÉ DRUHY PAS

Není snadné zařadit děti do určité kategorie pervazivních vývojových poruch. Právě tato obtížnost v zařazování a jejich vzájemné překrývání (např. u autismu a Aspergerova syndromu) vyvolaly v praxi potřebu vzniku univerzálního termínu, který by zahrnul děti s co nejširší škálou a mírou příznaků. Proto vznikl pojem poruchy autistického spektra nebo zhruba odpovídající pojem pervazivní vývojové poruchy. (Thorová, 2006)

V současné době se v České republice klasifikuje PAS podle MKN-10 (2000):

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

### 2.1. Dětský autismus

Dětský autismus (taky Kannerův syndrom, infantilní autismus) je nejlépe prostudovanou pervazivní vývojovou poruchou, ale taky nejzávažnější (Hrdlička, in Hrdlička, Komárek, 2004) a je taky považován za jádro poruch autistického spektra. (Thorová, 2006)

Stupeň závažnosti poruchy může být různý, od mírné formy po těžkou, kde se vyskytuje velké množství symptomů a symptomy se musí projevit v každé části diagnostické triády a objeví se před dovršením třetího roku dítěte. (Thorová, [www.autismus.cz](http://www.autismus.cz))

## 2.2. Atypický autismus

Atypický autismus, na rozdíl od dětského autismu, nespĺňuje plně kritéria, nebo dobou nástupu symptomů, tzn. že symptomy se objeví až po třetím roce. Thorová (www.autismus.cz) uvádí, že u těchto dětí se dříve mluvilo o tzv. autistických rysech. Obecně můžeme říci, že pouze část dětí s atypickým autismem má některé sféry vývoje méně narušeny než jedinci s dětským autismem. Může to být způsobeno lepší komunikační nebo sociální dovedností nebo nepřítomností stereotypních zájmů. Vývoj dílčích dovedností u dětí s atypickým autismem je velmi nerovnoměrný. (Thorová 2006)

## 2.3. Rettův syndrom

*„...očíma nám říkají, že rozumí daleko víc, než si vůbec dokážeme představit.“*

*(dr. Andreas Rett)*

Tento syndrom, který je provázen těžkým neurologickým postižením, které má všepřonikající dopad na tělesné, pohybové i psychické funkce, poprvé charakterizoval Andreas Rett ve své publikaci v roce 1966. (Thorová, 2006) V roce 1999 vědci z USA objevili gen (MECP2), který je umístěn na raménku chromozomu X a od roku 2001 se i v České republice diagnostikuje Rettův syndrom na základě genetického vyšetření.

Tento syndrom ve své klasické formě se vyskytuje jenom u dívek. Když nastoupí stejná mutace genu u chlapců, kteří jsou vybavení pouze jedním chromozomem X, způsobí to velmi těžké poškození mozku a plod nebo novorozenec zemře. (Thorová, 2006)

Charakterizuje se normálním vývojem až do pátého měsíce a posléze ztrátou manuální obratnosti a zpomaleným růstem hlavy. (Hrdlička, in Hrdlička, Komárek, 2004)

Cohen a Volkmar (1997) uvádějí model čtyř stádií Rettova syndromu:

1. Stádium časně stagnace (6. měsíc – 1,5 roku).
2. Rychlá vývojová regrese (objevuje se mezi prvním a druhým rokem života a trvá 13-19 měsíců).

3. Pseudostacionární stádium se objevuje ve 3-4 letech, ale může být opožděno a persistovat mnoho let až desetiletí.

Stádium pozdní motorické degenerace se často objevuje ve školním věku nebo v časně adolescenci. (Hrdlička, Komárek, 2004)

#### **2.4. Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3)**

Jiná nebo taky dětská dezintegrační porucha byla poprvé popsána Theodorem Kellerem v roce 1908 jako infantilní demence, ale příčina vzniku stále není známá. (Thorová, 2006) Pro poruchu je příznačné počáteční období obvyklého vývoje, které trvá minimálně do dvou let dítěte a kolem třetího roku života nastává prudká progresivní ztráta doposud nabytých dovedností. (Hrdlička in Hrdlička, Komárek, 2004) „*Prokazatelnou ztrátu dovedností v tomto období nazýváme autistickým regresem.*“ (Thorová, 2006, s.195)

U dítěte často nastupuje autistické chování a výrazné zhoršení v komunikaci i sociálních dovednostech. (Thorová, 2006) Prognóza následujícího vývoje dítěte je méně příznivá než u dětského autismu a u většiny postižených přetrvává těžká mentální retardace. (Hrdlička, in Hrdlička, Komárek, 2004)

#### **2.5. Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby**

Je to nepřesně popsaná porucha, která se spojuje hyperaktivní syndrom, těžkou mentální retardací, stereotypní pohyby a/nebo sebepoškozování. U tohoto postižení se neobjevuje autistické narušení sociální interakce a je uváděná pouze v MKN-10, v americkém DSM-IV (americký diagnostický manuál) tuto poruchu neuznávají.

## 2.6. Aspergerův syndrom

*„Realita je pro člověka s Aspergerovým syndromem matoucí, nepřehledná, vnímají ji jako proud událostí, lidí, míst, zvuků a zrakových vjemů. Mají pocit, že nikde nejsou přesně vymezené hranice, že věcem chybí řád a i význam. Většinu dne trávím tím, že se snažím přijít na kloub věcem kolem sebe. Proto mi rutinní činnosti, přesně vymezené časy a zavedené cesty hodně pomáhají, jinak bych kolikrát nevěděla, kde jsem. Vnášejí mi řád do chaosu.“ (In Attwood, 2005)*

Aspergerův syndrom popsal Hans Asperger už v roce 1944 (Gillberg, Peeters, 2008) pod termínem „autistická psychopatie“ a teprve v roce 1981 Lorna Wingová uvedla do praxe pojem Aspergerův syndrom (AS). Jedná se o nejdiskutovanější jednotku z okruhu pervazivních vývojových poruch, u níž někteří výzkumníci jen obtížně hledají její ohraničení proti vysoce funkčnímu autismu. (Hrdlička, in Hrdlička, Komárek, 2004)

*„Někdy bývá AS nazýván i jako „sociální dyslexie“ a jeho projevy mají velké množství forem a je to velmi rozmanitý syndrom.“ (Thorová, 2006, s.195)*

*„Lorna Wingová na základě svých zjištění vymezila základní klinické příznaky Aspergerova syndromu následovně:*

- *nedostatek empatie*
- *jednoduchá, nepřiléhavá a jednostranná interakce*
- *omezená, nebo neexistující schopnost navazovat a udržet si přátelství*
- *pedantsky přesná, jednotvárná řeč*
- *nedostatečná neverbální komunikace*
- *hluboký zájem o předměty*
- *nemotornost, nepřirozené pozice (Attwood, 2005, s.21)*

Koncem 20. století byl Aspergerův syndrom zařazován jako druh autismu a pervazivní vývojová porucha. V současné době je již vnímán jako jednotlivá kategorie v oblasti poruch autistického spektra, která má individuální diagnostická kritéria. (Attwood, 2005)

Diagnostická kritéria viz přílohy - tab. 3.

### **2.7. Jiné pervazivní vývojové poruchy**

Tato kategorie se v Evropě příliš často nepoužívá. Její diagnostická kritéria nejsou přesně vymezena. Péče o tyto jedince je velmi náročná a z hlediska intervence by měli obdržet stejně efektivní pomoc jako děti nebo dospělí s kteroukoliv jinou poruchou autistického spektra.



### **3. HANDLE® PŘÍSTUP – Holistic Approach to NeuroDevelopment & Learning Efficiency**

HANDLE je holistický přístup k neurovývoji a efektivitě učení. Název je složen z počátečních písmen sousloví: **H**olistic **A**pproach to **N**euro**D**evelopment & **L**earning **E**fficiency, což ve volném překladu, jak již bylo uvedeno, znamená: holistický přístup k neurovývoji a efektivitě učení.

Je to neinvazivní, celostní alternativa k identifikaci a terapii většiny neurovývojových odlišností zahrnujících diagnózy PAS, poruch učení, poruch pozornosti, ADHD, poruch vývoje řeči, poruch paměti, poruch chování, DMO, schizofrenie/obsesivně kompulsivní poruchy/deprese, různých stavů po úrazech mozku/ mozkových příhodách, Tourettova syndromu, CHARGE syndromu a jiných ojedinělých syndromů. ([www.handle.org](http://www.handle.org))

Výzkumem této metody se zabývala Univerzita ve Washingtonu a Harboriew Medical Center v Seattlu (Bluestone, 2002). Nezávislý výzkum, který provedl Dr. David Lewis z Univerzity ve Washingtonu, z katedry nukleární medicíny, ukázal že HANDLE program má pozitivní vliv, jelikož zlepšuje mozečkové funkce a také další funkce mozku. (Bluestone, 2008)

#### **3.1. Judith Bluestone a její cesta k HANDLE přístupu**

Zakladatelka HANDLE přístupu, Judith Bluestone (1944 – 2009), byla mezinárodně uznávanou autorkou a lektorkou.

Judith Bluestone se sama narodila s mnoha neurovývojovými odlišnostmi. Vyrůstala v rodině, která jí nebránila v tom, aby dělala to, co sama intuitivně cítila, že pro ni bylo prospěšné – jako např. skákání na pogo stick (skákadlo) nebo obrácení kola „vzhůru nohama“ a pozorování roztočených kol. Pomocí těchto aktivit se jí podařilo vypořádat se s mnoha svými obtížemi a hypersenzitivitami.

Na základě svých osobních zkušeností se rozhodla studovat pedagogiku, neuropsychologii, neurovědu, psychologické poradenství, vývoj člověka, senzomotorickou integraci, rehabilitaci a mnoho dalších disciplín. Později se věnovala i alternativním a přírodním přístupům.

