

MASARYKOVA UNIVERZITA

Pedagogická fakulta

Diplomová práce

Brno 2010

Petra Kosová

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

**ALTERNATIVNÍ TERAPIE U JEDINCŮ
S TĚŽKÝM ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

Diplomová práce

Brno 2010

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Dagmar Opatřilová, Ph. D.

Vypracovala:

Bc. Petra Kosová

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Souhlasím, aby má práce byla uložena a zpřístupněna ke studijním účelům.

Bc. Petra Kosová

.....

podpis

Děkuji PhDr. Dagmar Opatřilové, PhD. Za vedení a cenné rady při zpracovávání diplomové práce.

Alternativní terapie u jedinců s těžkým zdravotním postižením

Obsah

Úvod.....	6
1 Těžké zdravotní postižení.....	8
1.1 Vymezení pojmu těžké zdravotní postižení a pojem zdraví.....	8
1.2 Etiologie a klasifikace kombinovaných vad.....	13
1.3 Stručná charakteristika vybraných postižení.....	20
1.4 Psychologické zvláštnosti u jedinců s TZP, možnosti podpory a zajištění potřeb.....	29
2 Alternativní terapie.....	32
2.1 Historie.....	32
2.2 Členění alternativních terapií.....	34
2.3 Terminologie.....	37
2.4 Příčiny užívání alternativních terapií u jedinců s TZP.....	39
3 Vybrané terapie užívané u jedinců s TZP.....	41
3.1 Nit'ová akupunktura.....	41
3.2 Synergická reflexní terapie.....	44
3.3 Animoterapie.....	46
3.4 Další vybrané terapie (CST, Adeli).....	52
4 Využití vybraných terapií.....	56
4.1 Cíl DP, metodologie.....	56
4.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	58
4.3 Prezentace a rozbor kazuistických studií.....	59
4.4 Shrnutí a doporučení pro pedagogickou praxi.....	89
Závěr.....	95
Resume.....	97
Seznam literatury.....	98

Úvod

Rodina dítěte s těžkým zdravotním postižením se prakticky denně potýká s problémy spojenými s vývojem jejich těžce zdravotně postiženého dítěte. Denní rutinou se jim stává pravidelná rehabilitace, která se po určitém čase stává stereotypní a také může nastat situace, kdy přestává být účinná. Právě toto uvědomění a zjištění se stává zklamáním pro rodiče a nachází se opět na pomyslné křižovatce: „Tudy cesta nevede a kudy dál?“.

Možnosti tradiční rehabilitace nejsou bezednou studnicí terapií a také nejsou spásnou metodou pro každého jedince. Na světě existuje množství podpůrných alternativních terapeutických metod, které je možné kombinovat s tradičními metodami.

Základy alternativních terapií spadají do daleké historie, ale jsou i nové metody, které jsou dnes využívány a které se mohou někdy v budoucnosti stát součástí uznávané ucelené péče o jedince s těžkým zdravotním postižením.

Alternativní terapie jsou určitou výzvou a nadějí pro rodiče dítěte s kombinovaným postižením, které mohou podpořit psychomotorický vývoj a zlepšit tak kvalitu života celé rodiny. Právě toto mě, jako matku těžce zdravotně postiženého dítěte, vede k výběru tématu diplomové práce a tím podání ucelenějších informací v dalších možnostech léčby jedinců s těžkým zdravotním postižením.

Všechny uvedené terapie jsem osobně absolvovala v určitém časovém období, a proto mohu objektivně hodnotit jejich účinnost a také následně doporučit k dalšímu využití. Mnou získané zkušenosti mohou být prospěšné pro odbornou i laickou veřejnost.

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit možnost využití alternativních terapií u jedinců s těžkým zdravotním postižením, které mohou svými účinky a svým působením přispět k celkovému zlepšení zdravotního stavu.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola se věnuje vymezení pojmu těžkého zdravotního postižení a pojmu zdraví, jejich etiologii a klasifikaci. Dále jsou v kapitole podrobněji popsány vybrané druhy postižení a psychologické zvláštnosti těchto jedinců. Druhá kapitola je věnována alternativním terapiím se zaměřením na historický rozbor, členění terapií, terminologii a také možnosti

využití u jedinců s těžkým zdravotním postižením. Poslední kapitola teoretické části je věnována vybraným terapiím, jejich charakteristice a možnostem využití. Druhá a třetí kapitola teoretické části byly poměrně časově náročné z důvodu dostupnosti literatury, která je ve většině případů v anglickém jazyce.

Praktická část se věnuje využití vybraných terapií u jedinců s těžkým zdravotním postižením a to konkrétně využití nit'ové akupunktury, synergické reflexní terapie, delfinoterapie jako druhu animoterapie u výše uvedených jedinců a možnost využití těchto terapií jako podpůrných psychopedagogických metod. Jedná se o kvalitativní šetření, které bylo realizováno za použití dokumentové techniky (sběr informací, překlady anglických textů a rozbor internetových zdrojů, studium zdravotní a pedagogické dokumentace a analýza výsledků). Metody přímé zahrnují využití experimentu jako osobní zkušenosti a následného ověření postupů a výsledků a dále pozorování jako sledování jednotlivců v určitém časovém úseku. Z metod nepřímých bylo využito rozhovoru s rodiči jednotlivců a také rozhovoru s pedagogy a odborníky. Efekt jednotlivých terapií je podrobně hodnocen ve třech oblastech, konkrétně jde o oblast komunikace, oblast hrubé motoriky a oblast sociálních dovedností.

1 Těžké zdravotní postižení

1.1 Vymezení pojmu těžké zdravotní postižení a pojem zdraví

Pojem zdraví

Každý jedinec v naší společnosti touží po vysněném zdraví, ale co vlastně slovo zdraví znamená. Je to velmi relativní pojem a je vlastní každé osobě. Původní význam slova zdraví v řečtině i latině znamená celek, holismus v holistickém pojetí jako organizmus či společnost.

Nejčastěji a celosvětově užívanou definicí zdraví je definice dle WHO. Světová zdravotnická organizace WHO (World Health Organization) vymezila pojem zdraví jako stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, který nesestává jen z absence nemoci nebo vady. Touto definicí je v dnešní době klasifikováno 70 - 95 % lidí jako nezdravých.

Zdraví může být negativně také definováno jako absence nemoci, funkcionálně jako schopnost vyrovnat se s denními aktivitami, nebo pozitivně jako způsobilost a pohoda v balancu (vyrovnalosti). Jde o určitý stav rovnováhy příjmu a výdeje energie a látky (s možností růstu). Zdraví značí také určité dobré vyhlídky na trvalý prožití (www.sestra.org). Determinanty lidského zdraví jsou vnější a vnitřní. Mezi vnější vlivy (neovlivnitelné) patří genetický základ, vrozené dispozice, věk a pohlaví. Mezi vnitřní vlivy (ovlivnitelné) patří životní styl každého jedince, životní prostředí a také lékařská péče, která je poskytována v dané zemi. Životní styl je významným ukazatelem každého jedince. Prvky životního stylu jsou výživa a pohybová aktivita, kouření a konzumace návykových látek, hygienické návyky (vztah k infekčním chorobám), stress a psychosociální faktory, sexuální chování jedince, práce a podmínky práce také schopnost relaxace a odpočinku (Kebza, V., 2001).

Z posledních epidemiologických studií vyplývá, že nejvíce ovlivňuje zdraví nevhodný způsob života (kuřáctví, nepřiměřená strava, nedostatečný pohyb, psychická zátěž, alkohol, drogy a nevhodné sexuální chování) a to v 50-60 %.

Dále to jsou životní a pracovní prostředí v 10-20 % a také v 10 % nesprávná nebo nevhodně zaměřená lékařská péče (Mužíková, L. in www.ped.muni.cz).

WHO uvádí žebříček faktorů dle významu, které se spolupodílejí na úmrtí:

- Kouření a nadměrná konzumace alkoholu, závislost na drogách
- Nadváha a nedostatek pohybu
- Pracovní rizika a nezaměstnanost
- Nedostatek zeleniny a ovoce ve výživě
- Přemíra živočišných tuků ve výživě
- Chudoba
- Dopravní úrazy exhalace v ovzduší

Tyto faktory jsou téměř všechny ovlivnitelné každým jedincem, a proto je nutné zdůraznit potřebu zlepšení a výrazného pozměnění životního stylu každého z nás (www.who.int).

Pojem postižení

„Pojem postižení je původně jedním ze základních pojmových kategorií v somatopedii (pro osoby nemocné a zdravotně oslabené). V současnosti se používá jako souhrnné označení pro všechny vady či poruchy, defekty a anomálie“ (Defektologický slovník, 2000).

Dřívější pojetí postižení vycházelo z teorie profesora Sováka, M. (1986), které bylo zaměřeno spíše na diagnostiku primárního a sekundárního defektu, což je dnes již překonáno. V dnešní době není na jedince, u kterých se vyskytují současně dvě a více postižení, nahlíženo pouze tak, jako by se jednalo o pouhý součet postižení, kdy můžeme v pedagogice využít kombinace speciálních metod a přístupů podle daného postižení. V současnosti vycházíme z přístupu, že se nejedná pouze o sčítání daných postižení, ale jde o zcela nový přístup a kvalitu z hlediska speciálně pedagogické diagnostiky, což zahrnuje speciálně pedagogická opatření, intervenci a koncipování a realizaci edukačního procesu (Ludíková, L., 2005).

Zda hovoříme o postižení, je nutné uvést pojmy, které jsou již užívány v rámci pedagogiky, zdravotnictví, ale také v jiných oborech. Otázkou je však, zda tyto pojmy užíváme ve správném slova smyslu, tak jak byly publikovány Světovou Zdravotnickou Organizací (WHO) v roce 1980 (Jankovský, J., 2001).

Pojmy jsou součástí „Mezinárodní klasifikace poškození, omezení a postižení“ (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH, 1980), kterou nahradila „Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví“ (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, 1998).

Definice dle WHO z roku 1980 rozlišuje mezi poškozením, omezením a postižením, což je výhodou v oddělení tří dílčích procesů. Existující poškození tělesné, smyslové nebo mentální a pro jedince nemusí bezpečně znamenat omezení všech jeho schopností a dovedností. V roce 1998 došlo k nahrazení pojmu poškození (impairment), omezení (disability) a postižení (handicap) novými pojmy, které jsou poškození, aktivita a participace (účast). WHO tak vytvořila mezinárodní klasifikaci funkčnosti, postižení a zdraví (ICF). ICF popisuje kvalitu života lidí žijících se zdravotním postižením. Jedná se o klasifikaci zdraví a zdravotních oblastí, které popisují jednotlivé tělesné funkce, stav tělesných struktur jedince, aktivitu a účast na životě společnosti. Oblasti jsou tedy tříděny jako oblast tělesná, individuální a sociální, kde jsou zahrnuty též faktory prostředí (srov. Opatřilová, D., 2009; Bartoňová, M., Vítková, M., 2007).

Nový přístup ke klasifikaci WHO směřuje k umožnění samostatnějšího života osob s poškozením při rozsáhlé společenské integraci.

Pojem těžké zdravotní postižení

Terminologie těžkého zdravotního postižení není doposud zcela vymezena v pedagogické praxi. Je využíváno mnoho definic, které jsou vlastní jejich autorům. Za těžké zdravotní postižení se považuje zvláště těžká forma některého druhu postižení, které omezuje člověka v některé ze složek osobnosti. Dřívější Sovákovo pojetí o primárním a sekundárním defektu je již překonáno. V současném pojetí speciální pedagogiky se vychází z poznatku, že se nejedná o pouhý součet postižení, ale o zcela novou kvalitu, která vyžaduje odlišné pojetí ve všech směrech (srov. Ludíková, L., 2005; Vítková, M., 2004).

Vítková M. (2004) uvádí, že těžké postižení je komplex omezení člověka ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech, které podstatně omezuje a pozměňuje schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také komunikační a sociální. U jedinců s těžkým zdravotním postižením se jedná o postižení celistvosti člověka v jeho životě, které jej omezuje v takové míře, že nelze ve většině oblastí dosáhnout hranice normy v běžném mezilidském styku. Těžké postižení omezuje základní kontakt mezi dvěma lidmi a je určitým omezením pro zúčastněné strany. V naší zemi patří mezi nejvíce využívané termíny vícenásobné postižení, kombinované postižení, těžké mentální postižení a kombinované vady. V literatuře můžeme nalézt terminologii Sovákovu (1986) a také Vítkové (2004, 2006), a dalších. V anglicky mluvících zemích se běžně využívají termíny multiple handicap (vícenásobné postižení) a severe/multiple disabilities (těžké vícenásobné postižení). V němčině se využívá termín schwerstmehrfachbehinderung, což v překladu znamená vícenásobné postižení. Na Slovensku se využívají termíny vícenásobné postihnutie a viaceré vady (Ludíková, L., 2005).

Těžké postižení v terminologii MŠMT

Podle zákona č. 561/2004 Sb., je jedinec s těžkým zdravotním postižením považován za jedince se speciálními vzdělávacími potřebami. §16, odst. 1 říká, že dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se *zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.*

Zdravotní postižení – je v rámci tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování

Zdravotní znevýhodnění – je v rámci tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání

Sociální znevýhodnění – je v rámci tohoto zákona rodinné prostředí s nízkým sociokulturním postavením a ohrožení sociálně patologickými jevy. Další jsou

nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova a také postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území naší republiky.

Školský zákon dále neposkytuje možnost zbavení povinné školní docházky, která byla v minulosti hojně využívána. Zákon říká, že všechny děti jsou vzdělavatelné, mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich možnostem a potřebám, za vytvoření podmínek, které jejich vzdělávání umožní (Zákon 561/2004 Sb.).

V legislativě Ministerstva školství je podle vyhlášky 73/2005 Sb. za žáka s těžkým zdravotním postižením považován žák s těžkým zrakovým postižením, těžkým sluchovým postižením, těžkou poruchou dorozumívacích schopností, hluchoslepí, se souběžným postižením více vadami, s autismem, s těžkým tělesným postižením, či hlubokým mentálním postižením (Vyhláška MŠMT 73/2005 Sb., st. 503).

- *skupina kombinovaných vad* – dominantní je mentální retardace, kam řadíme smyslové vady, řečové vady, psychická onemocnění, autismus, tělesné postižení na bázi dětské mozkové obrny

- *skupina je kombinací tělesných, smyslových a řečových vad* – specifickou skupinou jsou děti hluchoslepé

- *skupina jedinců s autismem a autistickými rysy* – u těchto jedinců jsou také diagnostikovány další postižení jako např. mentální retardace, smyslové vady, řečové vady, tělesné vady (sec. cit. Teplá in Hanák a kol. 2005).

Věstník MŠMT ČR č. 8/1997 pod j. č. 25602/97-22 uvádí vymezení kombinovaného postižení takto:“ *Za postiženého jedince více vadami se považuje dítě, respektive žák postižený současně dvěma nebo více vadami na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu. Za provedení speciálně pedagogické diagnostiky odpovídá speciálně pedagogické centrum (případně pedagogicko psychologická poradna), zařazené do sítě škol, předškolních zařízení a školských zařízení MŠMT ČR.*“

1.2 Etiologie a klasifikace kombinovaných vad

Etiologie

Etiologie kombinovaných vad je velmi rozmanitá. V mnoha případech dochází ke kombinaci příčin čili k seskupení škodlivých vlivů. To znamená, že mnoho případů nemá monokauzální příčinu. Etiologie kombinovaného postižení může být také nejasná. Kombinované vady vznikají v různých vývojových etapách a způsobují různé projevy, příznaky poruch či narušení a deficity. Lze říci, že příčiny vzniku kombinovaných vad je možno hledat ve všech vývojových fázích, přičemž nejtěžší a nejčastější příčinou vzniku kombinovaného postižení jsou prenatální příčiny a předčasné narození dítěte. V mnoha případech se jedná o děti s nízkou porodní hmotností, které by v minulých letech nebyly schopny přežití (Kraus, J., 2005).