Důležitým mezníkem v jejím životě byl pobyt v Izraeli, kde pracovala 11 let a v roce 1989 vytvořila program, za který obdržela národní cenu za práci v oblasti vzdělávání v raném dětství (Israel's National Prize for Early Childhood Education).

Na základě všech svých zkušeností a poznatků Judith Bluestone vytvořila HANDLE přístup a v roce 1994 založila HANDLE Institut v Seattlu. Posláním tohoto institutu je naplňovat potřeby klientů, odborníků a zájemců z řad veřejnosti v různých zemích celého světa.

Judith Bluestone, která sama pracovala s tisíci klienty, napsala dvě knihy: *Churkendoose Anthology* a *Fabric of Autism*. Vystupovala jako lektor i jako přednášející na mnoha konferencích a univerzitách. V roce 2004 získala cenu Jacqueline Kennedy Onassis Award.

V předmluvě knihy *Fabric of Autism* ji Tim Hutton, PhD, CST-D právem označuje za skutečnou „překladatelku“ mezi autistickým a neautistickým světem.

### **3.2. Filozofie HANDLE přístupu**

HANDLE hledá kořeny obtíží a nesnaží se jen maskovat příznaky. Je to metoda neinvazivní, která nepoužívá léky, ani žádné složité pomůcky.

Dívá se na jedince jako na celek, na jeho vnitřní a vnější prostředí a na jeho vývoj od početí po současnost. Poté tyto informace využívá k určení toho, jak pro daného jedince pracují jeho jednotlivé neurovývojové systémy.

HANDLE staví na poznacích, že všechny tyto systémy jsou na sobě vzájemně závislé a navzájem se podporují. Pokud se objeví nějaké odchylky v jednom nebo více systémech, ovlivní to funkčnost celého organismu. Pokud něco brání jednotlivým systémům v tom, aby fungovaly efektivně, způsobuje to nerovnováhu v daných systémech a v systémech, které s nimi souvisí. (Bluestone, 2008)

HANDLE není neměnnou sadou aktivit nebo technik, ale spíše souborem principů, které je třeba respektovat. Na základě informací zjištěných během podrobného vyšetření HANDLE praktik doporučí klientovi individualizovaný program pohybových aktivit. Tento program může pomoci integrovat a organizovat nervové systémy a smysly v těle, a tím přispět k lepšímu fungování lidí každého věku.

### 3.3. Základní východiska HANDLE přístupu

- **Holistický**

HANDLE je systémový přístup, který zahrnuje mimo jiné CNS, vegetativní nervový systém, imunitní systém, zažívací systém, zrakový systém a další. Zahrnuje informace o tom, jak se navzájem ovlivňují vnější i vnitřní prostředí jedince a jeho vnitřní konstituce. Staví na vědecky prokázaných faktech z řady disciplín, jako je rehabilitace, psychologie, neurovědy, speciální pedagogika, sensorická integrace, Bobath koncept, výživa atd.

HANDLE vychází z toho, že nic neexistuje samostatně a **vše souvisí se vším**.

- **Přístup**

HANDLE oslovuje klienty, bez ohledu na věk a předpokládané schopnosti. Chování vidí jako komunikaci a nikoliv jako symptom, který je třeba zamaskovat nebo mít pod kontrolou.

Standardizací vidí pouze jako koncept, který nemůže vystihnout realitu v její rozmanitosti a nerespektuje individuální rozdíly.

V průběhu celého vyšetření a během aplikace individuálních programů HANDLE využívá Gentle Enhancement (Jemné posilování).

## **Gentle Enhancement® - Jemné posilování**

Jemné posilování je základním terapeutickým principem HANDLE přístupu, který se využívá v procesu vyšetření i při provádění programu.

Z pohledu HANDLE přístupu jsou PAS poruchami spočívající mimo jiné v extrémní úzkosti, takže při práci s jedinci s PAS je nutno respektovat jejich způsob vnímání a to jak tolerují různou stimulaci. Teorie jemného posilování vychází z poznatku, že pod vlivem stresu se naše systémy uzavřou a neposilují se. Proto je důležité sledovat i nepatrné známky stresu a ukončit prováděnou aktivitu.

Nejčastějšími projevy stresu jsou:

- změna svalového napětí
- ztráta schopnosti zaostřit
- změna barvy obličeje
- změna rytmu dýchání
- zhoršování aktivity poté co byla integrovaná
- stížnosti na nucení na zvracení
- červenání uší
- točení v hlavě, dezorientace a další somatické potíže (Bluestone, 2002)

### **• Neurovývoj**

HANDLE vychází z poznatků, že neuroplasticita je celoživotní proces, během něhož je nervový systém (včetně mozku) schopen se neustále adaptovat. Vychází z toho, že pohyb podpořený optimálním vnitřním prostředím organizuje zpracování podnětů v mozku, ovlivňuje biochemii těla a pomáhá tvarovat vlastní strukturu mozku.

- **Učení**

HANDLE ovlivňuje všechny formy učení, jak akademické, jazykové, motorické, tak sociální. Terapeuticky využívá jev zvaný „vnitřní nácvik“, díky tomuto ‘vnitřnímu nácviku’ může mít vliv i na členy rodiny nebo skupiny.

- **Efektivita**

HANDLE chápe, že systémy ve stresu se neposilují a proto využívá principu jemného posilování. Podporuje zachování a efektivní využití přirozených zdrojů energie pro lepší duševní a tělesnou pohodu.

### **3.4. Senzomotorické systémy z pohledu HANDLE přístupu**

*„Lidé s vysoce funkčním autismem nám připomněli, že zdraví lidé používají své smysly (hmat, sluch, zrak) současně, aby zpracovali informace z okolí. Děje se to naprosto automaticky. U osob s autismem probíhají tyto pochody izolovaně. Naslouchání je pro ně mnohem snazší, jestliže nemusí současně sledovat situaci zrakem, vidění je ostřejší, jestliže nemusí současně naslouchat.“ (De Clercq, 2007)*

Naše smysly jsou navzájem propojené. Většina lidí se neuvědomuje spojení mezi systémy v jejich těle, je to pro ně samozřejmé. Ale jedinci s poruchou autistického spektra potřebují vytvářet určité vzorce. Hledají pořádek/systém ve zmateném/dezorganizovaném světě.

HANDLE pracuje s pozorováním a rozvojem senzomotorických systémů a tam hledá hlavní zdroj obtíží. Tyto systémy na sebe vzájemně dynamicky působí a když jeden z nich je ovlivněn stresem nebo postižením, může se to odrážet v jiném systému, například jako když nám únava očí způsobuje bolesti hlavy. Nesrovnalosti v jednom systému se mohou projevit řadou dysfunkčních chování. Pomocí podrobné analýzy můžeme identifikovat systémy, které potřebují

organizaci a posílení. Pozvolným posilováním daných systémů pak můžeme odstranit důvod pro problematické chování, které bylo symptomem nesrovnalostí v daném systému. (www.handle.org)

### **Nervový systém**

Nervový systém je schopen neustále se adaptovat, struktura mozku je tvarována pod vlivem stimulace, kterou mozek dostává a je schopen se zotavit z nemoci a úrazů. ALE, nervový systém, a zvláště jeho slabé části, reaguje na stres a na přebytek stimulů tak, že přestane pracovat. Existuje vzájemné propojení mezi jednotlivými systémy v mozku a každá nepravidelnost v jednom systému se může projevit v jiných systémech. Každý neurovývojový systém musí být funkční, musí být schopný spolupracovat s ostatními systémy, musí pracovat ve správném pořadí, a nesmí zasahovat do ostatních systémů v nevhodném okamžiku. (Bluestone, 2008)

### **Vestibulární systém**

Vnitřní ucho, kde je vestibulární systém umístěn, není zodpovědné jen za naši schopnost slyšet, ale i za schopnost zpracovávat informace o pohybu, rovnováze, gravitaci či prostoru. Vestibulární systém je přímo nebo nepřímo zodpovědný za většinu motorických funkcí a i některé senzorycké funkce. Jeho nesprávné fungování se může projevit v mnoha oblastech. Od nesprávného zpracovávání sluchových vjemů, přes potíže se čtením až po různé cestovní nevolnosti a jiné kinetózy (nemoci z pohybu).

Aktivity na posílení vestibulárního systému rovněž posilují sluchové funkce kochleí, neboť tyto dva systémy sdílejí tutéž tekutinu a jsou součástí integrovaného systému vnitřního ucha. Tento systém je velmi důležitý pro všechny naše činnosti a je to jeden ze systémů, který hraje ústřední roli v pochopení a terapii poruch autistického spektra.

Při rychlém pohybu s náhlými přestávkami se vnitřní ucho a vestibulární systém uzavrou. Točení, skákání, bušení hlavou, to vše jsou způsoby, jak uzavřít přehlcený systém středního a vnitřního ucha, a můžeme je u lidí s PAS často pozorovat.

HANDLE aktivity speciálně navržené na posílení vestibulárního systému jsou pomalé a kontrolované. Mohou se jevit zdánlivě jednoduché, ale ve své podstatě jsou velmi silné. U těchto aktivit je obzvlášť důležitá zásada jemného posilování. (Bluestone, 2005)

### **Taktilní smysl**

Hmat hraje zásadní úlohu v tom, jak vnímáme sami sebe, ale i jak reagujeme na svoje okolí.

Existuje mnoho typů taktilních receptorů, ale právě nejčastěji se hovoří o receptorech, které jsou zodpovědné za vnímání povrchové taktility: hladký, měkký, drsný atd. Další receptory, které jsou umístěny hlouběji nám dávají zpětnou vazbu o tlaku, teplotě, bolesti a úchopu. Někteří lidé mohou mít buď hypersenzitivní nebo naopak hyposenzitivní reakci na dotyk.

Potíže se mohou projevit extrémní lechtivostí, tendencí se nadměrně dotýkat ostatních lidí, nebo se naopak dotyku vyhýbá, nesnášenlivostí stříhání nehtů, česání, mytí obličeje, upřednostňováním volného oblečení, potřebou odstranit cedulky z oblečení, nebo upřednostňováním některých jídel na základě struktury.