K dalším nejčastějším příčinám vzniku kombinovaného postižení patří genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace plodu, vývojové poruchy, poškození mozku a centrální nervové soustavy, metabolické poruchy a nutriční činitelé, indikace psychického charakteru, traumata, neznámé příčiny a kombinace příčin. Toto platí pro prenatální, perinatální a postnatální vývojové období. Některé diagnózy předpokládají výskyt kombinovaného postižení. Jsou to např. Dětská mozková obrna, fetální alkoholový syndrom, Wolfův syndrom, Edwardsův syndrom, Downův syndrom a mnoho dalších (srov. Vítková, M., 1998; Ludíková, L., 2005; Opatřilová, D., 2005).

Nejčastější výskyt kombinovaných postižení je vázán na poškození mozku a centrální nervové soustavy. Mnohdy je uváděna souvislost těžkého postižení s mentální retardací, která bývá základním symptomem postižení. Někteří autoři se přiklání k výskytu kombinovaného postižení mezi 0,1 – 1 % v populaci a jiní 2 - 2,5 % (Opatřilová, D., 2005).

Etiologie kombinovaných vad z pohledu psychopedie a somatopedie

Etiologie z hlediska časového působení

Obecně můžeme říci, že ke vzniku kombinovaného postižení vede celá řada faktorů, které se různě podmiňují, prolínají a také spolupůsobí. Tyto faktory mohou působit ve všech etapách vývoje. V období prenatálním (období před porodem), v období perinatálním (období při porodu) a také postnatálním (po porodu). Přičemž nejtěžší kombinovaná postižení vznikají v období prenatálním tj. v období těhotenství.

Prenatální příčiny (v období od početí do porodu) – toto období je dále děleno:

a) Blastopatie – dochází k poškození zárodku, které může být vyvoláno infekcí, různými jedy, nesprávnou výživou a také zářením. Dochází ke vzniku různých syndromů.

b) Embriopatie – dochází k poškození zárodku v období od 15. dne do konce 3. měsíce těhotenství tj. v období vývoje důležitých orgánů. Embriopatie může být *psychogenní* (způsobena emocionálními změnami matky), *karenční* (špatná výživa) a také *toxická* (radiační záření, léky).

c) Fetopatie – dochází k poškození ve fetální období tj. po 3. měsíci těhotenství - které může být způsobeno nemocí matky (diabetes, onemocnění štítné žlázy).

Perinatální příčiny (období těsně před porodem, během a těsně po porodu) – mohou se vyskytovat poruchy krevního oběhu, hypoxie a asfyxie, novorozenecká žloutenka a také může dojít k mechanickému poškození mozku.

Postnatální příčin (po narození) – může dojít ke krvácení do mozku, záněty mozku, nádorové onemocnění, demence v pozdějším věku (srov. Kozáková, Z. in Ludíková. L., 2005; Kraus, J., 2005).

Etiologie z hlediska doby vzniku

Dle doby vzniku rozlišujeme postižení vrozené a získané. Získané kombinované postižení je takové, které vzniklo v průběhu života jedince např. následkem úrazu, nádorového onemocnění a infekce či vzniklo jako progresse základního postižení.

Etiologie z hlediska působení vlivů

Kombinované vady mohou mít příčiny endogenní (vnitřní) a také exogenní (vnější). Mezi endogenní příčiny řadíme vlivy dědičné (hereditární), které jsou způsobeny genovými mutacemi. Mezi exogenní faktory jsou řazeny anorganické příčiny (mechanické působení, záření, jedy a léky), dále biologické příčiny (viry, bakterie, soužití matky a plodu) a také psychosociální (negativní vlivy výchovy) (Ludíková, L., 2005).

Klasifikace kombinovaných vad

Klasifikace osob s kombinovaným postižením představuje nejsložitější skupinu, která je stále poměrně nejméně propracovanou oblastí speciální pedagogiky. Klasifikací kombinovaných vad se zabývá mnoho autorů, některé klasifikace jsou s oblibou v dnešní době užívány.

Lányiová, R. uvádí dělení do dvou kategorií. Do první skupiny jsou řazeni jedinci, u kterých dochází k vrstvení postižení. Tedy dochází k tomu, že u primárně vzniklého postižení se vlivem postižení a dalších vlivů, které nastávají v kontaktu se společností, dochází k rozvinutí dalšího sekundárního postižení. Druhou skupinu tvoří jedinci s více primárními postiženími, přičemž připouští, že nedochází ke sčítání důsledků, ale ke vzniku nové kvality (sec. cit. Lányiová, R. in Ludíková, L., 2005).

Tříděním kombinovaných vad se zabývá ve své práci také Jesenský, J., který využívá principu dominantního postižení. Jesenského třídění je rozděleno do osmi skupin:

- 1) slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení
- 2) mentální postižení s tělesným postižením
- 3) mentální postižení se sluchovým postižením
- 4) mentální postižení s chorobou
- 5) mentální postižení se zrakovým postižením
- 6) mentální postižení s obtížnou vychovatelností
- 7) smyslové a tělesné postižení

8) postižení řeči se smyslovým postižením, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou (Jesenský, J., 2000).

Vančová, A. při klasifikaci vychází z projevů osob s kombinovanými vadami a jejich dopadů na proces rozvoje osobnosti a socializaci. Zaměření klasifikace je z hlediska míry potřeby speciálních výchovných a vzdělávacích opatření. Kombinované vady klasifikuje do dvou skupin. První skupinu tvoří jedinci tzv. lehce vícenásobně postižení, kteří na základě výchovy a vzdělávání na běžné či základní škole, jsou schopni poměrně samostatně zvládat běžný život a dosáhnou průměrnou kvalitu života, včetně kvalifikace pro pracovní zařazení (např. formou podporovaného zaměstnávání). Druhou skupinu tvoří jedinci s tzv. těžkým vícenásobným postižením, kteří na základě speciální výchovy a vzdělávání jsou schopni dosáhnout zvládnutí pouze základních praktických zkušeností a neobejdou se bez výrazné pomoci. Využití alternativní, augmentativní komunikace a speciálních pomůcek je u této skupiny jedinců nutností. Práce s těmito jedinci probíhá na úrovni individuálního přístupu a snahou je dosažení maximální možné míry socializace (sec. cit. Lányiová, R., Jesenský, J. Vančová, A., in Ludíková, L., 2005).

Kombinované vady z pohledu psychopedie

O kombinovaných vadách v psychopedii hovoříme tehdy, je-li u jedince s mentálním postižením či jinou duševní poruchou zjištěno další souběžné postižení, které může být např. somatické, psychosociální, smyslové nebo narušená komunikační schopnost. V psychopedii je výskyt osob s kombinovaným postižením poměrně vysoký. Počet těchto jedinců je nezanedbatelný a má stále zvyšující se tendenci. Mnoho autorů se shoduje v tom, že mentální postižení nejčastěji vstupuje do kombinace s jiným postižením a je v nich zpravidla nejtěžším symptomem. V kombinaci postižení s mentálním postižením můžeme nalézt prakticky všechny druhy, stupně, formy a typy mentálního postižení s různou dobou vzniku a různými etiologickými faktory. Všeobecně lze říci, že čím těžší je stupeň mentálního postižení, tím závažnější bude i stupeň dalšího postižení, které se s ním kombinují a zvyšuje se i jejich početnost. Také můžeme

konstatovat, že nejvyšší výskyt kombinovaných postižení se symptomy mentální retardace lze očekávat v případech, kdy postižení mají totožné etiologické faktory, které působily během prenatálního, perinatálního a postnatálního období a které poškozují mozek a centrální nervovou soustavu. Existují určité diagnózy, které jsou předurčeny kombinovanému postižení, patří k nim především dětská mozková obrna, hypotyreóza, fetální alkoholový syndrom, Wolfův syndrom, Patauův syndrom, Frohlichův syndrom, Edwardsův syndrom, syndrom Cri-du Chat, epilepsie, Downův syndrom a další. K nejčastějším kombinovaným postižením patří mentální postižení v kombinaci s narušenou komunikační schopností a to až v 69 %. K dalším patří mentální postižení v kombinaci s poškozením zraku ve 32,4 %, dále pak mentální postižení v kombinaci s poruchami chování ve 23 %, mentální postižení v kombinaci s tělesným postižením ve 23,5 %, mentální postižení s epilepsií ve 21 % a nejméně častá je kombinace mentálního postižení se sluchovou vadou a to v 6,7 %. Přičemž výskyt kombinací mentálního postižení s jedním přidruženým postižením se vyskytuje ve 38 %, se dvěma přidruženými postiženími ve 29 %, se třemi přidruženými postiženími v 19,5 % a se čtyřmi přidruženými postiženími v 6 % (Kozáková, Z. in Ludíková, L., 2005).

Klasifikace dle WHO

Vzhledem ke značnému výskytu základního či přidruženého mentálního postižení u kombinovaných vad, se klasifikační kritéria hledají velmi těžce. Světově využívána je Mezinárodní klasifikace nemocí, postižení handicapů podle ICDH-10 (WHO 2006), která vymezuje mentální retardaci v kategorii F70-F79. Klasifikačním kritériem je úroveň mentální kapacity, která je měřena hodnotou inteligenčního kvocientu. Je zde zdůrazněno, že jde o klasifikaci pouze orientační.

Mentální retardace je dle MKN definována jako: „ *stav zastaveného nebo úplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujících se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami. Stupeň mentální retardace se měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální*

adaptace v určitém prostředí. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik. Intelektové schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních nemocí (www.mzcr.cz).

Jednotlivé stupně mentální retardace dle WHO jsou specifikovány takto:

lehká mentální retardace (F70), IQ 50-69 – projevuje se obtížemi v učení, většina osob je schopna v dospělosti pracovat, navazovat a udržovat dobré sociální vztahy a být prospěšnými členy společnosti. Zahrnuje slabomyslnost a lehkou mentální abnormalitu; *středně těžká mentální retardace (F 71), IQ 35-49* – projevy značně opožděného vývoje v dětství, většina osob je ale schopna dosáhnout určitého stupně nezávislosti a samostatnosti v sebeobsluze, získat adekvátní komunikační dovednosti a přiměřené vzdělání. V dospělosti potřebují různou míru podpory pro zvládnání života a práce v prostředí běžné společnosti. Zahrnuje středně těžkou mentální abnormalitu; *těžká mentální retardace (F72), IQ 20-34* – potřeba soustavné pomoci a podpory. Zahrnuje těžkou mentální abnormalitu; *hluboká mentální retardace (F73), IQ je nižší než 20* – projevy vážného omezení v sebeobsluze, kontingenci, komunikaci a mobilitě. Zahrnuje hlubokou mentální abnormalitu; *jiná mentální retardace (F78)* – využívá se pouze tehdy, kdy je stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod nesnadné nebo nemožné, a to pro přidružené sensorické nebo somatické poškození, např. u jedinců nevidomých, neslyšících, nemluvících a u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob; *nespecifikovaná mentální retardace (F79)* – využívá se v případech, kdy je prokázána mentální retardace, ale není dostatek informací k zařazení pacienta do jedné z výše uvedených kategorií. K označení přidružených stavů, jako je autismus, jiné vývojové poruchy epilepsie, poruchy chování nebo závažné tělesné postižení, lze využít dodatkový kód (srov. www.who.int ; Pipeková, J., 2006; Valenta, M., Müller, O., 2004)

Kombinované vady z pohledu somatopedie

V somatopedii je na kombinované vady nahlíženo tehdy, dojde-li u jedince k výskytu současně dvou nebo více tělesných postižení, onemocnění popřípadě zdravotních oslabení. Takovéto kombinace lze definovat také jako kombinované somatické postižení. Za tělesné postižení je považováno poškození pohybového a nosného ústrojí a také poškození nebo poruchy nervového ústrojí včetně vrozených a získaných deformací částí těla. Onemocnění je chápáno jako stav organismu, při kterém dochází k funkčním a strukturálním změnám orgánů, které mohou být způsobeny jak vnějšími tak vnitřními vlivy, které narušují správnou funkci a rovnováhu organismu. Zdravotní oslabení je charakteristické sníženou odolností vůči nemocem a zvýšeným sklonem k opakování těchto nemocí.

Časté jsou také kombinace tělesného postižení, nemoci nebo zdravotního postižení se zrakovým, sluchovým, mentálním, komunikačním postižením či poruchami chování. Přičemž nejčastější je kombinace s mentální retardací a to v 41 %. Nejvíce kombinovaných vad v somatopedii je spojeno s poškozením centrální nervové soustavy, zejména mozku. Mentální postižení se tak stává primárním nebo dominantním symptomem kombinované vady (Bendová, Z. in Ludíková, L., 2005).

Vzdělávání jedinců s kombinovanými vadami

Vzdělávání žáků s těžkým zdravotním postižením umožňuje Vyhláška 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Těmto žákům, vzhledem k rozsahu speciálních vzdělávacích potřeb, je nutné poskytnout nejvyšší míru podpůrných opatření. Za podpůrná opatření považujeme využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, využití speciálních učebnic a didaktických materiálů, využití kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek v procesu vzdělávání. K dalším patří zařazení předmětů speciální pedagogické péče, služby poradenské a asistentské, snížený počet žáků ve třídě a také úprava prostředí. V intervenci těžce zdravotně postižených žáků jsou nejčastěji využívány metody a techniky speciální stimulace, kompenzace a korekce. Přičemž speciální stimulací

se rozumí aktivity, které rozvíjí osobnost jedince v oblasti motoriky, sensorický funkcí a komunikace. Podstatou je aktivní učení. Kompenzací rozumíme aktivity, které jsou zaměřeny na vyrovnání nebo nahrazení sníženého výkonu, orgánu nebo funkce. Korekce označuje aktivity, které zaměřujeme na nápravu, úpravu a opravu některé vadné funkce, orgánu nebo chování (srov. Opatřilová, D., 2005; Švarcová, I. – Slabinová, 2006; Vančová, A., 2001).

1.3 Stručná charakteristika vybraných postižení

Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna, někdy nazývaná cerebrální dětská obrna, infantilní cerebrální paréza a perinatální encefalopatie, je stavem získaným před narozením, během porodu nebo záhy po něm (Chvátalová, H., 2001). Lesný (1987) definuje DMO jako raně vzniklé poškození mozku, k němuž došlo před porodem infekcí matky, nedostatečnou výživou a okysličováním plodu, za porodu protrahovaným porodem a komplikacemi při porodu nebo krátce po něm infekcí dítěte. Přičemž nejčastěji je DMO spojována s předčasně narozenými a nedonošenými jedinci. Toto postižení je charakteristické zejména poruchou vývoje hybnosti.

Klasifikace DMO

Poškození může zasáhnout mozek a příslušná pohybová a koordinační centra nebo nervové dráhy periferního nervového systému. Jedná se o neprogresivní neurologický syndrom, který je vyvolán lézí nezralého mozku. Jde o poruchu, u které se přibližně ve dvou třetinách případů vyskytuje také mentální deficit různého stupně a další onemocnění mezi které patří epilepsie, hydrocefalus, smyslové vady, vývojová dysartrie. Diagnostikovat dětskou mozkovou obrnu v období těsně po narození je velmi obtížné, často se její klinický obraz mění v průběhu času (Kraus, J., 2005).

Klasifikaci DMO můžeme dělit podle charakteru tonusové a hybné poruchy:

- *spastické formy* - diparetická, hemiparetická, kvadruparetická;
- *spastické formy* – hypotonická, dyskinetická (extrapyramidová).