### **Kinestézie**

Kinestézie je smysl, který vnímá relativní pozicí svalů, kloubů a šlach. Velmi důležitá je kinestetická paměť, kde se zapisují aktivity/činnosti, které opakovaně provádíme. Když se můžeme spolehnout na kinestetickou paměť při provádění nějaké aktivity (např. chůze, psaní), můžeme zároveň zaměřit svou pozornost na další aspekty našeho prostředí nebo na další úkoly.

Většinu aktivit, které jsou uloženy v kinestetické paměti, dokážeme vykonat i po několika letech (např. jízda na kole, plavání..)

U člověka s narušenou kinestézií se mohou objevit potíže v neschopnosti vést rozhovor při chůzi, při vyjadřování myšlenek písemnou formou, při psaní, nebo oblékání ve tmě, nebo se zavřenýma očima.

### **Propriocepce**

Propriocepce můžeme jednoduše definovat jako neuvědomělé povědomí mozku o pocitu, kde se tělo nachází v prostoru. Propriocepce a hmat jsou dva způsoby, pomocí kterých vytváříme své hranice. Tyto smysly jsou vzájemně propojeny, protože propioceptivní receptory jsou součástí hmatového systému a poskytují nám informace o relativní poloze částí našeho těla. Proprioceptivní smysl však jde za hranice této hmatové složky a integruje ji s našimi ostatními smysly, které nás informují o tom, kde se v prostoru nacházíme a jak se v něm můžeme snadno a bezpečně pohybovat.

Většina lidí s PAS má obtíže s uvědomováním si toho, kde končí jejich tělo a kde začíná okolní svět. Je to jeden z důvodů, proč potřebují nejprve prozkoumat neznámé prostředí.

### **Diferenciace**

Je to schopnost pohybovat určitými částmi těla „podle plánu“, zatímco ostatní části těla zůstávají v klidu. Vývoj diferenciace předchází vývoji laterality. Poruchy diferenciace mohou způsobovat oslabení v oblasti učení (ve škole) a také závažné potíže v sociální oblasti. Např. aby dítě mohlo efektivně číst, musí být schopné hýbat očima nezávisle na hlavě.

Obtíže v této oblasti se mohou projevat neobvyklými/nadbytečnými pohyby hlavy nebo čelistí při sledování očima, nebo nadbytečnými pohyby jiné končetiny, když např. pracuje jen jedna ruka. Může se taky projevat různými tiky, lekavými reakcemi atd.



## **Interhemisférická integrace**

Je to vlastně komunikace mezi levou a pravou hemisférou. A právě slabé spojení mezi hemisférami může být důvodem mnoha problémů v oblasti učení, chování a sociální interakce. Správné fungování obou stran mozku je základem pro vyváženost mezi logickým myšlením a emocemi, pro rovnováhu mezi zaměřením na detail a celek a k dosažení určité úrovně v oblasti řeči a učení.

## **Auditivní smysl**

Sluch zahrnuje vnímání a interpretaci zvukových vln, které vnímáme vzdušným i kostním vedením. Vnímání se odehrává ve vnitřním uchu a má společné místo a tekutiny jako vestibulární systém. Sluchové problémy se mohou týkat různých typů zvuků, co se týče sekvence i hlasitosti.

Lidé mohou být buď hypo- nebo hyper-senzitivní na zvuk, nebo jen na specifické zvuky. U lidí s PAS je sluch obvykle hypersenzitivní a tak si někteří vytvářejí svůj vlastní „šum“, aby překryli zvuk, který jim vadí. Může to být broukání, houkání, ječení, nebo u některých jedinců můžeme vypožorovat pevné sevření čelisti, které pomáhá snížit vnímanou hlasitost zvuku.

Na nepravidelnosti ve sluchovém smyslu nás mohou upozornit obtíže, jako jsou např.: opožděný vývoj řeči, dávání rukou na uši, vyhýbaní se žvýkání, obtíže s modulací hlasu apod.

## **Okulomotorika**

Tato schopnost očí plynule se pohybovat ve všech rovinách zrakového pole bez rozostření a bez ztráty obrazu, je také často označována jako „sledovací oční pohyby“. Tato schopnost je vázaná na oční svaly a hlavové nervy, které je inervují a je závislá na vestibulárním systému, který hraje důležitou roli v regulaci těchto pohybů.

Těžkosti v oblasti okulomotoricky se to mohou projevit v neschopnosti udržet hlavu bez pohybu při sledování očima, častým protíráním a mnutím očí při zrakové práci, bolestí hlavy a

břicha po zrakové práci, trhavým a skákavým pohybem očí při sledování, nebo nadbytečnými pohyby těla při pokusu sledovat očima apod.

Jedna z aktivit doporučených pro rozvoj okulomotoriky je sání pomocí slámky. Využívá skutečnosti, že posilováním jednoho kruhového svalu v těle (kruhový sval kolem úst) posilujeme všechny kruhové svaly a tím i zornice našich očí nebo kruhový sval oční.

### **3.5. HANDLE Program**

HANDLE vytváří pro každého klienta individualizovaný program pohybových aktivit, které vyžadují jen několik jednoduchých pomůcek. Prostřednictvím pravidelné, jemné a pozvolné stimulace tyto aktivity posilují oslabené funkce mozku a mohou zlepšit funkce nervového systému a proces učení.

HANDLE program se vytváří na základě informací získaných během pozorovacího vyšetření, pohovoru a z podrobného dotazníku. Během vyšetření se pozoruje především to, jak klient vykonává jednotlivé úkony, protože právě toto může dát informace o tom, jak funguje jeho nervový systém a smysly. Poté na základě informací získaných během vyšetření je vytvořen tzv. neurovývojový profil, který je vlastně mapou toho, jak u konkrétní osoby funguje nervový systém a jednotlivé smysly, a je sestaven program fyzických aktivit. HANDLE program se skládá z přibližně 6 až 13 cviků a zabere 15 až 30 minut denně. Tyto aktivity jsou jednoduché na provedení, ale neurologicky komplexní. Tady je právě důležitá jedna z hlavních myšlenek HANDLE přístupu, že méně je více a pomaleji je rychleji. Každý HANDLE praktik má svůj vlastní program, a tak může doporučit HANDLE z vlastní zkušenosti. (Bluestone, 2008)

### **3.6. HANDLE aktivity**

Jelikož jsem absolvovala pouze základní kurz HANDLE přístupu poznala jsem jen 10 základních aktivit. Jsou to aktivity, které můžeme využít u skupin či jednotlivců k podpoře neurovývoje v každém věku. Naučila jsem se také rozpoznávat nenápadné známky stresu, což je potřebné k odpovídajícímu přizpůsobení individualizované aktivity.

Aktivity HANDLE nejsou pouhá cvičení. Jsou to speciálně vyvinuté jemné a nenápadné pohyby - některé pasivní a jiné aktivní - které se předepisují individuálně pro určitého člověka, u kterého posilují slabé systémy bez toho, aby se jiné systémy dostaly do stresu. Lidé se mohou naučit aktivity z repertoáru HANDLE i na kursech HANDLE přístupu, kde se seznámí i s principy, které tvoří základ každé aktivity a její aplikace. Stejně jako může být nebezpečné dát diabetikovi stejnou svačinu, jako mají ostatní v jeho skupině, je nezodpovědné, žádat osobu s určitým neurovývojovým profilem, aby prováděla aktivity vyvinuté pro někoho jiného. (Bluestone, 2005)

#### **„Bláznivá slámka“ („Crazy Straw“)**

Bláznivá slámka je slámka s kroužky a smyčkami, které dělají slámku delší a také průměr slámky je menší než u té běžné. Tyto podstatné znaky dělají sání složitějším a to stimuluje mnoho hlavových nervů a povzbuzuje svaly na rtech a na tváři a také kruhové oční svaly.

Pravidelné používání slámky, může mít pozitivní účinky na interhemisférickou integraci, binokularitu, citlivost na světlo, citlivost na hluk, kontrolu svěračů, mimiku, nebo artikulaci.

Důležité je kompenzovat tuto aktivitu foukáním. Můžeme foukat do slámky, bublifuku nebo hrát foukací fotbal.

### **„Masáž páteře dvěma prsty“ („Two-Finger Spinal Massage“)**

Tato masáž stimuluje vegetativní nervový systém, a tím pomáhá řídit reakce těla na základní životní aktivity, jako je krevní oběh, zažívání, dýchání atd. Přizpůsobuje reakci na stres a další situace, které mají vliv na pohodlí a přežití. Reguluje také reakci zorniček a tím snižuje citlivost na světlo.

### **„Obejmi a zatáhni“ („Hug and Tag“)**

Tato aktivita posiluje spolupráci mozkových hemisfér a artikulaci, svalové napětí v prstech a integruje hmatové vnímání a propriocepci v rukou. Podporuje rozlišení jednotlivých prstů a jedné ruky od druhé. Může pomoci také ve zklidnění a schopností soustředit se.

### **„Tepání na tvář“ („Face Tapping“)**

Tato aktivita stimuluje, integruje a uvolňuje trojklaný nerv. To může mimo jiné přispět k integraci hmatového vnímání, k úlevě od bolesti hlavy, k odeznění tiků a ochrnutí tváře, k podpoře řeči, zlepšení průchodnosti dutin nebo podpoře zraku a sluchu a zlepšení žvýkání a přijímání potravy.

### **„Klapky na uši“ („Ear Muffs“)**

Klapky na uši můžeme použít hlavně k ovlivnění vestibulárního systému, auditivních funkcí a interhemisférické spolupráce. Tato činnost uvolňuje napětí v tkání obličeje, v hlavě, krku i hrudi. Tím se zvyšuje schopnost hrtanu regulovat dýchání. Vytváří v těle přirozený pocit klidu a podporuje řeč.