Diparetická forma – je spastická obrna, u které je typické postižení zejména dolních končetin. Elasticitou bývají výrazněji postiženy abduktory stehna, plantární flexory nohy a flexory bérce. Chůze těchto jedinců je většinou nůžkovitá (kolena o sebe třou), po špičkách, s pokrčenými koleny při elasticitě flexorů bérce. Vzhledem ke kognitivnímu vývoji je zde prognóza dobrá (Vítková, M., 2006). Původcem bývá nejčastěji krvácení do mozkového kmene obvykle u nedonošených dětí. U většiny dětí s DMO je zachován intelekt.

Hemiparetická forma – jde o spastickou obrnu, kdy dochází k obrně horní i dolní končetiny jedné poloviny těla, zpravidla s převážným postižením horní končetiny, která bývá ohnuta v lokti. Dolní končetina bývá napjatá tak, že postižený došlapuje na špičku. V případě hemiparézy bývá při postižení pravé hemisféry kognitivní kapacita těchto dětí nejčastěji lehce podprůměrná (průměrné IQ 90) s převahou verbální složky, v případě levé hemisféry asi polovina dětí má inteligenci sniženou – nejčastěji do pásma lehké mentální retardace (průměrná IQ 65) bez rozdílu mezi verbální a názorovou složkou (Říčan, P., Krejčířová, P., 1997).

Kvadruparetická forma – je spastická obrna, kdy dochází k obrně všech čtyř končetin, s převážným postižením dolních končetin nebo horních končetin. Ze spastických forem je zde k dalšímu kognitivnímu vývoji obecně prognóza nejméně příznivá (Vítková, M., 2006).

Hypotonická forma – jde o chabou obrnu, zpravidla výraznější omezení je na dolních končetinách. Vyskytuje se v kojeneckém věku, později asi kolem třetího roku, se mění ve formu spastickou nebo dyskinetickou. Pokud setrvává, je doprovázena těžkou mentální retardací. Vyznačuje se také sníženým svalovým napětím celého těla.

Dyskinetická forma (extrapyramidová- dřívější označení) (Lesný, I., Špitz, J. 1989) – se vyznačuje nepotlačitelnými mimovolnými pohyby, které doprovázejí každý pokus o volní pohyby. Podle Vítkové se dyskineze projevuje ve formě hypokinetického syndromu, atetotického syndromu, choreatického syndromu, balistického nebo myoklonického syndromu (Vítková, M., 2006).

Rehabilitace DMO

Léčebné působení je záležitostí dlouhodobou a týmovou, přičemž prvními a nezastupitelnými členy jsou rodiče. V útlém věku pro terapii motorického postižení dítěte má mimořádný význam fyzioterapeut. Existuje samozřejmě více přístupů, které jsou významné pro vývoj. Známa je zejména reflexní terapie Václava Vojty. Vojtův princip spočívá v cíleném vyvolávání určitých polohových reakcí a pohybových vzorců, jež povzbuzují vývoj vzpřimování. Další známý a využívaný přístup je spjat s Anglií a manželi Bobathovými, v němž jde o tlumení porušeného držení a stimulaci (facilitaci) zdravých pohybových vzorců (srov. Kraus, J., 2005; Jankovský, J., 2001).

Podle Jesenského (1995) patří do ucelené rehabilitace tyto složky:

- *zdravotní složka* – která navazuje na léčení klienta a přispívá zejména ke stabilizaci jeho zdravotního stavu. Zahrnuje chiropraxi, medikaci, fyzioterapii;
- *psychologická složka* – ve které jde zejména o zvládnutí psychických krizí. Můžeme sem zařadit také individuální nebo skupinovou terapii;
- *sociální složka* – je důležitá pro vytvoření předpokladů vedoucích k samostatnosti, nezávislosti, integraci a pracovnímu uplatnění osoby s DMO;
- *pedagogická složka* – řadíme sem oblast výchovy, vzdělávání a přípravy na budoucí povolání;
- *pracovní složka* – je zaměřená na pracovní uplatnění jednotlivce;
- *volnočasová složka* – nezbytná pro pozitivní seberealizaci osob s postižením;
- *rodinná složka* – jedná se v ní o obnovu a nápravu vztahů v rodině (srov. Bendová, P., in Ludíková, L., 2005; Jesenský, J., 1995).

Vzdělávání jedinců s DMO

Vzhledem k tomu, že dětská mozková obrna je pohybové postižení, tak se s těmito dětmi setkáváme v běžných typech mateřských škol, základních škol, ale i ve speciálních mateřských a základních školách, v základních školách praktických i základních školách speciálních (Vítková, M., 2006).

Většinu nemocných dětí s dětskou mozkovou obrnou bez těžšího mentálního postižení je možno integrovat do kolektivu svých vrstevníků. Při hře s vrstevníky dostává dítě nesčetné množství podnětů, které jsou nutné pro fyzický i duševní vývoj. Učí se tak prosazovat a pohybovat v kolektivu. Nemocnému dítěti s DMO je nutno vhodným a šetrným způsobem napomáhat v překonávání jeho handicapu. Během tohoto je nutné vyhnout se projevům soucitu a lítosti. Dítě s DMO vyžaduje zvláštní přístup, který je přizpůsoben jeho pohybovým dovednostem a schopnostem (www.dobromysl.cz).

Autismus

Autismus je komplikovaná vada mentálního vývoje jedince, která se projeví nejpozději do tří let věku dítěte. Jde o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí, která vzniká na neurobiologickém podkladě. Důsledkem poruchy je, že dítě dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Autismus brání postiženým jedincům adaptovat se na prostředí, ve kterém žijí. Život je pro tyto jedince chaos bez pravidel, ve kterém si vytvářejí sami vlastní pravidla. Dítě s autismem je charakteristické svým stereotypním chováním, omezenými zájmy a také aktivitami, které se projevují obvykle zájmem o bizarní předměty (Mühlpachr, P., in Vítková, M., 2004).

Autismus je charakterizován především triádou znaků – narušená sociální interakce, omezená schopnost verbální i nonverbální komunikace a stereotypní, repetitivní chováním. Takto postižené děti (ve $\frac{3}{4}$ případů je porucha kombinovaná s mentální retardací) nemají relevantní reakce na emocionální podněty (Thorová, K., 2006).

Etiologie autismu a jeho diagnostika

Autismus je poruchou, jejíž příčinu se prozatím nepodařilo odhalit. Předpokládá se, že určitou roli zde hrají genetické faktory, různá infekční onemocnění a chemické procesy v mozku. Některé teorie tvrdí, že autismus vzniká při kombinaci několika faktorů najednou. Autismus je v podstatě syndrom, který se diagnostikuje na základě projevů chování. Projevuje se buď od dětství, nebo v raném věku (do 36 měsíců). Porucha určitých mozkových funkcí způsobí, že dítě nedokáže správným způsobem vyhodnocovat informace (senzorické,

jazykové). Lidé s autismem pak mívají výrazné potíže ve vývoji řeči, ve vztazích s lidmi a obtížně zvládají běžné sociální dovednosti (Thorová K., 2007).

V oblasti diagnostiky je situace velmi problematická. Díky neznalosti problematiky autismu je mnohým dětem s autismem doposud stanovována chybná diagnóza. Jinak se nedá vysvětlit velký nepoměr počtu dětí s autismem v zahraničí a u nás. Mnohým jedincům s autismem je přisuzována špatná diagnóza a tou je mentální retardace. Výskyt autismu je udáván v závislosti na posuzovacích kritériích v rozmezí 2-20/10 000 dětí, poměr mužů a žen je obvykle udáván 3:1. Moderní epidemiologické studie se ale spíše přiklání k počtu 15-20 případů autismu na 10 000 narozených dětí s méně výraznou převahou mužů. To znamená, že v České republice žije 15-20 000 osob trpících autismem. Dosud jich bylo diagnostikováno pouze několik set. Kvůli nejednotnosti diagnostických kritérií se v současné době spíše přikláníme k termínu autistické spektrum chování (srov. Komárek, V., 2004; Valenta, M., Müller, O., 2004).

Diagnostický proces spočívá nejprve v psychologickém a psychiatrickém vyšetření, které musí upřesnit, zda se skutečně jedná o poruchu autistického spektra. Autismus je často zaměňován také se schizofrenií. V naší republice je v současnosti využívána diagnostická observační škála CARS. V podstatě jde u autismu o behaviorální syndrom, kdy je stanovena diagnóza na základě projevů chování bez ohledu na možnou příčinu vzniku. V další fázi se stanovuje, zda je autistická porucha v kombinaci s jinou somatickou nemocí či (genetickou) anomálií. V neposlední řadě se objektivizuje míra nespécifického postižení CNS. Komplexní vyšetření umožňuje posouzení této poruchy z různých pohledů (Thorová, K., 2006). Spektrum autistických poruch je poměrně široké, zahrnuje Kannerův dětský autismus, což je klasická varianta autismu. K dalším patří: Dezintegrační porucha, Rettův syndrom, Klineferterův syndrom, Landau-Kleffnerův syndrom, Atypický autismus, Aspergerův syndrom (srov. Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J., 2007; Hrdlička, M., 2004).

Projevy autismu

Kvalitativní postižení v oblasti představivosti se manifestuje repetitivním chováním, rituály a omezeným druhem zájmů. Někteří odborníci dávají přednost

termínu rigidita v myšlení a chování namísto termínu nedostatek představivosti. Chování se mění s věkem postiženého. V dětství převládá plácání a třepotání rukama, kroužení, točení předměty, později házení předmětů za sebe, opakování otevírání a zavírání dveří. V dospělosti se rituály, obsese i repetitivní chování většinou zmírní, postižený se dokáže lépe ovládnout (Thorová, K., 2007). Kvalitativní postižení v oblasti sociálních vztahů se projevuje např. ve vztahu s vrstevníky, nepochopení pojmu přátelství, neschopností vhodně reagovat na city a emoce jiných, neschopností sdílet zážitky a zkušenosti, neschopností interpretovat výrazy obličeje, postoje a gesta (srov. Jelínková, M., 2000; Hrdlička, M., 2004).

Mezi další projevy autismu patří neschopnost reakce na své jméno, neschopnost vyjadřovat své potřeby, opožděný vývoj řeči, neschopnost reakce na pokyny, absence sociálního úsměvu, preference hry o samotě, špatný oční kontakt, působí dojmem, že žije ve vlastním světě, ignorace ostatních lidí, záchvaty vzteku, neschopnost spolupracovat a negativismus, zabývání se některými věcmi stále dokola, zvláštní pohyby a přehnané reakce na určité materiály či zvuky (srov. Mühlbacher, P., in Vítková, M., 2004; Jelínková M., 2000; Thorová, K., 2007).

Vzdělávání osob s autismem

Při práci s dítětem s autismem, je velmi důležité mít neustále na zřeteli fakt, že každý člověk potřebuje ve svém životě určitou míru předvídatelnosti, každý dodržuje určitý řád. Právě lidé s autismem mají schopnost předvídat a plánovat události velmi malou nebo téměř žádnou. Tento deficit je možno vyjádřit určitou formou jakési "vnitřní slepoty", která okolí jedince mění v chaos a ztěžuje jedinci orientaci v prostoru, čase i událostech. Pokud chceme, aby od nás děti přijímaly nové informace a vědomosti a byly se schopné učit, musíme jim nejprve upravit prostředí tak, aby dětem dodávalo jistotu a poskytovalo již zmiňovanou vysokou míru předvídatelnosti (srov. Jelínková, M., 1998; Jelínková, M., in Hrdlička, M., Komárek, V., 2004).

V České republice využíváme metodiku programu a mluvíme o tzv. *strukturovaném učení*. Mezi základní filozofii TEACCH programu patří

individuální přístup k dětem, úzká spolupráce s rodinou, integrace jedinců s autismem do společností, aktivní generalizace dovedností (prostupnost a propojenost školního a domácího prostředí) (Opatřilová, D., in Pipeková, J., 2006).

Základními principy strukturovaného vyučování jsou *individuální přístup, strukturalizace a vizualizace*.

Všichni jedinci s autismem se od sebe nějakým způsobem liší. V souvislosti s individuálním přístupem je nutné zjistit aktuální úroveň v jednotlivých vývojových oblastech dítěte, zvolit vhodný systém komunikace s jedincem, vytvoření a úprava vhodného pracovního místa a strukturovat prostředí a sestavit individuální výchovně – vzdělávací plán (srov. Shopler, E., Reichler, R., Lausingová, M., 1998; Hrdlička, M., Komárek, V., 2004).

Struktura prostředí, ve kterém se jedinec s autismem pohybuje, napomáhá v již zmiňované prostorové orientaci. Struktura pracovního programu spočívá ve využití krabic s vnitřní strukturou, rozstrukturované činnosti s vizualizací jednotlivých kroků atd. Při sestavování pracovního schématu je zapotřebí rozpracovat úkol na základní kroky a vytvořit tak schéma po sobě následujících činností, které vedou k cíli. Například k jednoduchým denním činnostem je zapotřebí vizualizovat až deset kroků. Lidé s autismem se potřebují orientovat v čase. Pokud jim tuto vizualizaci času neposkytneme z venku, pomohou si sami (nefunkční rituály, stereotypy). Jestliže se pak denní režim změní některý den, dostávají se velké problémy v oblasti chování. Vizualizace napomáhá jedinci při orientaci v čase, napomáhá rozlišení jednotlivých aktivit od sebe a vede k další samostatnosti jedince. Důležitou součástí je stanovení vhodného typu vizuální podpory pro dítě s autismem. Mezi základní typy vizuální podpory patří (od nejjednoduššího k nejsložitějšímu) konkrétní předmět, fotografie, piktogramy, piktogramy s nápisem, nápis, psaný rozvrh a diář (srov. Thorová, K., 2007; Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J., 2006).

Downův syndrom

Downův syndrom, označovaný také jako Downova nemoc, je nejrozšířenější formou mentální retardace. Vzniká poruchou chromozomálních aberací. V české

populaci se vyskytuje přibližně u jednoho z 1500 živě narozených dětí. Termín Downův syndrom nebo také trizomie 21. chromozomu se nyní používá místo dříve užívaného pojmenování mongolismus, které vzniklo na základě typických fyziognomických zvláštností těchto lidí (Selikowitz, M., 2005).

Příčiny a projevy

Tento syndrom byl poprvé popsán v druhé polovině 19. století (1866) anglickým lékařem Johnem London Downem. Mezi typické fyziognomické znaky jedince s Downovým syndromem patří zejména hlava dítěte, která je ve srovnání s ostatními dětmi menší, její zadní část je zpravidla plošší, což způsobuje její kulatý vzhled. Tvar očí je normální, oční víčka jsou poněkud úzká a šikmá a ve vnitřním koutku oka je u většiny dětí výrazná kolmá kožní řasa, což dává jejich očím charakteristický tvar (Švarcová, I., 2003). Ústa těchto dětí jsou v poměru s ostatními vrstevníky malá, což má za následek vzhled jakoby velkého jazyku, který vyčnívá z úst. Končetiny dětí s Downovým syndromem mají ve většině případů normální tvar, ruce a chodidla bývají malé a silné. Asi u poloviny dětí je pozorována pouze jedna rýha přes dlaně. Jedinci s Downovým syndromem většinou rostou pomaleji než jejich vrstevníci. Jejich růst závisí na genetických a etnických faktorech, na výživě, množství hormonů a na jiných zdravotních podmínkách. V průměru se muži s Downovým syndromem dorůstají výšky 247 – 162 cm a ženy asi 135 – 155 cm. Tělesná váha závisí na způsobu jejich výživy, ve většině případů mají sklon k obezitě (Švarcová, I., - Slabinová, 2003, 2006).

Lidé s Downovým syndromem mají jeden chromozom navíc v každé buňce svého těla, takže místo obvyklých 46 chromozomů (uspořádaných ve 23 párech) jich mají 47 (22 párů a jednu trojici). Dispozice pro vznik DS jsou uloženy na jednom z ramen 21. chromozomu. Obsahuje asi 1,5 % všech genů lokalizovaných v jádře lidské buňky. 95 % případů DS má v karyotypu trizomii 21 – tj. trojici chromozomů 21 místo obvyklého páru. V 1- 2 % je plod nositelem dvou typů buněk – některé obsahují 46 chromozomů, jiné 47. Tento případ DS se nazývá chromozomální mozaika (srov. Chvátalová, H., 2001; Matulay, K., 1986).

Proč k takovému jevu dochází, se dodnes nepodařilo uspokojivě vysvětlit. Určitá souvislost se nachází mezi četností výskytu DS a věkem rodičů - matky po

35. roku a otcové starší 50 let jsou narozením dítěte s DS víc ohroženi. V literatuře se uvádí, že vyšší riziko se udává také ve věku 15. – 19. let matky. Také je známo, že DS se vyskytuje rovnoměrně u obou pohlaví, u všech lidských ras, etnických skupin, sociálně-ekonomických tříd.

Dosud získané zkušenosti odborníků a rodičů dokazují, že vývoj dětí s DS probíhá vcelku normálně, avšak je zdouhavější a pomalejší, proto jejich výchova a učení vyžaduje specifický přístup. Obecně je základní diagnózou méně ovlivněná emocionální a sociální stránka dítěte, motorický vývoj a vývoj řeči jsou poznamenány mnohem více. V současné době neexistuje žádná spolehlivá metoda, která by stoprocentně zabránila výskytu tohoto postižení. Screeningové (vyhledávací) testy v I. a II. trimestru těhotenství těhotných žen dokážou zjistit, zda existuje zvýšená možnost narození dítěte s Downovým syndromem. Pro potvrzení nebo vyloučení této možnosti může těhotná žena podstoupit amniocentézu (vyšetření založené na odběru plodové vody) nebo jiné diagnostické vyšetření, kde se s vysokou mírou pravděpodobnosti potvrdí, či vyloučí přítomnost chromozomální odchylky. V případě pozitivního výsledku se rodiče mohou rozhodnout, zda si přejí narození postiženého dítěte, nebo chtějí těhotenství předčasně ukončit. V současné době jsou testové metody nejčastěji zaměřeny na výskyt chromozomálních aberací (Selikowitz, M., 2005).

Vzdělávání dětí s Downovým syndromem

Také děti s Downovým syndromem mají právo na vzdělání stejně tak, jako jejich vrstevníci bez postižení. Díky včasné diagnostice u tohoto postižení je intervence u těchto dětí včasně zahájena. Jsou v péči SPC v rámci rané péče, která podporuje vývoj jedinců s DS v domácím prostředí. Nejčastěji je využíván program Portage. Jedinci navštěvují speciální či běžné mateřské školky formou integrace. Podle závažnosti mentálního postižení mají tyto děti možnost vzdělávání v základních školách praktických, základních školách speciálních nebo mohou být také integrovány do běžných základních škol. V případě těžší MR mohou započít svoji školní docházku v přípravném stupni pomocné školy (základní škola speciální), který je až tříletý. Děti s těžkým a hlubokým stupněm mentální retardace se budou vzdělávat v rehabilitačních třídách pomocné školy. Po ukončení povinné školní docházky mají jedinci s Downovým syndromem

možnost pokračovat ve svém vzdělávání v odborných učilištích, ve středních odborných učilištích a praktických školách. Další vzdělávání u dospělých jedinců je zajišťováno večerními školami a kurzy k doplnění vzdělání (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J., 2007).

1.4 Psychologické zvláštnosti u jedinců s těžkým zdravotním postižením, možnosti podpory a zajištění potřeb

Psychologické zvláštnosti u jedinců s těžkým zdravotním postižením

„Vývoj osobnosti dětí nemocných a se zdravotním postižením se řídí týmiž psychologickými zákonitostmi jako vývoj dětí zdravých (Matějček, 2001)“.

Poškození neuropsychického vývoje jedinců s kombinovaným postižením přináší řadu zvláštností, které postihují jednotlivé stránky osobnosti. Tyto zvláštnosti postihují procesy poznávací, emocionální a volní, ovlivňují jeho adaptabilitu a chování, projevují se také zvláštnostmi v motorice. Všechny procesy jsou ovlivněny mírou mentální retardace jedince s kombinovaným postižením (Vítková, M., in Pipeková, J., 2006).

Proces vnímání je omezen zpomalením tempa vnímání a také značně zúženého rozsahu vnímání jedince. Toto jedince značně omezuje v orientaci na nové prostředí a neobvyklé situace. Děti špatně postihují souvislosti a vztahy mezi předměty, nejsou schopni úplné diferenciací předmětů. Výrazné omezení je dáno inaktivitou jedince. Pozornost je snadno unavitelná a krátce udržitelná. Postižené děti neprojevují snahu o zkoumání předmětů a jejich detailů a vlastností, často je jejich vnímání omezeno ulpíváním pozornosti na předmětech, které mají výrazný charakter. Nedokonalé počítky a vjemy jsou základem ke zpomalení vývoje psychických procesů a to nejvíce myšlení. Kvalita sluchového vnímání dítěte značně ovlivňuje kvalitu rozvoje řeči.

Rozvoj řeči je podmíněn pomalu se rozvíjejícími a nepevnými diferenciacními spoji v oblasti sluchového ústrojí. Nedostatečná funkce fonematického sluchu se projevují ve zpomaleném tempu vývoje artikulace. Nedostatečné sluchové vnímání často brzdí rozlišování hlásek a jejich následnou výslovnost. Schopnost rozvoje řečových funkcí je dána mentální úrovní jedince a často je považována za měřítko mentálního deficitu jedince.

Proces myšlení a paměti jedinců je ovlivněn mírou mentální retardace. Pro proces myšlení je charakteristické neplnohodnotné smyslové poznávání, které dále omezuje proces myšlení po všech stránkách. Schopnost abstrakce a zobecnění je značně omezena. Proces paměti je charakteristický velmi zpomaleným osvojováním si nových poznatků, které je závislé na velmi častém opakování a také omezeno rychlým zapomínáním.

Volní procesy vykazují nedostatek iniciativy a tito jedinci nejsou schopni řídit své jednání v souladu se vzdálenějšími cíly. Velmi často se objevuje hypobulie, která se projevuje snížením volních kompetencí a také abulie, která je charakteristická úplnou absencí volních kompetencí.

Emoční vlastnosti mají úzkou souvislost s vývojem osobnosti jedince s mentálním postižením a jsou podmíněny zvláštností rozvoje jejich potřeb a intelektu, které se projevují četnými změnami emoční sféry. City jedinců s kombinovaným postižením jsou ve většině případů nedostatečně diferencovány, prožitky jsou primitivnější, jsou neadekvátní situacím, jsou opožděné a často se vyskytují chorobné citové projevy (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J., 2007).

Možnosti podpory a zajištění potřeb

Je zřejmé, že problematika jakéhokoliv postižení má také psychologické konsekvence. Psychologická problematika se netýká jen daného dítěte s postižením, ale bezprostředně také jeho vlastní rodiny (Jankovský, J., 2001).

Život těžce postižených jedinců je prakticky v neustálém ohrožení a jsou ohroženy důležité životní funkce, které jsou: *onemocnění dýchacích cest* – vzhledem k omezené tělesné aktivitě jedince, která omezuje správnou činnost dýchací soustavy, dochází k častějším infekcím dýchacích cest a jedinci jsou

obecně náchylnější k onemocnění; *progresivní tělesná změna* (svalový tonus, deformace páteře) – vnitřní orgány jsou omezeny ve svém fyziologickém postavení a funkci, později tímto dochází k chronickým onemocněním, které jsou následkem základního postižení; *záchvatovitá onemocnění* - následkem těžkého poškození mozku a mozkových struktur v průběhu záchvatovité ataky dochází k nebezpečnému ohrožení života; *život na „okraji života“* – stále spojení s nejistotou a vzrušením, ale také s bolestí a medicínskými intervencemi (Vítková, M., 2004, 2006). V průběhu edukačního a intervenčního procesu musíme mít na paměti, že pro osoby s těžkým zdravotním postižením je často velmi složité dosáhnout uspokojení základních životních potřeb. Vítková mezi tyto potřeby řadí potřebu zamezení hladu, žízní a bolesti, potřebu podnětů, změny a pohybu, potřebu jistoty a stability – spolehlivost vztahů, potřebu vazby, být někým přijat, potřebu něhy, potřebu uznání a sebeúcty, potřebu nezávislosti, samostatnosti a sebeurčení. Dále uvádí potřeby, které jsou důležité pro vlastní vývoj a interakci s ostatními. Patří k nim potřeby tělesné blízkosti k získání přímé zkušenosti, potřeba pedagoga (terapeuta), který jim přiblíží jejich prostředí co nejjednodušeji, potřeba pedagoga (terapeuta), který jim umožní pohyb a změnu polohy a také potřeba každého, kdo je schopen porozumění jim i bez řeči a kdo o ně spolehlivě pečuje (srov Vítková, M., 2004; Opatřilová, D., 2005).

Shrnutí:

Těžké zdravotní postižení je v oblasti speciální pedagogiky stále velmi diskutováno. Terminologie pojmu zdraví je poměrně jasně vyjádřena Světovou zdravotnickou organizací a tato terminologie je také celosvětově uznávána a využívána. Pojem těžké zdravotní postižení je ještě stále velmi diskutován. Terminologie Světové zdravotnické organizace se ve velké míře zaměřuje na integraci a inkluzi jedinců s těžkým zdravotním postižením a tato terminologie se dále odráží i v podmínkách vzdělávání jedinců s těžkým zdravotním postižením. V současné době se edukaci těchto jedinců věnuje poměrně rozsáhlá část odborníků, kteří mají letité zkušenosti se vzděláváním jedinců s těžkým zdravotním postižením. Vzdělávání je dále ošetřeno legislativně. Jednotlivá postižení a potřeby jedinců s těmito postiženími jsou tak individuální, že je nutno brát velký zřetel na individualizaci jedince a individuální přístup.

2 Alternativní terapie

2.1 Historie

Kořeny doplňkové a alternativní medicíny (Comprehensive nad Alternative Medicine) sahají do historie, která je vzdálena až 5000 let. Počátky alternativní medicíny se připisují starým Číňanům. Některé publikace rozlišují historii alternativní medicíny východních zemí, která se traduje 6000 let a historii západních zemí, která se traduje 3000 let. Pojem alternativní medicína je zaznamenán již ve starých antických písmech, v písmech starověké Indie, Číny, Egyptu a téměř všech starověkých civilizací na světě. Pojem alternativní medicína zvítězil v obou částech světa, v západní i východní (Iglis, B., West, R., 1992).

Historie východní alternativní medicíny

Jedny z nejstarších forem alternativní medicíny lze vysledovat prostřednictvím čínské historie, která se traduje téměř 6000 let. Staří Číňané využívali prakticky stejných léčebných postupů, harmonizace těla i duše, které jsou využívány dodnes. Filozofie čínské medicíny pracuje na taoistických a buddhistických principech a na přesvědčení, že člověk a jeho životní prostředí jsou úzce propojeny. Široce známé principy Yin a Yang pocházejí z čínské medicíny a jsou nedílnou součástí praxe. Čínská medicína pracuje na obnovení rovnováhy různými způsoby, které zahrnují byliny, akupunkturu, dýchání a pohyb a také úprava stravy. Praxe alternativní medicíny v Číně se rozšířila i do Koreje a Japonska jako orientální obor alternativní medicíny. Nejznámějšími školami, které přispěly k rozvoji alternativní medicíny, jsou „Jinfang“ a „Wenbing“, které se zabývají přednostně akupunkturou. V Číně je akupunktura hojně využívána k léčbě ortopedických a neurologických onemocnění dodnes. Číňané léčí lidskou mysl a tělo ne nemoc. Věří, že silné tělo nemůže nikdy onemocnět (Ma, K., 1992).

Ostatní východní kultury, které mají dlouhou historii alternativní medicíny, jsou spojeny s Indií a její Ájurvédskou medicínou. Její kořeny sahají do historie téměř 6000 let, tak jako v čínské medicíně a je spojená stejně také čínská medicína s buddhismem. Slovo Ájurveda pochází ze dvou slov a to Ayu, což znamená smysl života a veda, které značí smysl znalostí. Tento systém je založen

na principu udržení osoby těla, mysli a ducha v souladu s přírodou, s cílem zachovat dobré zdraví (www.azinearticles.com).

Historie západní alternativní medicíny

Historie alternativní medicíny je spojena se Starým Římem a Řeckem. Její stáří se odhaduje zhruba 3000 let. Metody jako je hydroterapie a bylinkářství spadají do tohoto období. Staří Řekové a Babyloňané přinesly základy východní alternativní medicíny na západ v podobě bylinkářství. Již Hippokrates, řecký lékař, který byl označován jako otec medicíny, se zabýval bylinnými léky.

Během Středověku, kdy mnichové studovali v Evropě a přeložili velké množství knih z arabštiny, došlo k hojnému využívání bylin k léčbě. Chápání moci různých rostlin je hluboce zakořeněno v mnoha původních civilizacích.

Po příchodu Evropanů do Ameriky bylo zjištěno, že domorodí Američané mají rozsáhlé znalosti o léčivé síle jejich původních bylin. Stejně tak jako domorodí Australané pochopili sílu rostlin nalezených v přírodě (Pomerancz, B., 2003).

V průběhu let, před nástupem moderní medicíny, se praktičtí lékaři zajímali také o životní styl pacienta. K jejich léčbě patřila i úprava stravování, životního prostředí a také využití bylin. Tito lékaři se velmi blížili k dnešním naturopathům. Termín naturopathy (přírodní léčba) pochází právě z tohoto období. V 19. století lékaři využívali stejné schopnosti jako dnešní balonkáři. Byli velkorysí v čase a empatii, spoléhali na taktilní přístup. Modlitba byla při léčbě důležitá jako „změna ducha“. Také se využívalo krvácení a pijavice k očištění těla. Až do počátku 20. století lidé spoléhali na stejný druh léčby jako jejich předkové. V průběhu 20. století používání alternativní medicíny velmi pokleslo. Léčba pacientů byla stále více zaměřena na tradiční medicínu a pobyt v nemocnicích. Pokrok moderní medicíny vedl k rozšířenému používání farmaceutických léků k léčbě nemocí. Významným mezníkem se stal objev Penicilínu v roce 1940 a alternativní medicína ztratila podporu většiny lékařů. Alternativní medicína se tak dále vyvíjela jako samostatná disciplína (srov. www.benevert.com; www.buzzle.com; www.azinearticles.com).

Alternativní medicína a současnost

V dnešní přetechnizované době je i medicína zaměřena na využívání technických prostředků a metod pro prevenci a léčbu a tím je vzdálena přírodním zásadám, přírodním lékům a postupům. Prezident Světové organizace Alternativní medicíny prof. Jayasuriya vyjádřil přístup dnešního lékařství tímto „*dnešní lékař nastavěl mezi sebe a menocného tolik aparátů, že přes ně na toho chudáka nevidí*“. Světová organizace alternativní medicíny byla založena v roce 1962. Dala si za úkol pracovat na maximálním rozšíření a přispět tak k postupnému ozdravování naší populace. Ať se jim to líbí nebo ne, tak člověk je produktem přírody a jako takový má žít podle jejich zákonů a zásad. Proto se mu také v přírodě daří nejlépe. V České republice zahrnuje pod svá křídla alternativní medicínu Asociace odborného léčitelství (Pomerancz, B., 2003).

Historie alternativní medicíny ukazuje, že mnoho praktik dodnes bylo využíváno po celá tisíciletí. Momentální zdravotní stav celosvětové populace je zastrašující a z této situace logicky vyplývá cesta k návratu k přírodě, k jejím nevyčerpatelným, nepřekonatelným a nejušestrannějším zdrojům. Výsledkem je, že Alternativní medicína je v dnešní době na vzestupu. Prakticky jsou metody alternativní medicíny využívány praktickými lékaři a jsou také kombinovány s moderními léčebnými postupy. Praktičtí lékaři často využívají jednu či více léčebných metod alternativní medicíny. Metody alternativní medicíny jsou stále více vyhledávány pacienty při léčbě nesčetného množství chorob (Janča, V., 1991, 2001).