### **„Dup – dup – dup („Accentuation Stomp“)**

Tato aktivita podporuje kinestetickou paměť, rozlišení pohybu a hlavně vyvíjí vysokou úroveň integrace. Rovněž posiluje lateralizaci, umožňuje proprioceptivní a vestibulární stimulaci a může pomoci zvýšit svalové napětí. Díky stimulaci reflexologických bodů na ploskách chodidel, může pomoci s uvedením tělesných funkcí, jako např. dýchání a vylučování, do rovnováhy.

### **„Průlezka obručí“ („Hoop Mazes“)**

Tuto činnost můžeme využít k posílení rovnovážného systému a schopnosti koordinovat tělo v prostoru. Cílem této aktivity je zvýšit schopnost organizovaně a efektivně reagovat na pohybové změny v proprioceptivních a vizuálních podnětech. Tato aktivita může být velmi prospěšná pro lidi, kteří mají problém s respektováním intimní zóny, vrážejí do lidí a věcí a také pro jedince, kteří při pomalém pohybu ztrácejí rovnováhu.

### **„Tepání na hlavu“ („Skull Tapping“)**

Tepání v první řadě podporuje zapojení hemisfér a zároveň poskytuje jemnou stimulaci senzomotorické části mozku. To dodává energii, krev a kyslík do mozku, a tak zvyšuje bdělost.

Jednou z hlavních myšlenek HANDLE přístupu je zásada: **„Méně znamená více a pomaleji znamená rychleji“**, proto HANDLE aktivity jsou jednoduché v duchu jemného posilování.(Bluestone, 2008)

### 3.7. HANDLE a výživa

HANDLE přístup také uznává význam správné výživy a optimálního vnitřního prostředí pro neurovývoj. Výživu ovlivňuje mnoho faktorů, včetně žvýkání, peristaltiky, napětí a uvolnění. Mnozí lidé, kteří mají různé neurologicky podmíněné poruchy v oblasti chování, mívají také problémy v toleranci nejrůznějších stimulů z okolního prostředí. Důležitým faktorem v tomto ohledu je výživa a potravinové alergie (nejčastěji na lepek a kasein). A i když jedinec netrpí intolerancí na jisté potraviny, je možné, že jeho výživa není patřičně vyvážená nebo že organismus není schopen určité živiny zpracovat/ absorbovat.

Důležité je rovněž věnovat pozornost olejům a tukům, které používáme, vitamínům a minerálům (např. bylo zjištěno, že vitamín B6 je důležitý pro řečové funkce), a také elektrolytům, jako je sodík a draslík, jelikož nerovnováha elektrolytů v těle narušuje CNS. U některých lidí zhoršují problémy s pozorností salicyláty, které jsou hlavní složkou aspirinu a také mnoha koření a bylin. (Bluestone, 2008)

Problémy ve hmatové oblasti mají význam pro výživu. Většina lidí s autismem má nepravidelnosti v taktilním vnímání v ústech, takže jim není pocit jídla v ústech příjemný. Kromě toho mohou mít nízké svalové napětí u svalů úst – tedy těch, které používáme k sání, žvýkání a artikulaci. Pokud očekáváme, že něco bude mít nepříjemnou strukturu, s největší pravděpodobností ani nedovolíme, aby se to něco vůbec dostalo do našich úst, nebo se nám jídlo v ústech převaluje a vrací, než ho spolkneme.

Senzorické omezení, které často brání lidem s autismem ve žvýkání potravy, je hypersenzitivita na sluchové podněty. (Bluestone, 2005)

Jiné typické autistické chování je také spojeno s problémy se zažíváním. Například chození po špičkách. V čínské reflexologii byly popsány reflexní body na chodidlech a na patě. Tam se nacházejí reflexní body pro střeva (nejde o body, které by byly přímo spojeny s nervovou soustavou).

Zásadní je taky detoxikace organismu a vytvoření optimálního vnitřního prostředí, které je důležité pro rozvoj jedince. (Bluestone, 2005)

### **3.8. Aplikace HANDLE přístupu**

Po provedení pozorovacího hodnocení a pohovoru s rodičem, nebo pečovatelem, je pro každého klienta navržen individualizovaný program aktivit a možných úprav diety. Tyto aktivity jsou pak denně prováděny doma nebo v zařízení. Součástí programu mohou být i kompenzační doporučení o úpravě prostředí, jako například snížení množství vnějších zvukových podnětů v okolí, nebo změna typu osvětlení. HANDLE terapie pro klienty s PAS obvykle zahrnuje aktivity, které organizují a posilují vestibulární systém, vnímání vlastního těla, hmatové a sluchové vnímání a zrakové funkce a interhemisférickou integraci.

Přestože jsou jasně viditelné podobnosti mezi klienty s autismem, nebo jinou pervazivní vývojovou poruchou, každý člověk s touto diagnózou si zaslouží individuální hodnocení a vytvoření terapeutického plánu. Každý klient, a tedy i klienti s diagnózou autismu, vyžadují pravidelnou revizi programu každých šest až osm týdnů po dobu minimálně šesti měsíců. Někteří klienti program využívají dlouhodobě.

### **3.9. Závěr**

Existuje řada různých přístupů k terapii autismu, od biomedicínských po behaviorální, od práce s jednotlivými sensorickými mechanismy po senzickou integraci. Jsou zde jak „tradiční“ přístupy, tak „alternativní“ přístupy. Některé se spoléhají na potravinové doplňky, některé na různé vyspělé technologie. Je to široké pole možností a přístupů, které nemá hranice. (Bluestone, 2005)

HANDLE přístup je propojením mnoha poznatků z různých zdrojů i z vlastní zkušenosti Judith Bluestone. Není to jen provádění cviků. Je to propojení mnoha věcí, mezi které patří kromě pohybových aktivit i detoxikace organismu, snaha o vytvoření optimálního vnitřního prostředí jako základ pro správné a efektivní fungování těla a mozku, které jsou v neustálé interakci. HANDLE také pomáhá rodině lépe porozumět a komunikovat se členem rodiny s diagnózou PAS.



## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **4. Praktické využití HANDLE přístupu**

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak může HANDLE přístup pomoci jedinci s některou z poruch autistického spektra. Rodin, které praktikují HANDLE přístup je, v České republice stále málo, jelikož se HANDLE přístup nedostal do povědomí širší veřejnosti a proto jsem do výzkumu zapojila i rodiny ze Slovenska.

#### **4.1 Metody sběru dat**

Jako metodu sběru dat jsme zvolila dotazník, který jsem vytvořila na základě vstupního dotazníku HANDLE přístupu. Dotazník se skládá ze seznamu, kde jsou uvedené různé činnosti a „chování“ dítěte a pomocí stupnice od 1 do 5 (kde 1 je silný nesouhlas, 5 silný souhlas) rodiče označují to číslo, které prezentuje frekvenci výskytu daných obtíží u klienta. Dále rodiče měli možnost rozvést jednotlivé body, nebo se k nim nějak vyjádřit. Dotazníky i průvodní dopis jsem rodičům odesílala e-mailem. Původní verze dotazníku je uvedena v příloze č.5.

Výzkumný vzorek tvoří děti s některou z poruch autistického spektra. Věkové rozlišení je 3 – 12 let. Z toho 4 chlapci a 1 dívka.

První dotazníky obdrželi rodiče v červnu 2009, kdy začínali s HANDLE programem. Následně v lednu obdrželi stejnou verzi dotazníku, kterou znovu vyplnili po 8 měsících práce.

Pomocí internetové pošty jsem odeslala 12 dotazníků. Z toho se mi vrátilo dotazníků 5.

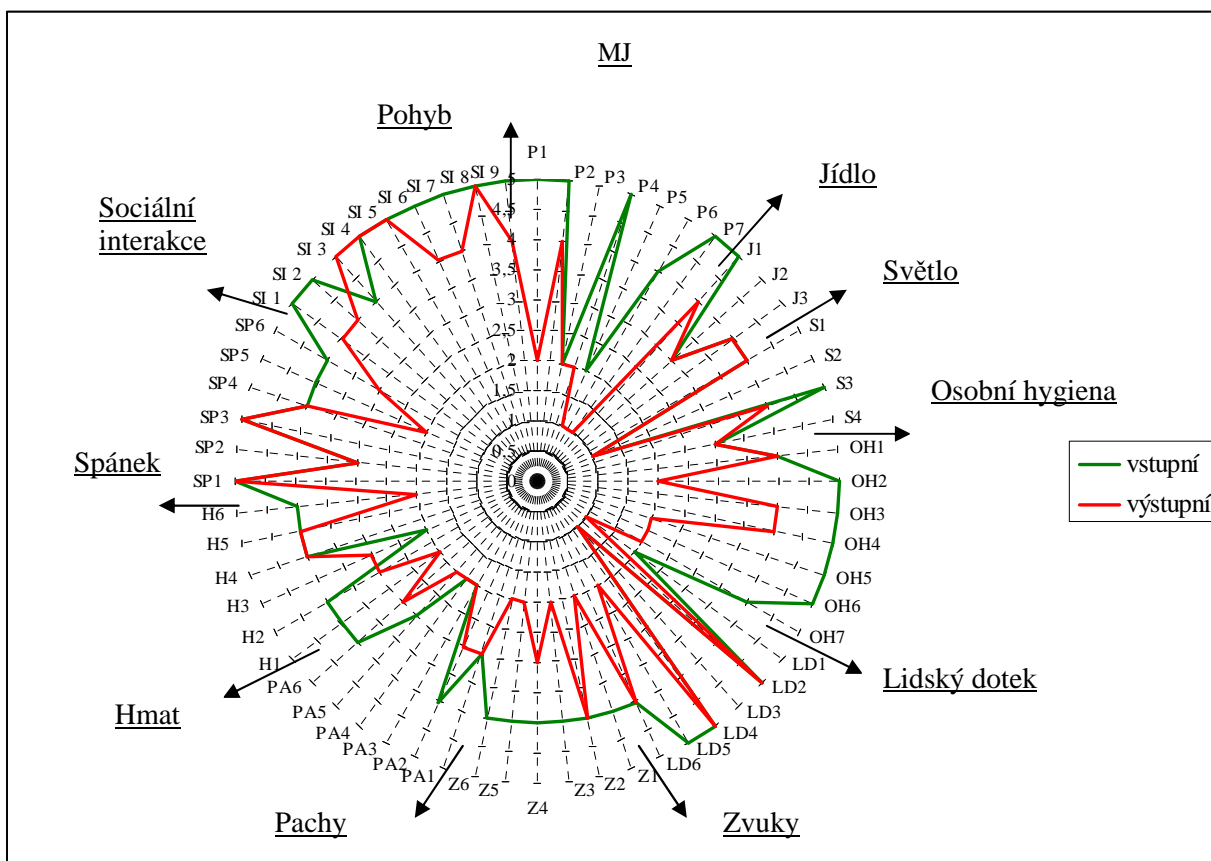
#### **4.2 Zpracování získaných dat**

Z jednotlivých dotazníků jsem vypracovala paprskové grafy, kde jsou popsány jednotlivé zkoumané oblasti i konkrétní položky. Údaje ze vstupního a výstupního dotazníku barevně odlišeny a tak můžeme hned vidět rozdíly mezi vstupními a výstupními hodnotami.