2.2 Členění alternativních terapií

Existují různé názory na to, co patří a co nepatří do sféry alternativní medicíny. Podle Janči se k alternativní medicíně počítají všechny metody a prostředky, které jsou přírodního původu a nepoužívají k léčbě nefyziologické prostředky, kterými jsou např. přístroje nefyziologického působení, chemické prostředky a násilné metody. Prakticky jsou to všechny metody prevence a léčby, které se nějakým způsobem liší od současné moderní medicíny. Zcela ostrá

hranice mezi moderní vědeckou a alternativní medicínou není. Obecně platí tyto zásady:

1. Většina metod alternativní medicíny má svůj mnohdy tisíciletý základ zejména v orientálním léčitelství a předpokládá do určité míry i schopnost osvojení si orientálního myšlení a postupů. Každá metoda představuje určitý vědní obor, který musí terapeut dokonale ovládat;
2. Metody se musí nejen ovládat, ale i stále zdokonalovat pilnou prací;
3. Žádná metoda není všelék a také žádná monoléčba nemůže přinést maximální a hlavně trvalý efekt. Každá léčba musí být komplexní.

Komplexnost léčby lze většinou zajistit samotnými postupy samopomoci, kdy u některých potíží je nutno kombinovat s vnějšími zásahy. Komplexnost léčby je třeba neustále zdůrazňovat a neustále na ní pracovat (Janča, 1991).

K postupům použitelným při samopomoci patří *výživa, fytoterapie, reflexní terapie, akupresura, aromaterapie, homeopatie a masáže*. *Výživa* se řadí k základním podmínkám zdravého bytí člověka. Musí zabezpečovat funkci výživovou, ale také funkci léčebné prevence i léčbu celé řady nemocí. *Fytoterapie* neboli léčení bylinami patří k nejstarším, ale i nejúčinnějším způsobům léčby, které v dnešní době plní funkci nejen léčebnou, ale také doplňkovou, kdy slouží jako dodavatel některých chybějících látek do organismu. *Reflexní terapie* neboli také reflexologie je často mylně zaměňována s akupresurou. Reflexní terapie je metodou rychlejší a účinnější, kdy jde o působení tlakem na reflexní plošky. *Akupresura* je také vhodná pro samopomoc, která je náročná při vyhledávání jednotlivých akupresurních bodů samotného pacienta. *Aromaterapie* neboli léčení vůněmi je v podstatě nová metoda, jejíž využití je ve fázi počátků. *Homeopatie* je metodou, která je v naší zemi ve fázi velkého rozmachu. Využívá se pro prevenci a hlavně pro léčbu. V současné době se homeopatům dostalo omluvy Světové zdravotnické organizace a homeopatie byla uznána jako podpůrná léčba. *Masáže* lze jako samopomoc využít rovněž, ale pouze v omezeném rozsahu. Při automasážích je nutné dodržet určitých zásad, které určují jejich účinnost (Iglis, B., West, B., 1992).

Za postupy s vnější pomocí Janča J. (1991) považuje všechny metody alternativní medicíny, které vyžadují pomoc druhé osoby. Tuto skupinu dělí na dvě oblasti a to oblast kdy jiná osoba plní funkci pouze výkonnou (nedosažitelnost vlastními silami, fyzická neschopnost) a druhá oblast, kde jiná osoba musí být odborně erudována. K postupům s vnější pomocí jsou dle Janči řazeny *akupunktura, irisdiagnostika, chiropraktika, masáže a neurální terapie*. *Akupunktura* je v naší zemi prakticky jedinou metodou alternativní medicíny, která je praktikována prakticky pololegálně. *Irisdiagnostika* neboli diagnostika oční rohovky je metoda čistě diagnostická, která nemá pro přímou léčbu význam. Je podmíněna vysokou odborností a praxí terapeuta. *Chiropraktika* nebo také chiropraxe, manipulace či rovnání je metodou velice účinnou, která vyžaduje kromě znalostí organismu mimořádné vrozené schopnosti a intuici terapeuta. *Masáže* jsou velmi účinnou pomocí a regenerační metodou. Jedná-li se o masáže reflexní či čínské, tak hovoříme o masážích léčebných, u kterých je nutná odbornost a praxe terapeuta. Za *neurální terapii* je považováno využití několika metod najednou, kdy se obvykle kombinují reflexní terapie s akupunkturou a také využití injekčních látek (Janča, J., 1991, 2001).

Metody alternativní medicíny můžeme dělit podle různých hledisek

Dělení dle způsobu léčení:

- Metody založené na přírodních prostředcích a lécích – fototerapie, aromaterapie, léčení vodou a teplem, atd.;
- Metody manuální a manipulativní – chiropraxe, osteopatie, masáže;
- Metody paranormální – snímání aury, bioenergetika, psychotronika, psychochirurgie;
- Akupunktura – se všemi jejími podskupinami, původními i novými;
- Homeopatie a od ní odvozen metody – clusterová terapie, antroposofická medicína;
- Dietoterapie různého charakteru – makrobiotika, léčba zeleninovými šťávami, hladovka, vitaminoterapie;

- Fetišistické metody, léčba vírou a některé psychologické metody (Heřt, J., 1995).

Dělení dle původu:

Metody jsou děleny dle původu na metody domácí, často lidového původu. Další skupinou jsou metody západní, které vznikaly v Evropě a také v USA a poslední skupinu tvoří metody východní (orientální) mezi které patří především čínské, japonské a indické.

Dělení dle doby vzniku:

Mnoho metod má pradávou historii, ať už jsou to fototerapie, astrologie či čínská medicína. Druhou skupinou jsou metody, které vznikají jako metody uměle vytvořené nedávno, ke kterým patří například iridodiagnostika, nové metody akupunktury atd.

Dělení podle vztahu k medicíně:

Některé metody jsou využívány výhradně léčiteli a řadu metod si odborní lékaři vyhradují lékaři pro sebe, k nim patří zejména psychické terapie (Heřt, J., 1995).

2.3 Terminologie

Alternativní medicína

Celosvětově užívaný termín CAM (Comprehensive and alternative medicine) je užívaný termín marketingovými společnostmi. Nejčastěji je užíván termín alternativní medicína se zkratkou AM, která tvoří druhou stranu k medicíně vědecké (VM). Lékaři mají výhrady jak k termínu alternativní, tak k termínu medicína. Dle lékařů lze za medicínu považovat pouze medicínu oficiální a alternativní metody nemají s ní nic společného. S tím však nelze plně souhlasit, protože propracovanost a dlouhodobá zkušenost např. tradičních čínských postupů má ve světě uznání a s tím souvisí i její název čínská medicína. Označení alternativní je považováno za označení jiného či různého ke zhruba rovnocenné

léčebné možnosti, k čemuž mají mnozí lékaři také námitky. S označením alternativní nesouhlasí ani někteří léčitelé, kteří zastávají názor, že medicína je pouze jedna a jejich metody by měly postupně s oficiální medicínou splynout a stát se její součástí. Což je prozatím nemožné (srov. Heřt, J., 1995; Janča, 2002).

Termín alternativní medicína je dnes běžně používán ve světě a pod zkratkou AM jsou konány kongresy. V terminologii jsou využívány další názvy a těmi jsou např: *léčitelství*, což je vhodný název spíše pro lidovou medicínu; *tradiční medicína*, která zavádí svým pojmem k vědecké medicíně, ale také je možno ji posuzovat jako starou medicínu; *pomocná nebo komplementární medicína* je termín, který je přijatelný pro léčitele, kteří léčí většinu chorob sami; *integrovaná medicína*, jejíž název je zavádějící; *celková a holistická medicína* je termín rovněž nevhodný, protože nutnost celkové léčby považují za naprostou samozřejmost jak zastánci AM tak VM; *přírodní a naturální medicína* by mohlo být vhodným názvem v případě, kdyby se v posledních letech nemnožily metody, které jsou jasně nepřirozené, iracionální a uměle vytvořené; *nekonvenční medicína* je termín, který je běžně užívaný v západních zemích; *paramedicína* je vhodné označení, které bylo navrženo Prokopem, ale dosud se neujalo. Zcela nevhodným a nesprávným označením je *šarlatánství*, které není uznáváno nikým. Jde spíše o běžné označení takových metod, které jsou neúčinné a kterým léčitel přisuzuje moc a podvádí tak pacienta. Z těchto všech označení je nejvhodnější označení alternativní medicína, z jehož názvu vyplývá, že jde o alternativu k medicíně vědecké, kterou známe z běžného života. Alternativy se tvoří tam, kde je nutno postupovat jinou než známou cestou, v tomto případě cestou vědecké medicíny (srov. Zemek, R., 1997; Heřt, J., 1995).

Terapie a terapeut

Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují k odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně. Tomuto odpovídá i překlad termínu terapie z řecko-latinského původu, který označuje léčení, ošetřování, ale také starání se, pomáhání a cvičení.

Za terapeuta je považován člověk, profesionál, který prošel patřičným vzděláním, určitou formou výcviku a má jisté osobnostní předpoklady (Müller, 2005).

2.4 Příčiny užívání alternativních terapií u jedinců s TZP

Důvody, proč se lidé obracejí k netradičním způsobům léčení je mnoho. Jedním z hlavních důvodů je nepochybně potřeba, aby byli vyslechnuti a jejich obtíže byly vnímány komplexně a ve všech souvislostech, které sám pacient leckdy vypozeruje, které však specialistovi často nemůže sdělit. Dále je to důvěra v léčitele, dostatek času, hledání příčin onemocnění a snaha o odstranění těchto příčin bez vedlejších účinků. Pomoc léčitele či terapeuta nespočívá pouze ve vlastním léčení, ale také ve schopnosti doporučit nemocnému vhodnou alternativní léčebnou metodu (Zemek, R., 1997). Jedním z hlavních důvodů, proč rodiče dětí s těžkým zdravotním postižením je touha po porozumění jejich dětem. Hledání základních příčin těžkého zdravotního postižení a také hledání cesty, jak zlepšit kvalitu života jejich dítěte a následně celé rodiny jsou dalšími důvody. Dle Krause je důvodem volby alternativních terapií, u rodičů zdravotně postižených dětí, snaha o zlepšení kvality života, doplnění tradičních postupů a zmírnění určitých doprovodných obtíží. K dalším důvodům patří malý počet nežádoucích účinků, snaha o holistický přístup a větší míra vlastní kontroly péče o jejich postižené dítě. Rodiče je volí především u dětí mladších věkových skupin s těžkým zdravotním postižením. Převážně je kombinují s tradiční léčebnou péčí. Většina metod prodlužuje dobu spolupráce dítěte s rodiči (Kraus, J., 2005).

Přes veškeré vědecké pokroky a nové klinické znalosti, nepřináší léčba těžkého zdravotního postižení a potažmo mozkových hybných poruch, vždy výsledky, které by vedly k uspokojení. Zvláště problematika spojená se spasticitou, která doprovází téměř všechny hybné poruchy. Zmírnění důsledků spasticky je stále diskutováno a hledají se nová řešení. Dnešní dostupné rehabilitační metody nedokážou vždy zvrátit prognózu vývoje neurologické poruchy a rozvoj dalších následků. Proto je hledání nových léčebných technik a metod stále aktuální. Specifikum těžkého zdravotního postižení se vyznačuje celoživotní přítomností

obrazu nemoci. Ve většině případů nelze odstranit neurologickou, tedy primární lézi, a proto je nutné se soustředit na odstranění a minimalizování funkčních a později strukturálních důsledků. Možnosti rehabilitace jsou omezeny stupněm a rozsahem postižení a v průběhu života jedince s těžkým zdravotním postižením se tyto hranice jasně projevují a zároveň se fixují důsledky patologických návyků. Tyto sekundární poruchy pak jedince dále omezují ve volní aktivitě a způsobují i omezení v sociální oblasti a určují tak přímo kvalitu jeho života. Přestože všechny fyzioterapeutické intervence (např. Vojtova a Bobathova metoda) přináší do jisté míry i normalizaci svalového tonu, vyvinou se u těžších postižení postupem času patologické a často nezvratné změny pohybového aparátu, které se projevují kontrakturami, kloubními subluxacemi, skoliózami a dalšími. V oblasti rehabilitace nebylo objeveno mnoho komplexních metod pro prevenci a zmírnění těchto důsledků, Proto se někteří léčitelé, ale i odborníci, začali obracet na využití alternativních terapií u dětí s těžkým zdravotním postižením. Tyto terapie jsou voleny dle specifika obrazu nemocného a hrají podpůrnou a doplňkovou roli. Terapie využívají k léčbě znalost tělních systémů a vzniklou patofyziologii na několika tělních systémech současně, ovlivňují několika různými přístupy (srov. www.dobromysl.cz; Iglis, B., West, R., 1992).

Shrnutí:

Alternativním terapiím je v současné době věnována velká pozornost a dostává se jim velkého rozmachu. Jejich počátky využívání sahají do dávné historie a mají dlouholetou zkušenost a tisíciletými prokázanou účinnost. Staří předkové využívali moci alternativních terapií, již v dobách, kdy moderní medicína ještě neměla položeny své základy. V posledních letech je v naší republice věnována alternativním terapiím určitá pozornost. Mnozí čeští autoři se zaměřili na publikování a tím i zhodnotili své dosavadní zkušenosti v knižní podobě. Množství světové literatury značí o dlouholetých zkušenostech a velkém rozmachu při využívání alternativních terapií. Alternativní medicína a její využití se stále potýkají s nedůvěřivou částí populace, avšak již velká část nemocných našla pomoc právě v alternativní medicíně v době, kdy moderní medicína selhávala. Alternativní medicína má své podstatné místo v léčbě jedinců s těžkým zdravotním postižením.

3 Vybrané terapie užívané u jedinců s TZP

3.1 Niťová akupunktura

Akupunktura

V záplavě mnoha léčebných metod a alternativní medicíny se akupunktura vydobyla své pevné místo a je spolehlivým doplňkovým produktem vědecké medicíny. V České republice je součástí medicínských oborů a také České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Podle Věstníku MZ 1981 mohou akupunkturu v naší republice provádět lékaři, kteří získali specializaci v některém z klinických oborů včetně oboru všeobecného lékařství a kteří absolvovali přípravu v institutech lékařského vzdělávání, popřípadě zdravotnickou organizací pověřenou Ministerstvem zdravotnictví (www.akupunktura.cz).

Charakteristika akupunktury

Akupunktura je stará čínská metoda, která je v současné době rozšířena po celém kulturním světě. Její přesné stáří není známo, ale první informace udávají stáří až 5000 let. Jde o mezioborovou lékařskou disciplínu s uceleným systémem diagnostiky, prevence, léčby a doléčování. Tvoří součást komplexní léčebné a preventivní péče o pacienta. Prevence a léčba pomocí akupunktury se zakládá na cíleném ovlivňování organismu přesně ohraničených míst na povrchu těla, které jsou nazývány aktivní body. Podle charakteru onemocnění a stavu pacienta jsou voleny aktivní body, které jsou součástí podrobných a složitých tělních systémů vycházejících z čínské medicíny. Akupunktura je často kombinována s dalšími metodami alternativní medicíny, např. psychotronikou, ale především homeopatií (srov. Pomerancz, B., 2003, Kajdoš, V., 1997).