### 4.3. Výsledky a analýza

Zde jsou postupně uvedeny výsledky jednotlivých dětí, ve kterých můžeme podle grafů srovnat jejich stav před a po zavedení HANDLE programu.

#### MJ, dívka, 10 let

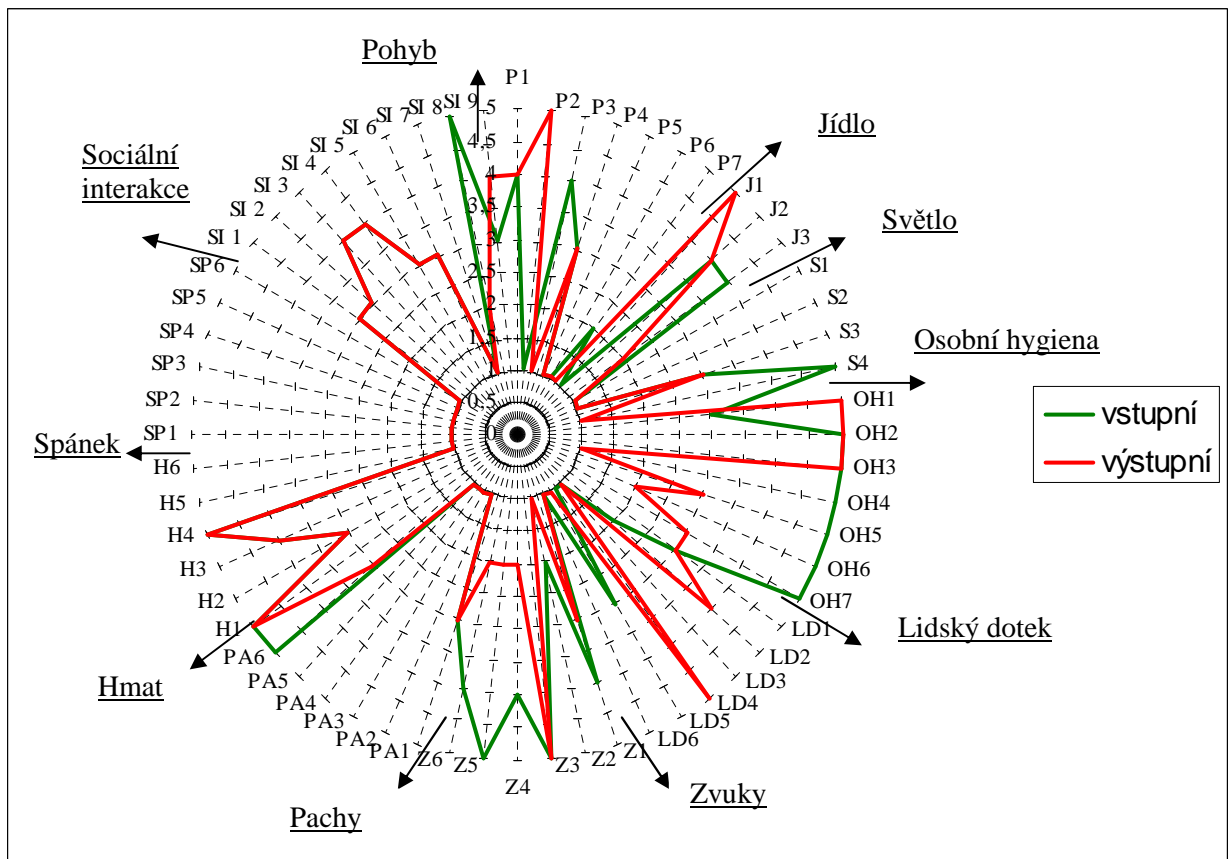


M. osobně znám již dva roky a z vlastní zkušenosti vím, že u M. postup není velký, ale je významný. Od roku 2004 rodiče dělají s M. Son rise program. M. byla v rámci HANDLE programu navržena GFCF dieta (bezlepková a bezmléčná). Z důvodu omezených finančních i časových možností rodičů M. tuto dietu nedrží, i když se rodiče snaží dodržovat bezmléčnou dietu a omezit lepek. Užívá chlorellu a lactobacily na podporu trávení. Minulý rok na podzim M. byla delší dobu téměř bez lepků a bylo vidět, jak velký vliv to na M. má. Měla pravidelné vyprazdňování, menší bolesti břicha, byla otevřenější na spolupráci, vydávala více zvuků.

Podle grafu, můžeme vidět jisté, že pokroky jsou. Hlavně v oblasti pohybu v chození po špičkách (P7) a ve vnímání vlastního těla a taky ve citlivosti na zvuky (Z3–Z6). Zlepšila se taky citlivost v obličeji a na hlavě, co se hlavně projevilo v osobní hygieně v oblasti obličeje (OH2-OH7).

Kdyby se podařilo u M. vytvořit optimální vnitřní prostředí a tak odbourat stress, který způsobují trávicí problémy a problémové vyprazdňování, M. by pravděpodobně udělala větší pokrok ve více oblastech.

## OD, chlapec, 5 let



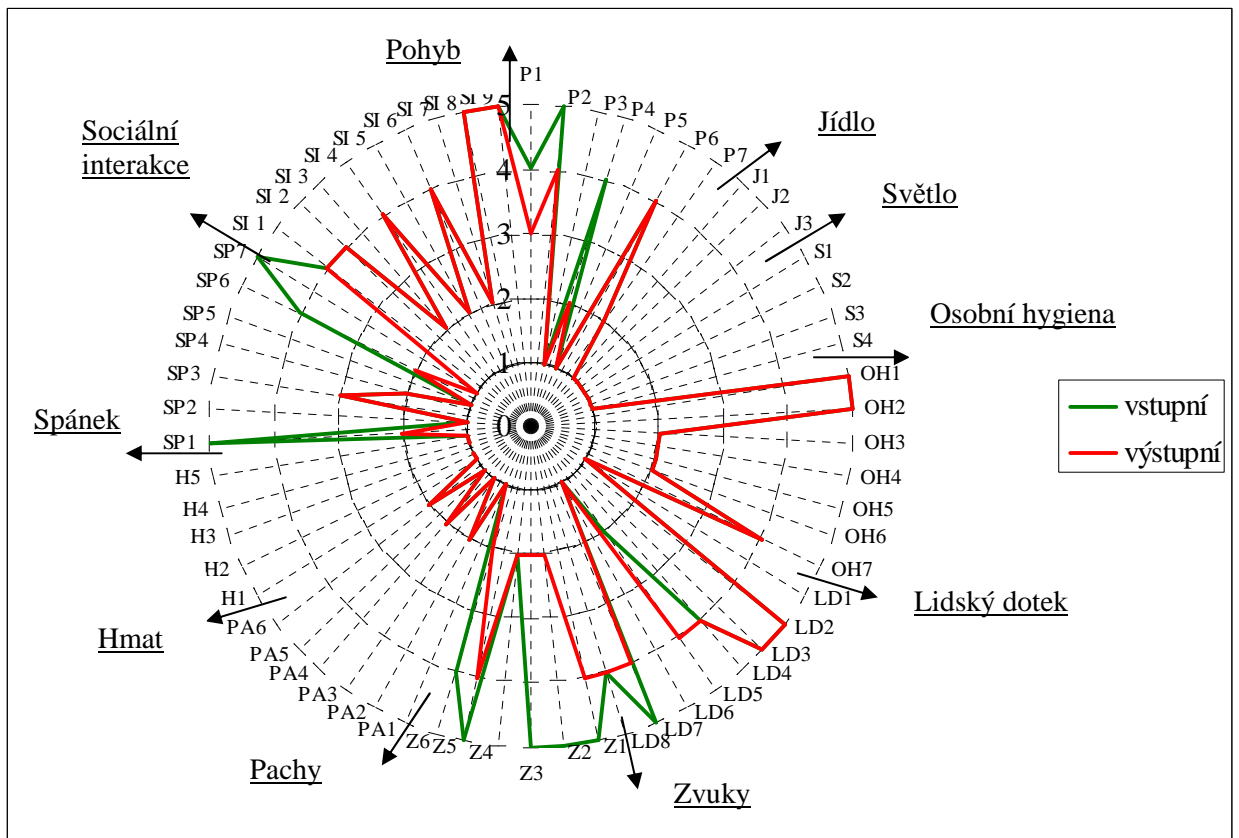
Komentář rodičů:

Absolutně nedokážeme říci, co zabralo, kdy a v jaké míře, ale Handle je určitě skvělá věc a byl rozhodně zásadní součástí O. života. O. od tří let stejně jako HANDLE dělá Son rise program, užívá suplementy od Šmardy a speciální bylinkové čaje, má přísnou dietu (GFCF, žádný cukr, ovoce..).

U O. je vidět obrovský postup, který ale nelze zachytit v tomto dotazníku. Např. to, že se objevilo velmi časté skákání (P2) je způsobeno tím, že se to O. naučil. Stejně tak, jako problémy s produkcí řeči, které jsou způsobeny tím, že O. do tří a půl let nemluvil, a teď se při mluvení soustředí, aby řekl přesně to, co chce říct a přesně tak, jak to chce říct.

V grafu můžeme vidět velké zlepšení v oblasti sluchového vnímání (Z4-Z6) a v taktálním vnímání v obličeji (OH4-OH7).

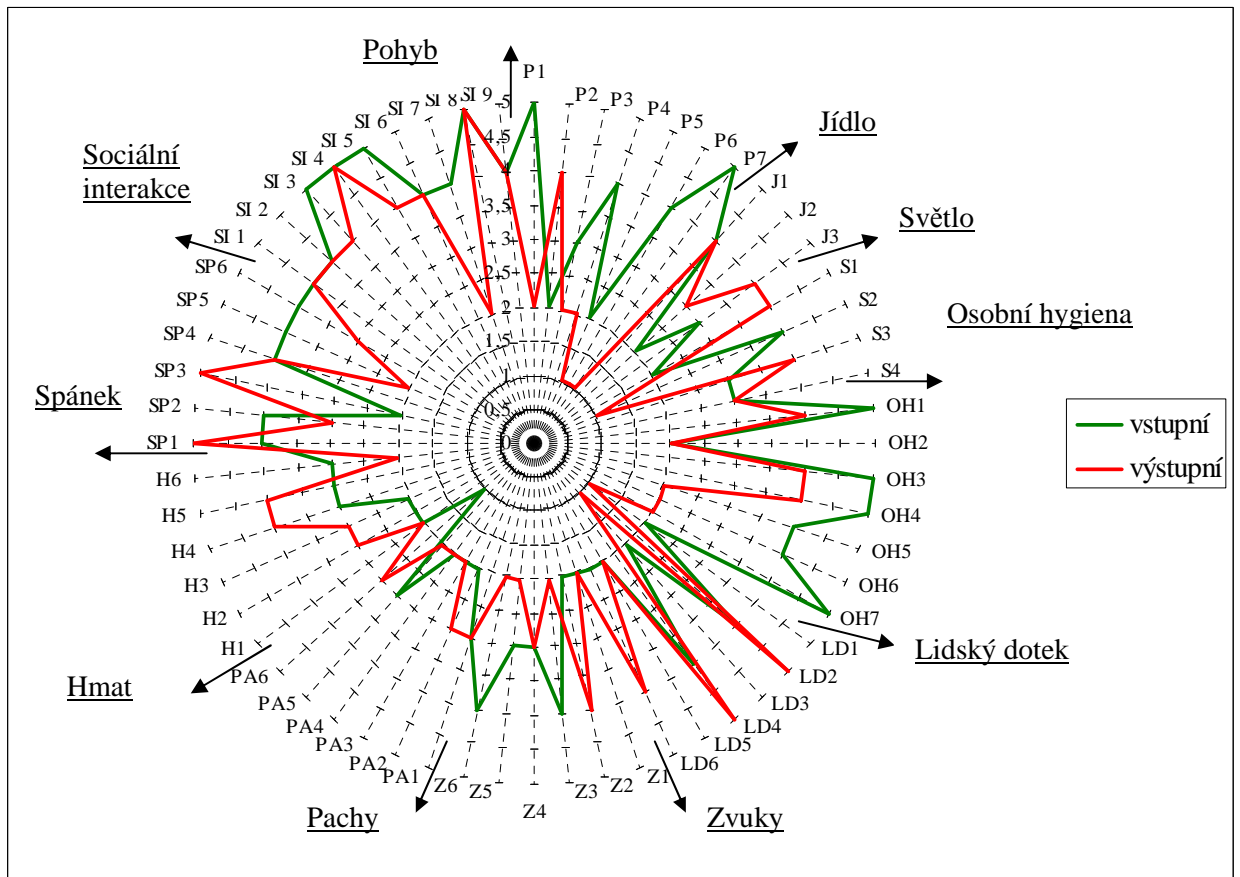
## MH, chlapec, 10 let



M. vyrůstá v rodině, kde panuje uvolněná atmosféra a plná akceptace dítěte, co velmi pomáhá M. v dalším rozvoji. M. taky chodí do školy, kde využívají strukturované učení a PECS (Picture Exchange Communication System) Od r. 2009 začali s GFCCF dietou, která měla a má na M. obrovský vliv. Každé menší narušení této diety působí i narušení ve fungování M. K tomu berou doplňky, které doporučuje HANDLE program všem – B6, magnesium, nenasycené mastné kyseliny).

I když značná část problémů u M. zůstala nezměněná, podle grafu můžeme u M. vidět zlepšení ve vnímání a přecitlivělosti na zvukové vjemy (Z1-Z3, Z5), které podle rodičů je silné. Silné zlepšení nastalo také v obtížích se spánkem (SP1, SP6-SP7)

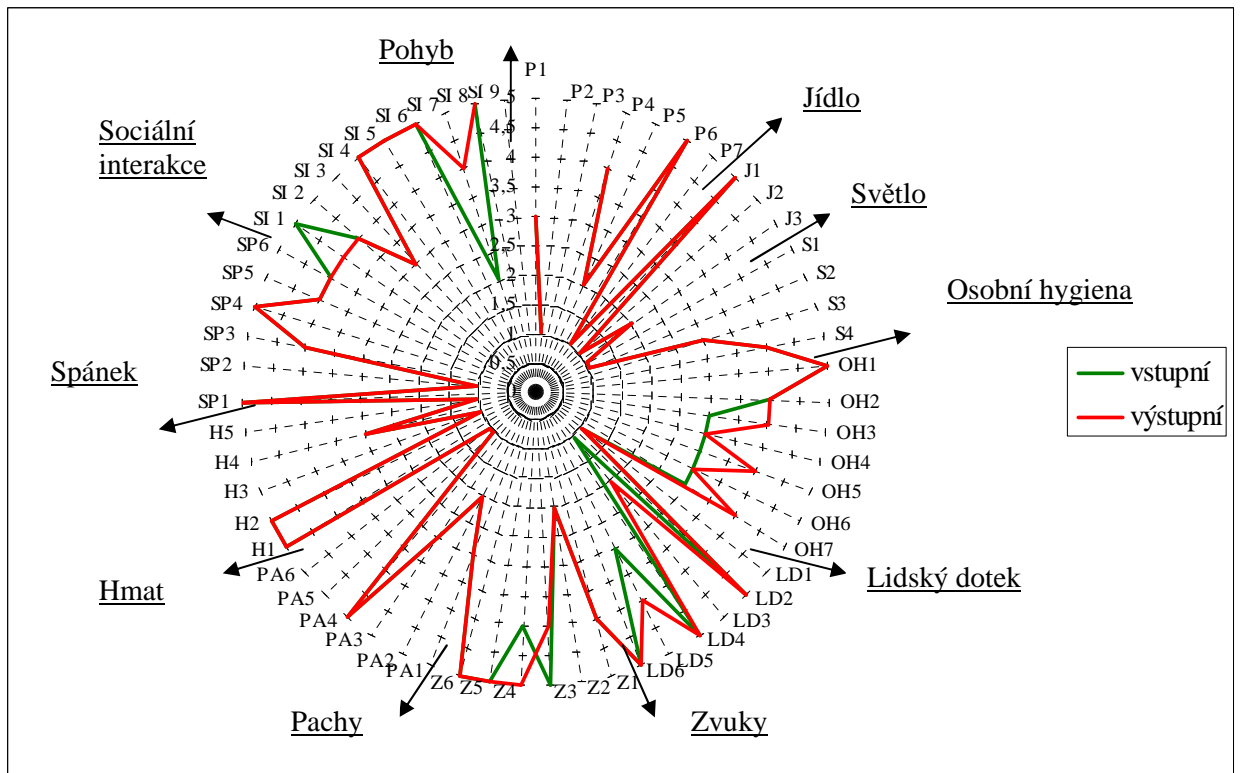
## TK, chlapec, 3 roky



T. podobně jako děti předtím má dietetická opatření. Má GFCF dietu a taky užívá již výše zmíněné suplementy (B6, magnesium, nenasycené mastné kyseliny) a další doplňky. Pracují taky se Son rise programem.

U T. můžeme vidět jak pokroky tak zhoršení v některých oblastech, některé věci se často mění (hlavně u čištění zubů OH7 a stříhání vlasů OH6) Např. v oblasti osobní hygieny můžeme vidět zásadní pokrok v položkách taktilního vnímání v obličeji (OH1, OH3-OH7). Jisté zlepšení je i ve sluchové oblasti (Z3-Z6) a v pohybové složce. (P1, P4-P7)

## VK, chlapec, 12 let



V. začínal se Son rise programem. Teď má GFCF dietu, která mu hodně pomáhá, ale musí ještě k tomu užívat enzymy, které mu pomáhají trávit jídlo. Dva roky užíval suplementy od Šmardy. V dochází na logopedickou kliniku i hipoterapii. Ve škole i doma používá VOKS (Výměnný obrázkový komunikační systém) Z důvodu přidruženého somatického postižení rodiče s V. dělají Bobath koncept.