Teorie akupunktury

Teorie akupunktury vychází z představy, že organismus je celek, ovládaný obecnou energií, silou zvanou Qi (čchi), která zajišťuje rovnováhu mezi základními principy, jangem a jinem. Tyto dva principy zhruba odpovídají pozitivitě a negativitě, mužskému a ženskému prvku. Všechny orgány lidského

těla lze přiřadit k některému z těchto principů. Mezi orgány jangové jsou řazeny orgány duté, související s přijímáním potravy, jejím zpracováním. Za orgány jinové jsou považovány orgány plné nebo také hmotné, mezi ně patří např. srdce a plíce. Mezi všemi orgány neustále proudí energie čchi, která se projevuje v osmi základních formách. Jsou jimi obecné, výživné, ochranné čchi, ale také čchi jako krev, duch a tekutina. Životní síla proudí v těle podle čínských představ po určitých drahách, které spojují všechny orgány a které se nazývají meridiány. Tyto dráhy jsou umístěny v různé hloubce a také se různě kříží. Jednotlivé meridiány jsou pojmenovány podle důležitých orgánů (např. meridián srdce, žlučníku, atd.). Na meridiánech jsou umístěny aktivní body, které umožňují vstup škodlivin do těla, ale také ze kterých je možno dráhy ovlivňovat. Podle tradice existuje 365 akupunkturních bodů (Marek, J., 2000).

Využití akupunktury

Indikací akupunktury se zabývá i Světová zdravotnická organizace. Léčba akupunkturou se zaměřuje na úpravu akutních nebo chronicky narušených regulací vnitřních orgánů a jejich funkcí, blokaci nebo modulaci bolesti na různých úrovních nervového systému, odstraňování nebo tlumení ložiska chorobné vzrušovací aktivity, působení psychoregulační a imunomodulační a také úprava narušených motorických a senzitivních funkcí. Akupunkturou lze také doplňovat klasické postupy při zlepšování kvality života u nevléčitelně nemocných. Tato metoda svým přístupem a celostním pohledem na člověka a prostředí, ve kterém žije, vede k pozitivnímu ovlivnění způsobu života. Proto je její využití vhodné u jedinců s těžkým zdravotním postižením (www.akupunktura.cz).

Metodické a materiální prostředky akupunktury

Podstata preventivních a terapeutických účinků akupunktury spočívá v cíleném výběru a cíleném ovlivňování organismu akupunkturními body a jejich systémy. Tyto body lze ovlivňovat několika způsoby, mezi které řadíme vpich akupunkturní jehly, tlak, elektrický proud, magnetické pole, teplo či chlad, světlo, chemické působení (léčivou substancí) a jinými způsoby. Klasická akupunktura využívá vpichů jehly. Ostatní způsoby jsou odvozené formy.

V praxi jsou také využívány různé způsoby akupunktury, které využívají jednotlivé tělní systémy, či jejich kombinace. Patří mezi ně tělový systém (klasický systém akupunkturních bodů a drah), systém bodů na boltci ucha (např. Nogierův mikrosystém ušního boltce), systém bodů na hlavě (např. Yamamotova akupunktura YNSA), systém v dutině ústní, systém bodů ruky a nohy (např. Jayasuriyho akupunktura ruky a klasický su-jok) a další systémy (srov. Marek, J., 2000; Janča, J., 1991).

Nit'ová akupunktura

Charakteristika nit'ové akupunktury

Nit'ová akupunktura je založena na stejné teorii tradiční čínské medicíny a využívá stejných metodických postupů. Mezník mezi klasickou akupunkturou a nit'ovou akupunkturou tvoří materiální vybavení. Při praktikování klasické akupunktury jsou téměř vždy využívány klasické akupunkturní jehly, které jsou složeny ze dvou kovů. Držátko je zpracováno z mědi nebo bronzu a samotná jehla z oceli. Jehly pro akupunkturu jsou velice tenké 0,2-0,3 mm o délce 15-65 mm (Stux, G., 2003).

Systém vkládání

Nit'ová nebo také vkládaná akupunktura je speciální metodou akupunktury. V Číně se v minulosti využívalo pomoci bambusového štěpu. V České republice se touto metodou zabýval MUDr. Umlauf z Brna, který akupunkturní bod nařezával. Nyní se při aplikaci a ovlivňování akupunkturních bodů využívá speciální systémem, který je vyroben z chirurgické oceli a je samozřejmě opakovaně sterilizovatelný. Původ tohoto systému je připisován mnoha autorům. Nejprve se o něm zmiňuje Dr. Le Thuy Oanh se svými kolegy v roce 1982. K jeho vzniku se také hlásí Dr. Krejčíř, který dle našeho osobního telefonického rozhovoru uvedl: „ *Tento systém mám patentovaný a patent jsem prodal na Slovensko a také do Maďarska*“ (MUDr. Krejčíř, 2010). Krejčíř říká, že jej vynalezl pro případy, kdy klasická akupunktura má velmi krátkou dobu působnosti.

Ovšem k jeho vzniku se také hlásí Dr. Gabrielala Hegyi, která je vedoucí lékařkou institutu Yamamoto v maďarské Budapešti. Tento systém má vzhled duté na vrcholu zkosené jehly o šířce asi 0,5mm, která je opatřena systémem zpětného kolíku. Do duté jehly se vzkládají chirurgické šicí materiály, které jsou vstřebavatelné (rozpustné) v lidském těle. K léčbě je využívána absorpce sterilních, 7-8 mm dlouhých, chirurgických monofilů do akupunkturních bodů, kde se monofily vstřebávají po dobu 3-4 týdnů. Tyto monofily se vpraví pomocí duté jehly k akupunkturnímu bodu a jsou pomocí zpětného kolíku zasunuty do akupunkturního bodu. Vkládání je vhodné opakovat každé 3 týdny, později 5-6 týdenní pauza stačí. Četnost ošetření nitřovou akupunkturou je dána závažností poruchy. Doba jedné návštěvy je zhruba 30 minut, pro dítě je tato návštěva ve většině případů velmi stresující. Délka návštěvy je ale také výhodou, kdy dítě nemusí ležet v jedné poloze s aplikovanými jehlami v těle. Po aplikaci monofilů odchází domů. Po aplikaci není doporučeno koupání po dobu 24 hod, aby nedošlo k zanícení místa vpichu.

Institut Yamamoto v Budapešti se specializuje na léčbu těžce zdravotně postižených dětí a má bohaté zkušenosti. Jako jediný institut v Evropě se specializuje na nitřovou akupunkturu a ve své praxi využívá různé kombinace tělních systémů. Jeho doménou je také ovlivňování intelektu pomocí YNSA systému (hlavový systém) (srov. www.yamamoto.hu; Marek, J., 2000).

3.2 Synergická reflexní terapie

Charakteristika terapie

Poprvé se touto metodou začal cíleně zabývat v devadesátých letech 20. století německý ortoped W. Pfaffenrot, který vytvořil léčebný koncept a nazval jej synergická reflexní terapie. Jde o léčebný koncept, který je určen především pro specifikum sekundárních pohybových poruch u pacientů s primární poruchou centrální nervové soustavy. Tato metoda má charakter doplňkové, podpůrné a preventivní léčby negativních důsledků neurologických poruch na pohybovém aparátu a dalších tělních systémech. Je také přínosem v podpoře fyzioterapeutických metod ve smyslu zkvalitnění a zrychlení tělních reakcí pacienta na léčebnou tělesnou výchovu (např. Vojtovu či Bobathovu metodu).

Třetím významem je komplexnost působení na většinu tělních systémů (www.dobromysl.cz).

Dle Vodičkové, R., (2009) při osobním setkání je „*Synergická reflexní terapie manuální terapie, která spojuje vybrané prvky z několika ve světě užívaných reflexních terapií s novými reflexními prvky Dr. Pfaffenrota. Tato terapie využívá také terapie, jako jsou manipulace, mobilizace akupresura, myofasciální technika a reflexní terapie plosky nohy. Kombinace reflexních terapií, které jsou aplikovány současně během jednoho ošetření, přináší synergický efekt, který se projevuje vzájemným ovlivňováním jednotlivých manuálních technik, a tím dochází k navýšení jejich účinku. V důsledku synergického efektu dochází během terapie ke komplexní působnosti na většinu tělních systémů a tím je možno dosáhnout zvýšené účinnosti a překvapivých výsledků na hybném aparátu a dalších tělních systémech. Tyto výsledky se projevují dále jako zvýšená koordinace a koncentrace jedince, zlepšení polykání, mluvení, psaného projevu, snížení hypersalivace, zkvalitnění jemné motoriky a zkvalitnění celkových motorických dovedností. Synergickou reflexní terapii je vhodné aplikovat v desetidenních blocích a tyto bloky je vhodné opakovat 4-5 krát ročně. Bezprostřední reakce po aplikaci desetidenního bloku jsou ve většině případů zachovány, avšak může docházet postupem času, v případě normalizace svalového tonu, ke snížení účinku. Synergická reflexní terapie, stejně jako ostatní terapie, není samospasitelnou terapií. Nepůsobí přímo na motorickou aktivitu, a proto není vhodné ji nahrazovat samotnou fyzioterapií“.*

Indikace Synergické reflexní terapie

Synergická reflexní terapie má poměrně široké spektrum využití. Je aplikovatelná u jedinců s těžkým zdravotním postižením a kombinovanými vadami (DMO, hydrocefalus, skleróza multiplex, atd.). Dále je možné ji aplikovat u genetických vad, vrozených a získaných vad pohybového aparátu, cévních mozkových příhod, léčebně mozkových traumat, poruch držení těla, epilepsie, hyperkinetického syndromu, poruch senzomotorické integrace, lehkých mozkových dysfunkcí, poruch řeči, následků artrózy a revmatických onemocnění.

Kontraindikována je terapie v případě onemocnění vysokým tlakem, krvácení do mozku, postoperační stavy a totální vyčerpanosti organismu (www.isrt.cz).

3.3 Animoterapie

V České republice neexistuje zvláštní názvosloví metody při využití zvířete jako léčebného prostředku pro člověka. Anglosaská literatura využívá označení *léčení prostřednictvím domácích miláčků* (popřípadě léčení domácími miláčky). Přesnou definici nelze jednoznačně uvést také vzhledem k možnostem, které jsou nabízeny a různých možných úhlů pohledů na problematiku (www.animoterepie.cz).

Animoterapie (zvířaty podporovaná terapie) je souhrnný termín pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které jsou založeny na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem (Mojžíšová, Lacinová, Šemberová, 2001).

Zvíře se dostává do role prostředníka, tzv. koterapeuta. Terapie prostřednictvím zvířat jsou mnohdy vykládány jako velmi významné, jindy zavrhané. Měli bychom k této problematice zaujmout uvážlivý a rozumný přístup. Vždy musíme mít na paměti, že na druhém konci vodička či opratí je člověk – animoterapeut, který rozhoduje o tom, zdali terapii využít a také kdy a jak přítomnosti zvířete využít. Podle Vymětal (2004) má osobnost terapeuta vykazovat ve zvýšené míře vlastnosti a chování, jež odpovídají rogersovskému pojetí psychoterapie (akceptace – přijetí, empatie – vcítění, autenticita – opravdovost). Dále je nutné, aby terapeut důvěřoval terapii, kterou provádí (srov. Vymětal, J., 2004, Gajdová, L., 1999).

Metody animoterapie

Se stoupající profesionalitou terapeutů se v 70. letech 20. století začalo ve světě rozlišovat mezi několika dílčími metodami. Celosvětově uznávanými názvy metod jsou AAA, AAT, AAE, AACR (www.animal.therapy.net).

- *Animal Assisted Activities (AAA)* – kdy jde o přirozený kontakt zvířete a člověka, který je zaměřen na zlepšení kvality života jednotlivce nebo přirozený rozvoj jeho sociálních dovedností pomocí určité motivace. Dále pak se dělí AAA na pasivní a interaktivní (Gajdová, L., 1999).

- *Animal Assisted Therapy (AAT)* – jde o cílený kontakt člověka a zvířete, zaměřený na zlepšení psychického nebo fyzického stavu klienta. AAT se obvykle používá ke změně žádoucího a nežádoucího chování u jedince. Nejčastěji je tato metoda využívána k překonávání nadměrného strachu (fobie), ale může také posloužit i jako prostředek k nácviku nových dovedností. Cílem této terapie je podpora tradiční léčby nebo rehabilitace.

- *Animal Assisted Education (AAE)* – kdy jde o přirozený nebo cílený kontakt zvířete a člověka zaměřený na rozšíření nebo zlepšení výchovy, přirozené zvyšování motivace k učení, vzdělávání nebo sociálních dovedností jednotlivce.

- *Animal Assisted Crisis Response (AACR)* – jde o přirozený kontakt zvířete a člověka, který se ocitl v krizové situaci, je zaměřený na odbourávání stresu jednotlivce a celkové zlepšení jeho psychického nebo fyzického stavu vedoucího ke stabilizaci situace.

Tyto léčebné programy podporují rozvoj tělesných, psychických, citových, poznávacích, a výchovných funkcí nejen těžce zdravotně postižených. Terapie jsou prováděny formou návštěvních aktivit, jednorázových aktivit, pobytových programů a rezidentních programů. Specifickými formami jsou ambulantní program, program péče o zvíře, zooterapie s asistenčním psem (srov. Velemínský, M., 2007; Holý, K., Horáček, K., 2005).

Rozdělení animoterapie dle zvířecího druhu

Zvířata mohou sehrát svou roli také v procesu psychoterapie. Prochaska, J. O. a Norcross C. (1999) definují psychoterapii jako „*odbornou a záměrnou aplikaci klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících a uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí.*“

Canisterapie

První ucelené standardy pro léčebné využití psů v České republice byly vytvořeny pomocí sdružení Pomocné tlapy ve spolupráci se SVOPAP s. r. o. Toto vzdělávací centrum s akreditací Ministerstva školství České republiky pro rekvalifikaci v oboru chovatelství zvířat, canisterapie a chovu, výcviku a úpravy psů, provádí kurzy pro chovatele exotických zvířat, pro pracovníky zoologických zahrad, ošetřovatele koní, chovatele i canisterapeutické instruktory. Název canisterapie zahrnuje způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž pojem zdraví je zde myšlen přesně podle definice WHO (Světové zdravotnické organizace) jako „stav psychické, fyzické a sociální pohody“ (Gajdová, L., 1999).

V návaznosti na psychické zdraví člověka se canisterapie používá jako pomocná (doplňková) psychoterapeutická metoda, také jako metoda, která je posledním východiskem v situacích, kdy jiné metody selhávají nebo není možno je použít. Nejčastějším uváděným příkladem je využití canisterapie při navazování kontaktu s obtížně komunikujícími lidmi či pacienty. Působení na „fyzickou pohodu“ má canisterapie především u spasticity jedince, kdy řízený kontakt se zvířetem může vyvolat uvolnění svalů a následné povolení spasticity. Canisterapie je také vhodná jako aktivita volnočasová, příznivě ovlivňuje vzájemné interakce, emoce a chování jedinců, stimuluje k aktivitě, zvyšuje sebevědomí a má vliv na jemnou motoriku klientů ve všech věkových kategoriích (Velemínský, M., 2007).

Hipoterapie

Hipoterapie zaujímá zvláštní místo v animoterapii, patří k významné prožitkové terapii. Kůň, který je při terapii využíván, není domácí mazlíček, a proto se mění celkový přístup k této terapii jako terapii rehabilitační. Její metodika je podrobně rozpracována. Jde o metodu, která je použitelná téměř u každého druhu a stupně postižení. Je to rehabilitační metoda, která využívá pohybu koně a jeho přenosu na člověka, spolu s psychologickým působením jízdy na koni. Léčebné pedagogicko – psychologické ježdění je metoda léčby

psychosociální oblasti. Uplatňuje se především psychologická a pedagogická metodika (Nerandžič, Z., 2006).

V České republice má léčebné využití koní dlouholetou tradici. Jako první využil huculské koně systematicky k terapeutickému ježdění RNDr. Otakar Leiský a od roku 1986 se zabývají rehabilitací prostřednictvím koní v Rehabilitačním ústavu Hamzovy léčebny v Luži Košumberk (Nerandžič, 2006).