Jak můžeme vidět na grafu, většina položek u V. nezměnila. Ale rodiče změny vidí. Jsou to změny, které dotazník nedokázal zachytit. Např. v oblasti sociální interakce je vidět zlepšení v porozumění řeči (SI 7), udržení pozornost (SI 1) nebo ve schopnosti porozumění úkolům a pokynům (SI 5)

Komentář rodičů k položce o stereotypním chování:

„Velmi mnoho tzv. autistických problémů je spíše navozena pedagogy. Např. chlapec má rád nové poznatky (knihy atd.) ale je veden ke stereotypnímu rozvrhu a plnění stále stejných úkolů. Vyžaduje-li se plnění dokola stejných činností – nedivím se, že nastávají potíže s dokončováním úkolů.“

České speciální školství stále s autisty zachází, na rozdíl od terapií, které přicházejí ze zahraničí (např. Handle), pod vlivem jakýchsi dogmat velmi nepěkně. Úplně chybí pojem „kvalita života“ dětí atd.“



## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo přiblížit problematiku poruch autistického spektra a seznámit čtenáře se základními myšlenkami a principy HANDLE přístupu. Teoretická část se zabývá problematikou poruch autistického spektra a popisuje základní principy HANDLE přístupu. Praktická část se zabývá rozborem dotazníků získaných od pěti rodin, které vstoupily do HANDLE programu. Porovnává získaná data před vstupem do HANDLE programu a po osmi měsících práce. I přes malý počet dotazníků, které byly k dispozici podařilo se získat velmi zajímavý základ pro praktickou část práce.

Z konečných výsledků je patrné, že u většiny dětí v některé ze zkoumaných oblastí postup je. Ale většina rodičů volí cestu všestranného přístupu k léčbě dítěte, tak je těžko prokazatelné, kde pomohl HANDLE přístup, kde jiná léčba. Ale podle výpovědí rodičů, se kterými jsem měla možnost se setkat, můžeme říct, že vnímají HANDLE přístup velmi pozitivně. Obecně se rodičům na HANDLE přístupu líbí jeho komplexní pojetí a možnost jednoduchých cvičení, které mohou provádět téměř kdykoliv a kdekoliv a některé aktivity si děti velmi oblíbily a občas je i samy vyžadují.

Jedinou nevýhodou HANDLE přístupu je snad větší finanční náročnost, takže si spousta rodičů nemůže dovolit sestavení HANDLE programu a taky to, že v České republice ani v Evropě není zatím dostatek vyškolených odborníků, kteří by mohli s HANDLE přístupem pracovat. Doufám, že si tato metoda najde své místo mezi všemi léčebnými přístupy, protože svým celostním a nesoudícím pojetím určitě může pomoci jak lidem s poruchou autistického spektra, tak s jiným postižením nebo problémem.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

**ATTWOOD, T.** Aspergerův syndrom. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-979-8.

**BEYER, J., GAMMELTOFT, L.** *Autismus a hra: příprava herních aktivit pro děti s autismem.* Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-157-3.

**BLUESTONE, J., BRENNER, L.** *Churkendoose Anthology: True Stories of Triumph over Neurological Dysfunction,* Seattle: The HANDLE Institute 2002.

ISBN 0-97202335-0-X

**BLUESTONE, J.** *Fabric of Autism: Weaving The Treads Into A Cogent Tudory,* Seattle: The HANDLE Institute, 2005. ISBN 0-9720235-2-6DE

**BLUESTONE, J.** *Základní Kurz HANDLE přístupu: Neurovývojové odlišnosti z perspektivy HANDLE přístupu,* Seattle: HANDLE Institute, 2002, Kurz:Komorní Lhotka 8.-9.11. 2008

**CLERCQ, H.** *Mami, je to člověk nebo zvíře?:Myšlení dítěte s autismem.* 1.vyd. Praha: Portál,s.r.o. 2007. ISBN:978-80-7367-235-5

**GILLBERG, CH., PEETERS, T.** *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty (Výchova a vzdělávání dětí s autismem).* 3.vyd. Praha: Portál,s.r.o. 2003. ISBN 978-80-7367-498-4

**HOWLIN, P.** *Autismus u dospívajících a dospělých : Cesta k soběstačnosti.* Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-041-0.

**HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V.** (eds.): *Dětský autismus: přehled současných poznatků.* Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-813

**JELÍNKOVÁ, M.** *Autismus I. Problémy komunikace dětí s autismem.* Praha: IPPP ČR, 1999.

**JELÍNKOVÁ, M.** *Autismus II. Problémy v sociálních vztazích dětí s autismem.* Praha: IPPP ČR, 2000.

**JELÍNKOVÁ, M.** *Autismus III. Problémy s představivostí u dětí s autismem.* Praha: IPPP ČR, 2000.

- JELÍNKOVÁ, M.** *Vzdělávání a výchova dětí s autismem.* Praha: UK, 2001. ISBN 80-7290-042-0.
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. 10. REVIZE.** *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka.* Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-44-1.
- PEETERS, T.** *Autismus: Od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci.* Praha: Scientia, 1998. ISBN 80-7183-114-X.
- PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M.** *Poradenská psychologie pro děti a mládež. 1.vyd. Praha: GRADA 2006. ISBN 80-247-1216-4*
- RICHMAN, S.** *Výchova dětí s autismem: Aplikovaná behaviorální analýza.* 1. vyd., Praha: Portál s.r.o., 2006. 127s. ISBN 80-7367-102-6
- SCHOPLER, E.** *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje: výchova a vzdělávání dětí s autismem.* Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-202-5.
- ŠVARCOVÁ, I.** *Mentální retardace (Vzdělávání, výchova, sociální péče).* 3.vydání, přepracované. Praha: Portál 2006. ISBN 80-7367-060-7
- THOROVÁ, K.** *Poruchy autistického spektra: Dětský autismus Atypický autismus Aspergrův syndrom Dezintegrační poruch).* Praha : Portál 2006. ISBN 80-7367-091-7.
- VERMEULEN, P.** *Autistické myšlení.* Praha: 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1600-3

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

**APLA** [online]. Asociace pomáhající lidem s autismem (cit.23.2.2010). Dostupný z WWW:

<http://www.prha.apla.cz>

**AUTISMUS** [online]. Portál o poruchách autistického spektra (cit. 21.2. 2010)

Dostupný z WWW: <http://www.autismus.cz/>

**ČESKÁ TELEVIZE** [online]. Milénium, i-vysílání, (cit. 21.2.2010). Dostupný z WWW:

<http://www.ct24.cz/vysilani/2009/05/11/10159875412-209411058030511-11:35-milenium/>

**HANDLE PŘÍSTUP** [online]. Stránky o HANDLE přístupu. (cit. 8.3. 2010).

Dostupný z WWW: <http://www.rozvijejse.cz/handle/index.htm>

**CHURKENDOOSE** [online]. The Churkendoose Project (cit. 10.3. 2010).Dostupný z:

<http://www.churkendoose.org/>

**NIHM** [online]. National Institute Of Mental Health (cit. 15.3. 2010). Dostupný z WWW:

<http://www.nimh.nih.gov/index.shtml>

**PSYCHOLÓGIA** [online]. Internetový časopis o psychologii (cit. 26.3.2010).

Dostupný z WWW: <http://www.i-psychologia.sk/>

**SON RISE** [online]. Son Rise Program Terapeut (cit. 8.3. 2010) Dostupný z WWW:

<http://www.srp-terapeut.cz/son-rise-program>

**THE HANDLE INSTITUTE** [online]. The HANDLE Institute in union with The HANDLE

Institute International, LLC, (cit. 10.3. 2010). Dostupný z WWW: <http://www.handle.org/>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1: Terminologické rozdíly MKN-10 a DSM-IV**

**Příloha č. 2: Odhad výskytu PAS v ČR**

**Příloha č.3: Diagnostická kritéria Aspergerova Syndromu podle MKN-10**

**Příloha č. 4: Trojklaný nerv**

**Příloha č. 5: Vzorový dotazník**

## PŘÍLOHY

### Příloha č. 1

Terminologické rozdíly MKN-10 a DSM-IV

MKN - 10 (1992)	DSM - IV (1994)
Dětský autismus (F84,0)	Autistická porucha
Atypický autismus (F84,1)	Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná
Aspergerův syndrom (F84,5)	Aspergerova porucha
Jiná desintegrační porucha v dětství (F84,3)	Desintegrační porucha v dětství
Rettův syndrom (F84,2)	Rettova porucha
Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84,4)	-
Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84,8)	Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná
Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84,9)	Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná

Tab.1. Terminologické rozdíly (Hrdlička, Komárek, 2004, s.15)

## Příloha č. 2. Odhad výskytu PAS v ČR

<b>Diagnóza podle MKN-10</b>	<b>Počet osob žijících v ČR</b>	<b>Počet narozených dětí ročně</b>
Dětský autismus (F84.0)	15 000	135
Atypický autismus, pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná	30 000	270
Rettův syndrom (F84.2)	1000	9
Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3)	100	0,9
Aspergerův syndrom (F84.5)	15 000	135
PAS (poruchy artistického spektra)	60 000	540

Tab 2. Odhad výskytu poruch v ČR (Thorová, 2006, s.226)

### Příloha č. 3

#### Diagnostická kritéria Aspergerova Syndromu MKN-10 (Světová zdravotnická organizace),

1993

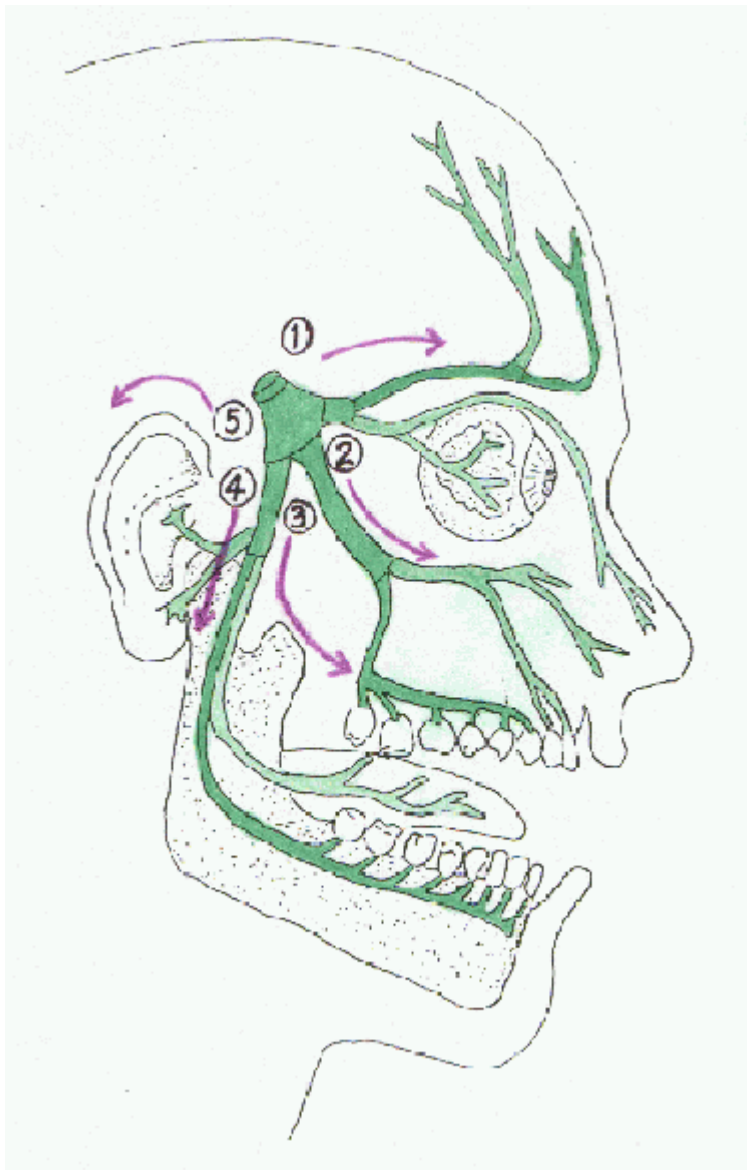
1.	Kvalitativní narušení sociální interakce	· AS je charakterizován stejným typem kvalitativních poruch sociální interakce jako autismus
2.	Omezené, opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity	· stejný obraz jako u autismu
3.	Porucha způsobuje klinicky významné poruchy v oblasti sociálního a profesního fungování i v dalších významných životních situacích	
4.	Není opožděný vývoj řeči	· první slůvka před druhým rokem · věty s komunikačním významem před třetím rokem
5.	Kognitivní vývoj (intelekt) je v normě, sebeobslužné dovednosti jsou přiměřené věku, stejně jako adaptivní chování (kromě sociálního) a explorativní chování motivované zvědavostí	
6.	Dyspraxie (nemotornost) - pouze v MKN)	· není podmínkou diagnózy

Tab. 3. Kritéria pro Aspergerův syndrom (Thorová, 2006, str. 186)



## Příloha č. 4

### Trojklaný nerv



(zdroj: [www.handle.org](http://www.handle.org))

## Příloha č. 5

### Vzorový dotazník

Dotazník pro bakalářskou práci na téma využití HANDLE přístupu u dětí s PAS (Poruchy Autistického Spektra)

- 1 silný nesouhlas
- 2 spíše ne
- 3 nevím
- 4 spíše ano
- 5 silný souhlas

<b>Pohyb</b>		Poznámky
1. Chce pokračovat v houpání, točení, apod.	1 2 3 4 5	
2. Často skáče	1 2 3 4 5	
3. Vyhýba se většině pohybů	1 2 3 4 5	
4. Běhá spíše než chodí	1 2 3 4 5	
5. Vráží do věcí/lidí jež stojí v cestě	1 2 3 4 5	
6. Bouchá hlavou, třepe rukama, apod.	1 2 3 4 5	
7. Často chodí po špičkách	1 2 3 4 5	

<b>Jídlo</b>		Poznámky
1. Je vybíravý(á) v jídle	1 2 3 4 5	
2. Potřebuje, aby byly jednotlivé druhy jídla od sebe odděleny	1 2 3 4 5	
3. Polyká jídlo bez žvýkání	1 2 3 4 5	

<b>Světlo</b>		Poznámky
1. Vadí světlo obecně	1 2 3 4 5	
2. Hraje si pod stolem ve „stanech“	1 2 3 4 5	
3. Dává přednost kontrastním barvám	1 2 3 4 5	
4. Tře si oči po zrakové práci	1 2 3 4 5	

<b>Osobní hygiena</b>		Poznámky
1. Rád(a) se koupe	1 2 3 4 5	
2. Nemá rád mytí vlasů	1 2 3 4 5	
3. Nemá rád(a) mytí obličeje	1 2 3 4 5	
4. Nemá rád(a) česání vlasů	1 2 3 4 5	
5. Nemá rád(a) stříhání nehtů	1 2 3 4 5	
6. Nemá rád(a) stříhání vlasů	1 2 3 4 5	
7. Nemá rád(a) čištění zubů	1 2 3 4 5	

<b>Lidský dotek/kontakt</b>		Poznámky
1. Nemá rád(a) lehký dotek	1 2 3 4 5	
2. Má rád(a) pevné obětí/stisky/doteky	1 2 3 4 5	
3. Bije/kope/strká ostatní	1 2 3 4 5	
4. Potřeba sedět na klíně, tulit se	1 2 3 4 5	
5. Neudrží zrakový kontakt	1 2 3 4 5	
6. Má tendence nadměrně se dotýkat ostatních lidí	1 2 3 4 5	

<b>Zvuky</b>		Poznámky
1. Vadí zvuky obecně	1 2 3 4 5	
2. Vadí vysoké zvuky	1 2 3 4 5	
3. Vadí hlasité zvuky	1 2 3 4 5	
4. Přestává vnímat konverzace a pokyny	1 2 3 4 5	
5. Dává si ruce na uši	1 2 3 4 5	
6. Má odpor k přelidněnému, hlučnému prostředí	1 2 3 4 5	

<b>Pachy</b>		Poznámky
1. Vadí silné pachy	1 2 3 4 5	
2. Nejprve jídlo očichá, než jej ochutná	1 2 3 4 5	
3. Čichá ke většině objektů	1 2 3 4 5	
4. Čichá k vlasům a oblečení jiných lidí	1 2 3 4 5	
5. Vadí pachy při vaření či v restauracích	1 2 3 4 5	
6. Zdá se, že je necitlivý(á) vůči pachům obecně	1 2 3 4 5	

<b>Hmat</b>		Poznámky
1. Vadí cedulky/štítky na oblečení	1 2 3 4 5	
2. Nemá rád(a) syntetické tkaniny	1 2 3 4 5	
3. Svléká celé oblečení nebo některé části	1 2 3 4 5	
4. Nemá rád(a) švy na ponožkách, volné gumy	1 2 3 4 5	
5. Potřebuje spát pod těžkou přikrývkou	1 2 3 4 5	
6. Má potřebu se nadměrně dotýkat předmětů	1 2 3 4 5	

<b>Spánek</b>		Poznámky
1. Má problémy s usínáním obecně	1 2 3 4 5	
2. Potřebuje hudbu k usnutí	1 2 3 4 5	
3. Obtíže při usínání ve tmě	1 2 3 4 5	
4. Probudí se při zvuku/světle	1 2 3 4 5	
5. Často se v noci probouzí	1 2 3 4 5	
6. Potřebuje další osobu v posteli, aby usnul(a)	1 2 3 4 5	

<b>Sociální interakce, sociální chování</b>		Poznámky
1. Potíže s udržení pozornosti ve škole/doma	1 2 3 4 5	
2. Potíže s dokončením úkolu	1 2 3 4 5	
3. Potíže se změnami/přechody	1 2 3 4 5	
4. Potíže se sezením v klidu doma/ve škole	1 2 3 4 5	
5. Potíže následovat pokyny	1 2 3 4 5	
6. Potíže zorganizovat si vlastní věci	1 2 3 4 5	
7. Potíže s porozuměním řeči (receptivní složka řeči)	1 2 3 4 5	
8. Potíže s produkcí řeči (expresivní složka řeči)	1 2 3 4 5	
9. Projevuje se stereotypní chování (točení, kývání..)	1 2 3 4 5	

**Anotace bakalářské práce****Příjmení a jméno:** Tobolová Beata**Katedra:** Ústav speciálněpedagogických studií UP Olomouc**Název práce:**

Využití HANDLE přístupu u dítěte s PAS (Poruchy autistického spektra)

**Název v angličtině:**

Taking advantage of HANDLE in the child with ASD (Autism Spectrum Disorders)

**Vedoucí práce:** prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.**Počet stran:** 53**Počet příloh:** 5**Počet titulů použité literatury:** 21**Počet pramenů:** 9**Anotace práce:**

Bakalářská práce je zaměřena na využití HANDLE přístupu u dětí s poruchou autistického spektra. Teoretická část se zaměřuje na obecné informace o poruchách autistického spektra a popisuje základní principy HANDLE přístupu. Praktická část je věnována vyhodnocení a srovnání získaných poznatků.

**Klíčová slova:** HANDLE<sup>®</sup> přístup (Holistický Přístup k Neurovývoji a Efektivitě Učení)

Autismus

PAS (Poruchy Autistického Spektra)

Triáda postižení u PAS - komunikace, sociální interakce a představitost

**Anotace v angličtině:**

The aim of the Bachelor thesis is taking advantage of the HANDLE approach in children with autistic spectrum disorder. Theoretical part of the thesis focuses on general information about the autistic spectrum disorders and describes fundamental principles of the HANDLE approach. Practical part is devoted to evaluation and comparison of gained knowledge.

**Klíčová slova v angličtině:** HANDLE<sup>®</sup> (Holistic Approach to NeuroDevelopment &

Learning Efficiency)

Autism

ASD (Autism Spektrum Disorders)

Triad of impairment in ASD - communication, social interaction and imagination