Výběr koně pro hipoterapii se řídí podle jeho charakteru, který je nadřazen plemenu koně. Charakter je zčásti vrozený a zčásti ovlivnitelný člověkem. Kůň musí být zdravý a nesmí mít těžké vrozené vady. Tým odborníků a kvalifikovaných spolupracovníků pro hipoterapii obsahuje – hipologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, speciálního pedagoga a dalších. Hipolog musí absolvovat jezdecký výcvik a trenérský kurz. Je vhodné, pokud je proškolen i v kurzu hipoterapie garantovaném státem nebo Českou hiporehabilitační společností. Ostatní účastníci musí ovládat základní pravidla hipoterapie a bezpečnost práce při terapii. Hipoterapie u každého jedince musí být plně indikována lékařem (Holý, K., Horáček, K., 2005).

Felinoterapie

Felinoterapie je založena na kontaktu člověka s kočkou, při němž dochází k vzájemnému pozitivnímu působení (Kalinová, 2003b). Cílem terapie je ve většině případů aktivizace jednotlivce a navození libých pocitů. U dětí se specifickými vzdělávacími potřebami jde zejména o procvičení jemné a hrubé motoriky, zdokonalení řeči a také začlenění do kolektivu. V České republice pracuje od roku 1997 organizovaně s kočkami pouze Nezávislý chovatelský klub se sídlem v Mladé Boleslavi. V roce 2001 vydal plemennou knihu koček a zkušební řád pro týmy v návštěvní terapeutické službě. Kočka napomáhá při zmírňování adaptačního stresu např. u uživatelů sociálních služeb v domovech seniorů. Metodika felinoterapie je zpracována na základě podobných aktivit jako v canisterapii a na základě zkušeností, které byly získány v průběhu provádění terapie. Terapie se provádí formou návštěvní služby. Kočky jsou vybírány na základě povahových vlastností a plemenné příslušnosti, kdy nevhodnější jsou kočky z domácích chovů (srov. Velemínský, M., 2007; www.animoterapie.cz).

Delfinoterapie

Delfinoterapii může být definována jako speciálně upravený a kontrolovatelný kontakt člověka s delfínem. Delfíni jsou významnými partnery pro mnohostrannou interakci a hru. Klientům delfinoterapie nabízí příjemný prožitek v oblasti tělesných prožitků, komunikace, sociální interakce i příjemně strávený čas. Důležitým momentem je zaujetí prožívanou chvílí a soustředění se na momentální situaci, a také motivace k činnosti ve vodě je spontánní. Delfinoterapie se stává stále více populární v intervenci dětí s těžkým zdravotním postižením (Smoljaninov, A., 2006).

Delfinoterapie je v dnešní době aplikována pod jménem *Dolphin Human Therapy (DAT)*. V České republice se tento druh zooterapie nelze praktikovat z důvodu polohy naší republiky, avšak není zcela neznámý. Nejproslulejší delfinárium se nachází na Floridě, další najdeme v německém Nurnbergu, v ukrajinském Sevastopolu a Jaltě, nebo izraelském Eilatu (Kosová, P., 2008).

Delfinoterapie není léčba v pravém slova smyslu, ale může pomáhat zmírnit některé přidružené symptomy postižení a může zlepšovat průběh léčebného působení. Cílem terapie je zvýšení smyslové aktivity klientů s těžkým zdravotním postižením. Terapeutické jednotky jsou prováděny v bazénech s částečně ochočenými nebo zcela ochočenými delfíny. Terapie se účastní dítě s rodiči, delfín a také terapeut a cvičitel delfínů, kteří s dítětem systematicky pracují (www.altonweb.com).

Vztah delfínů k lidem poprvé popsal v roce J. C. Lilly (1986) v knize *Člověk a delfín*. Zkoumal formy komunikace a interakce člověka s delfínem, prohlásil, že delfíni mohou pomáhat lidem učit se lepší komunikaci s ostatními.

Je prokázáno, že interakce s delfínem má vliv na děti s neurologickým poškozením. V 70. letech 20. století Dr. Betsy Smith, učitelka antropologie, zaznamenala terapeutické účinky delfinoterapie na svém postiženém bratrovi. O pár let později byla delfinoterapie rozvíjena Dr. Nathasonem, klinickým psychologem, v centru na Floridě v Americe (www.henryspink.org).

Delfinoterapie je individuální metoda, kterou mohou využívat děti již od dvou let. Potřebnou zkušeností pro delfinoterapii je předpoklad minimální zkušenosti pobytu ve vodě, neboť při absenci této zkušenosti je terapie náročnější na čas. Smoljaninov A. (2006) uvádí tyto součásti terapeutického působení: kinestetické vnímání harmonie pohybů, pozitivní emoce, vliv na reflexní zóny (již při prvním setkání delfín instinktivně dětem jemně pyskem stlačuje místa, která jsou nejvíce poškozena), motivace hrou (děti si hladí delfína, plavou s ním, hází mu míč a také polohují se na něj).

Delfinoterapie má také souvislost s jinými terapiemi, např. s psychoterapií (rodinnou), fototerapií, vibračně akustickou terapií, reflexní terapií nebo s psychostimulací. Setkání s delfíny vyvolává velké emocionální odezvy, které uvolňují blokace hlubokého prožívání a také emocím. Delfinoterapie se aplikuje v blocích, trvá většinou 7-10 dnů a účastní se jí většinou celá rodina (závisí na terapeutovi). Metodiky delfinoterapie se liší podle toho, kým jsou vedeny. Metody jsou vedeny skupinově nebo individuálně, jiné metody jsou podpořeny rehabilitací bezprostředně po delfinoterapii (Kosová, P., 2008).

Hlavní účel programu je povzbuzovat děti k vyvození požadované odezvy v souladu s individuálním programem terapie dítěte. Delfinoterapie je založena na teorii, že děti s postižením jsou schopny zvýšení pozornosti na významné podněty v prostředí následkem jejich touhy po setkání s delfínem. Mezi hlavní body delfinoterapie patří zapojení celé rodiny do procesu terapie, umožnění relaxace všem členům rodiny, postupné zkracování rozsahu vzdálenosti mezi delfínem a klientem a zároveň také zvyšování individuálně volených nároků na úkoly, které dítě plný v průběhu terapie. Tak jako se dítě každým dnem přibližuje stále více ke zvířeti, dostává od terapeuta také složitější úkoly a zvyšují se tím i nároky na dítě při hře. Mezi hlavní terapeutické úkoly delfinoterapie patří úkoly jemné a hrubé motoriky a úkoly z produkce řečových reakcí (srov. Velemínský, M., 2007; www.dolphintherapy.ru).

Další druhy animoterapie

K dalším druhů animoterapie patří *ornitoterapie*, která využívá k terapii ptactva v rámci animoterapie, není však příliš rozšířenou terapeutickou metodou;

lamaterapie s využitím lamy v rámci zooterapie; *insektoterapie* využívá hmyzu. Další zvířecí druhy jsou využívány bez přiblížení živočišného druhu. Většinou se označují opisem, např: terapie akvariijními rybičkami. K těmto terapiím řadíme terapie s malými domácími zvířaty (plazi, králík, činčila, fretka, morče a ostatní hlodavci), terapie s hospodářskými zvířaty (kozy, ovce, ale také prasata), a terapie s volně žijícími a exotickými zvířaty (Velemínský, M., 2007).

3.4 Další vybrané terapie (CST, Adeli)

CST - Kraniosakrální terapie

Kraniosakrální terapie je jemná, neinvazivní doteková technika, která využívá manipulaci. Doposud se řadí mezi terapie celostního ošetřování. Cílem této terapie je nastolení energetické rovnováhy v organismu pomocí jemného působení hlavně v oblasti lebečních kostí, ale také pánve, žeber, páteře, dolních končetin, uší nebo bránice (srov. Upledger, J. E., Grossinger, R., Ash, D., Cohen, D., 2009; Lavendeer, G. G., 2009).

Kraniální systém

Kraniosakrální systém se, dle několikaletých výzkumů, skládá z membrán, které obklopují nervový systém (mozek a mícha), z kostí cranium (lebka) a sacrum (křížová kost), které jsou připojeny k těmto membránám. Dále je tvořen fascií (provázka), která propojuje membrány s ostatními částmi těla a mozkomíšní tekutinou. Všechny tyto části pulzují vyrovnaným pohybem, který se nazývá kraniální rytmus. V optimálním případě volného toku tekutin ve všech částech tkání je předpoklad zachování zdraví. Překážky a omezení mají za následek dysfunkci nebo nemoc a je nutné, aby došlo k uvolnění blokády a obnovení rovnováhy organismu. Kraniosakrální systém využívá pulzace mozkomíšního moku, která proudí do mozku a prodloužené míchy a z páteře pak následně do celého těla. Rytmus pulzace je 8-12x za minutu, přičemž záleží na individualitě jedince. Tento rytmus je formován již v děloze matky a končí smrtí jedince (www.dobromysl.cz).

Využití terapie

Cílem terapie je identifikovat zdroj energetických blokády, uvolnit překážky, a tím tak docílit optimálního toku tekutiny a energie. Pomocí této terapie je možno ovlivňovat pohyblivost lebečních kostí a páteře, ale také pohyblivost křížové kosti a následně i kloubní spojení. Kraniosakrální terapie je využívána u jedinců s těžkým zdravotním postižením, nejčastěji u jedinců s dětskou mozkovou obrnou, u kterých dochází k omezení pohybu lebečních kostí v důsledku částečné poruchy mozku a pohybového aparátu. Dále je také využívána při traumatech, kdy došlo k poruše opačným postupem, než v případě vrozeného postižení. Všeobecně je tato terapie využívána u onemocnění, které mají za následek poruchy senzorické, motorické, neurologické a různé psychické dysfunkce mozku. Kontraindikovány jsou stavy při zlomeninách mozku a nitrolebeční krvácení. (srov. Upledger, J. E., Grossinger, R., Ash, D., Cohen, D., 2009; Lavendeer, G. G., 2009).

Kraniosakrální terapie je využívána u jedinců s těžkým zdravotním postižením z mnoha důvodů. Jedním z nich je posílení autoregulačního systému jedince. Dále pak pomáhá optimalizovat či normalizovat pravidelný cyklus kraniálního rytmu. Uvolnění lebečních švů a následné uvedení lebečních kostí a páteřních obratlů do pohybu vede ve většině případů k uvolnění mozkové a míšní blány. Tím je zabezpečeno pravidelné omývání likvorem a správná funkce převodu nervových vzruchů. V rámci terapie může terapeut také využívat tzv. somatoemocionální relaxaci a viscerální (orgánovou) manipulaci, které jsou rozšířené na psychiku jedince (www.isrt.cz).

Adeli – program Euromed/Adeli Suit

Metodika Adeli je rehabilitační léčba, která je vhodná pro děti i dospělé jedince s těžkým zdravotním postižením se zaměřením na centrální poruchy pohybového aparátu. Metoda představuje speciální sadu šablonových cvičení, které jsou prováděny ve speciálním obleku. Každý soubor je volen individuálně na základě základní formy postižení, věku a celkového stavu jedince (www.adeli-method.com).

Adeli Suit

Vznik této metody je připisován moskevskému lékaři psychoneurologické nemocnice Vladimíru Tychinovi, který poprvé představil myšlenku využití G-obleku (oblek kosmonautů) k rehabilitaci u jedinců s poruchami mozkových hybných poruch a také vypracoval zásady Adeli metody. Adeli Suit je v podstatě soubor podpůrných jednotek v oblasti ramen (podložka nebo vesta), v oblasti pasu (široký opasek nebo kraťasy) a v oblasti nohou (nákoleníky nebo boty). Jednotlivé podpůrné jednotky jsou k sobě navzájem spojeny systémem nastavitelných elastických svazků, přičemž jednotlivé důležité vazby jsou v oblastech svalů, které jsou odpovědné za rotační a jiné pohyby. Jednotlivé vazby jsou v průběhu terapie dle potřeby upravovány. K obleku je možno využít doplňků, které vyžadují např. správné dražení hlavy, či loktu a zápěstí (Burzstyn, A. M., 2007).

Využití terapie

Metoda Adeli je metoda, která pracuje v návaznosti na základním postižení centrálního nervového systému. Aplikace této metody výrazně umožňuje snížení patologických reflexů a urychlený vznik nových, téměř normálních fyziologických pohybových stereotypů. Dochází k mnohanásobnému zesílení aferentní (převodní) pulzace, které má za důsledek zesílení normálního působení na porušené motorické struktury a urychlení procesu dozrávání určitých částí centrální nervové soustavy, vytváření nových funkčních sekvencí, vznik nového pohybového stereotypu (maximálně podobného fyziologickému) a také celkové zlepšení funkce vnitřních orgánů a systémů. Terapie se provádí v turnusech a je nutno ji opakovat. Její využití nemůže vést ke zhoršení stavu pacienta. U jedinců dochází ke zlepšení celkové schopnosti chodit, korekci patologických poloh podpůrného a pohybového aparátu, zvýšení pohyblivosti v oblasti kloubů a kontraktur, překonání svalové slabosti, fungování rovnovážných a antigravitačních systémů, zlepšení taktilních schopností, celkové zlepšení opěrných funkcí, rozvoj manipulačních schopností rukou a také zlepšení v oblasti řečových schopností a smyslových funkcí. Kontraindikovány jsou stavy s destruktivními změnami páteře, kloubní luxace a dysplazie kyčelního kloubu, nekompenzované epilepsie, stavy výrazného zhoršení duševního či mentálního

stavu jedince a horečnaté stavy (srov. www.adeli-suit.com; Burzstyn, A. M., 2007).

Shrnutí:

Vybrané druhy terapií jsou v dostupné české literatuře poměrně velkou neznámou, avšak jsou velmi dobře využitelné u jedinců s těžkým zdravotním postižením. Oblast alternativních terapií se stále více rozšiřuje a tyto terapie jsou stále inspirovány poznatky různých světových kultur a tradic. Značná míra zkušeností je přebírána z poznatků tradiční čínské medicíny, které se staly základní kamenem pro mnoho dalších terapií. Některé terapie mají dlouholetou zkušenost a těší se stále větší oblibě, jiné jsou v počátcích.

4 Využití vybraných terapií

4.1 Cíl DP, metodologie

Cíl diplomové práce

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit frekvenci využití alternativních terapií u jedinců s těžkým zdravotním postižením, které mohou svými účinky a svým působením přispět k celkovému zlepšení zdravotního stavu jedince. Dílčím cílem je zjistit možnosti využití níže jmenovaných terapií jako podpůrných terapií v rámci psychopedagogické korekce u jedinců s těžkým zdravotním postižením a posouzení efektu daných terapií na psychomotorický vývoj jedinců, kteří tyto terapie absolvovaly. Dalším dílčím cílem je seznámit čtenáře odborné i laické veřejnosti s možností využití těchto terapií. Diplomová práce je zaměřena na využití nitřové akupunktury, synergické reflexní terapie, delfinoterapie jako druhu zooterapie u jedinců s těžkým zdravotním postižením jako podpůrných psychopedagogických metod. Terapie Adeli a Kraniosakrální terapie jsou zde uvedeny pouze okrajově. Vybranými druhy postižení jsou dětská mozková obrna, Downův syndrom a Autismus.

K naplnění cílů diplomové práce jsme si stanovily aspekty pro analýzu:

- oblast komunikace
- hrubé motoriky
- sociálních dovedností

Metodologie

V průběhu zpracovávání diplomové práce byly použity tyto metody a techniky. Metody přímé zahrnují využití experimentu jako osobní zkušenosti a následného ověření postupů a výsledků a dále pozorování jako sledování jednotlivců v určitém časovém úseku. Z metod nepřímých bylo využito rozhovoru s rodiči jednotlivců a také rozhovoru s pedagogy a odborníky. Dále jsou využity dokumentové metody: sběr informací, překlady anglických textů a rozbor internetových zdrojů, dále pak studium zdravotní a pedagogické dokumentace a analýza výsledků. Jedná se o kazuistické šetření, které je zaměřeno na pozitivní

vliv vybraných terapií u jedinců s těžkým zdravotním postižením. Jednotlivé kazuistické studie jsou strukturovány do několika částí. Každá kazuistická studie obsahuje stručné označení klienta, diagnózu, rodinnou anamnézu a osobní anamnézu. Dále jsou zde rozbor z vyšetření speciálně pedagogického centra, kde jsou popsány dovednosti v oblasti komunikace, hrubé motoriky a sociálních dovedností před realizací jednotlivých terapií. Další částí je využití jednotlivých terapií se zaměřením na zjištění průběhu terapie, zaměřením terapie, vlivu terapie, efektu terapie a také pohled rodičů. Efekt terapie je dále členěn do jednotlivých oblastí (komunikace, hrubá motorika a sociální dovednosti). Kazuistické studie jsou vždy ukončeny rozbohem vyšetření ze speciálně pedagogického centra poukolení sledování vlivu terapií.

Výzkumné teze:

VT 1: *Vybrané terapie mají nemalý vliv na život jedinců s těžkým zdravotním postižením a jsou jeho nedílnou součástí.*

VT 2: *Hrubá motorika nejméně ovlivňuje kvalitu života jedince s těžkým zdravotním postižením.*

VT 3: *Animoterapie mají nejvýznamnější vliv na jedince s těžkým zdravotní postižením.*

Časový harmonogram:

- leden až srpen 2009 – studium odborné literatury, internetových zdrojů a příprava na výzkumnou část diplomové práce, což zahrnuje přípravu schématu rozhovoru s rodiči, speciálními pedagogy, a osobami pečujícími o dané respondenty;

- srpen až prosinec 2009 – zpracovávání praktické části diplomové práce, zpracovávání jednotlivých kazuistických studií analýzou zdravotní dokumentace, rozhovory s rodiči a odbornými pracovníky a také pozorování;

- leden až duben 2010- analýza výsledků; dokončení diplomové práce – vyhodnocení projektu, spojení teoretické části s částí praktickou.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor zahrnuje jedince s těžkým zdravotním postižením, se zaměřením na vybraný druh postižení. Tento soubor zahrnuje jedince s dětskou mozkovou obrnou, Downovým syndromem a Autismem. Tito jedinci absolvovali jednotlivé druhy alternativních terapií v určitém časovém období. Podmínkou výběru jednotlivců do výzkumného souboru byl věk jednotlivců, který musí být zahrnut do oblasti dětství. Další podmínkou bylo absolvování terapií v určitém časovém rozsahu, v návaznosti požadavků jednotlivých terapií.

Okruh dětí, které absolvovaly vybrané druhy alternativních terapií je velmi omezen. V České republice je využití alternativních terapií u jedinců s těžkým zdravotním postižením prozatím v „plenkách“. Nedostupnost těchto terapií je také vázána na velkou vzdálenost, kterou musí rodina absolvovat, četnost aplikace terapií a s tím spojená velmi vysoká finanční náročnost jednotlivých terapií. Dalším měřítkem je také výskyt jedinců s těžkým zdravotním postižením, který je značně omezen. Proto jsem byla nucena oslovit při výběru výzkumného souboru také rodiny dětí s těžkým zdravotním postižením ze sousední Slovenské republiky.

Jednotlivé děti absolvovali dané terapie vždy ve stejném místě, které terapie nabízí. Nit'ová akupunktura byla absolvována u všech dětí v akupunktorním institutu Yamamoto v maďarském hlavním městě Budapešť, kde ji aplikovala doktorka Gabriella Hegyi, která je zakladatelkou institutu. Z technik akupunktury byla využita klasická akupunktura a také YNSA. Synergická reflexní terapie byla aplikována Mgr. Vodičkovou z institutu synergické reflexní terapie po dobu alespoň půl roku. Z uvedených druhů animoterapií byla vybrána delfinoterapie k analýze výsledků. Vybrané děti delfinoterapii absolvovaly na ukrajinském poloostrově Krym v městě Jalta, pod vedením pana A. Smoljaninova, který účinky delfinoterapie spojuje s účinky neurokineziologie. Delfinoterapie u všech dětí probíhala vždy v desetidenním turnusu. Ostatní terapie jsou v diplomové práci uvedeny pouze okrajově a k analýze výsledků nejsou použity. Terapii Adeli děti absolvovali v Piešťanském centru Adeli ve Slovenské republice a to alespoň jednou. Kraniosakrální terapie byla prováděna u jednotlivých dětí vždy v blízkosti jejich bydliště vzhledem k její lepší dostupnosti.

4.3 Presentace a rozbor kazuistických studií

Rozbor kazuistický studií je zaměřen na jednotlivé zástupce okruhu indikovaných osob, kteří absolvovali vybrané terapie před více než půl rokem pro lepší zhodnocení účinků jednotlivých terapií. V práci prezentuji tři kazuistické studie dětí s daným druhem postižení.

Kazuistika č. 1

Dívka, 11 let

Diagnóza: Dětská mozková obrna - kvadraparetická forma, mikrocefalie, mentální postižení v pásmu středně těžké až těžké mentální retardace, zraková vada pravého oka – vrozené zkalení rohovky, nyní oko silně tupozraké a nefunkční bez dioptrické korekce, zraková vada levého oka korigována 1,5 dioptrií, defekt komorového septa a hypoplazie plic. Průkaz ZTP/P.

Rodinná anamnéza:

Rodina je úplná, plně funkční, dívka je prozatím bez sourozenců, matka nyní gravidní. Rodina žije v rodinném domě na malém městě. Otec je automechanik, vzdělání střední odborné. Matka pracovala nejprve na plný, posléze na částečný úvazek jako pedagogický asistent z důvodu časté nemocnosti dcery. Nyní je na rizikovém těhotenství a studuje vysokou školu. S dívkou vypomáhá babička, která je schopna se o ni postarat.

Osobní anamnéza:

Dívka je z prvního plánovaného těhotenství. Těhotenství komplikováno prosakováním plodové vody od 19. týdne gravidity, které se projevovalo ologohydrarnií až anhydramnií do konce těhotenství. Předčasný porod v 35. týdnu gravidity císařským řezem pro akutní odloučení lůžka. Dítě bylo kříšeno a převezeno na jednotku intermediální péče pro novorozence FN Brno, kde bylo pro patologii plic připojeno na hyperventilátor. Váha po narození 2400g a délka 48 cm. Oxigenoterapie po dobu 4 týdnů, poté přeloženo na standardní pokoj JIP, kde pobývalo také v přítomnosti své matky. Po odstranění

nosožaludeční sondy ke krmení nastaly potíže s přijímáním stravy. Po 2 týdnech propuštěno do domácí péče. Reflexní lokomoce Vojtovou metodou od 5. týdne života. I po příchodu do domácího prostředí přetrvávají potíže s přijímáním stravy z láhve, dítě krmeno stříkačkou či stříkáním obsahu láhve do dutiny ústní. Poté zjištěna alergie na kravské mléko, která způsobovala zahlenění polykacích cest a následný pláč dítěte. Na radu spádového dětského lékaře aplikováno sojové mléko po dobu 14 dnů, kdy dítě začíná samo přijímat stravu z láhve v dávkách přiměřených věku. Dítě špatně přibývá na váze z důvodu častého zvracení, vyšetření reflexu se nezdařilo. Časté infekty horních a dolních cest dýchacích a také zápal plic. Těžký strabismus obou očí řešen operačně, poprvé v 9. měsících, kdy byly operovány obě oči současně na vnějších očních svalech. Poté následovaly ještě dvě operace pravého oka na vnitřních svalech v průběhu dvou po sobě následujících dnech, zjištěna atrofie svalů. U dívky přetrvávají těžké poruchy spánku do 4 let věku, které byly přechodně řešeny medikamentózně za dohledu lékaře. Dítě je často uplakané, lekavé, špatně reaguje na neznámé prostředí, na hlasité projevy a neznámé osoby reaguje hysterickým pláčem. Psychomotorický vývoj dítěte značně opožděn. První spojení horních končetin ve věku 11. měsíců, otáčení ze zad na břicho v 8. měsících života, válení sudů motivované pohybem za hračkou ve 24. měsících, samostatný sed od 28. měsíců věku, kdy si sedá přes levostranný šikmý sed, asistovaný stoj ve 3,5 letech věku a asistovaná chůze od 5 let, kdy je nutná výrazná opora a podpora. První slabiky od 5 let, hypersalivace. Nyní dívka využívá pouze levou končetinu. Pravá strana těla je celkově slabší a menší, je na ní patrná vyšší spasticita více v oblasti horní končetiny. Pravá dolní končetina je také kratší. Chůzový mechanismus osvojen ve směru kupředu, úkroky nedělá. Dívka se nepohybuje samostatně a její postižení vyžaduje čtyřadvacetihodinovou péči. Schopnost řeči je založena na rytmizaci, dívka je velmi rytmická. Slova jsou neartikulovaná s využitím omezeného počtu hlásek. Strava je rozmělněna vidličkou, probíhá nácvik držení lžice s molitanovou úchytkou s velkou dopomocí. Potíže se stolicí (1x za 5-7 dnů). Ve 3 letech pokus o integraci do běžného typu MŠ v Hustopečích s asistencí, což se nezdařilo pro neschopnost adaptovat se na cizí prostředí. Od 4,5 roku navštěvuje DDS Biliculum Mikulov, kde je velmi spokojená. Vzdělávána dle rehabilitačního

programu třetího ročníku, pod záštitou ZŠ Mikulov. Rehabilituje metodou manželů Bobathových v rámci zařízení, které navštěvuje.

Z vyšetření speciálně pedagogického centra v roce 2003 – před realizací terapií:

Komunikace

Dívka neschopna spontánní komunikuje v cizím prostředí. V oblasti komunikace využívá jen rytmizovaná slova, která používá jen na výzvu známé osoby. Při nepochopení jiné osoby opouští snahu komunikace velmi brzy. Používá jednoduchá jednoslabičná a dvouslabičná slova, např. máma, bába, Ivanka, ano, ne. Slova nejsou artikulována a jsou srozumitelná jen pro blízké osoby. Řeč využívá jen k vyjádření základních potřeb a potřeby blízkosti známé osoby, a to využitím slova „mama“, které tvoří s pomocí levé ruky přitlačením spodní čelisti a rtu k lepšímu vytvoření hlásky „m“. Hypersalivace.

Hrubá motorika

Chůze je praktikována s oporou, či podporou vedoucí osoby po dobu půl roku. Vedoucí noha je levá, kdy pravá noha je více omezena v hybnosti. Spontánně používá pouze levou horní končetinu, pravou prakticky nevnímá, využívá ji jen jako náhražku za dudlík při spánku. Pohyby jsou celkově špatně koordinované s poruchou rovnováhy při chůzi. Učí se chůzi do schodů. Je schopna samostatného posazení přes šikmý sed (levostranný), kdy si sama upraví nohy do tureckého sedu. Taky je schopna se posadit do polohy W-sedu z polohy na břicho. Nepláží se ani neleze. Bez pomoci se není schopna přesunovat z místa na místo. V minulosti k přemísťování na krátkou vzdálenost využívala válení sudů, což nyní následkem nemoci vymizelo.

Sociální dovednosti

Dívka je usměvavá a veselá v domácím prostředí. Špatně se adaptuje na cizí prostředí a jiné osoby. Velmi špatně pracuje s cizí osobou a upřednostňuje práci přes matku, kdy podává předměty nejprve matce. Je krmena lžičkou a stravu je nutné částečně rozmělnit. Není schopna samostatného krmení. Pije z láhve, kterou si drží sama pomocí levé ruky. Je schopna soustředění pouze na jednu konkrétní

činnost, a to pouze na omezenou dobu. Má oblibu v poslechu rytmických písniček. Jestliže písnička není výrazně rytmická a je spíše melancholická a pomalá objeví se bezdůvodný úzkostný pláč. Je schopna samostatné hry, kdy přendává hračky z místa na místo. Ráda pozoruje hru vrstevníků a sama se do hry nezapojuje. Špatné reakce na změny prostředí a nečekané návštěvy. Pravidelně je vysazována na WC s pomocí dětského sedátka s madlem a opěrkou v intervalech 1 hodiny, na noc má plenu. Sama si potřebu nevyjádří.

Využití jednotlivých terapií:

Niťová akupunktura

Průběh terapie

Rodina začala navštěvovat terapii v říjnu roku 2004, ihned po absolvování delfinoterapie. Z předešlých zkušeností jiných rodičů bylo dobré začít s aplikací niťové akupunktury ihned po delfinoterapii ke znásobení efektu. Terapie probíhala formou návštěv v třítydenním intervalu. Během první návštěvy proběhl rozhovor s vedoucí lékařkou o závažnosti postižení a možném ovlivnění důsledků postižení niťovou akupunkturou. Také byl brán ohled na názor a potřebu rodičů v ohledu zaměření se na největší potíže. Jednotlivé návštěvy trvaly asi 20 minut, kdy dítěti byly aplikovány vpichy na konkrétní místa, což bylo lékařkou podrobně zaznamenáno do spisu. Následující návštěva začala formou rozhovoru o vlivu a zlepšení, poté následovala další aplikace vpichů. Potupně se frekvence návštěv prodlužovala až na 16-8 týdnů. Dívka terapii navštěvovala po dobu 2 let a poté byla terapie ukončena z důvodu finanční tísně rodiny. Nevýhodou byla velká vzdálenost od místa bydliště (asi 400km). Po aplikaci nenastaly nikdy žádné zánětlivé ložiska v místě vpichu.

Zaměření terapie

Terapie byla zaměřená na celkové uvolnění spasticky u dítěte, hlavně v oblasti pravé horní končetiny a dolních končetin celkově. Dále byla zaměřena na hypersalivaci, vyprazdňování a ovlivnění intelektu u dítěte.

Vliv terapie

Dívka terapii zpočátku velmi dobře snášela. Již v minulosti pravidelně dojížděla na akupunkturní ošetření v místě bydliště po dobu 2 let. Po určitém množství návštěv se objevoval strach z aplikace, který se později objevoval již při příjezdu do města, kdy následoval velký pláč a snaha o opuštění auta. Po aplikaci vždy následovala velká únava dítěte a spánek po dobu alespoň dvou hodin. Pro dítě byly návštěvy psychicky velmi náročné.

Pohled rodičů

Tento druh terapie je dle slov rodičů náročný po psychické stránce pro rodiče (hlavně otce) i samotné dítě. Jde o proces, kdy je dítě stresované již při příjezdu do zařízení avšak má velký význam z hlediska možnosti dalšího rozvoje a vzdělávání dítěte. Rodiče doporučují.

Efekt terapie

Komunikace

V oblasti komunikace došlo ke zlepšení ve smyslu zvýšení mluvního apetitu, které je spojeno s rozvojem intelektu u dívky. Je celkově pozornější a vnímavější. Došlo ke zmírnění slinotoku, které je spojeno s lepší koordinací pohybů v obličejové části.

Hrubá motorika

V oblasti hrubé motoriky nenastal větší posun. Došlo ke zmírnění spasticity svalových skupin celého těla. Držení těla je pevnější.

Sociální dovednosti

V oblasti sociálních dovedností došlo ke zlepšení při stravování, kdy je dívka schopna lépe rozmělnit stravu v ústech. Zlepšila se funkce žvýkací i polykací. Je schopna samostatně ukousnout stravu (např. chléb). Více se zapojuje při oblékání a je schopna ukázat a přiřadit, kam která část oděvu patří.

Synergická reflexní terapie

Průběh terapie

Rodina terapii začala navštěvovat v dubnu 2009 a praktikuje ji doposud. V průběhu prvního sezení proběhlo anamnestické šetření a zhodnocení zaměření terapie. Terapie vždy trvá hodinu, kdy terapeut zhodnotí aktuální stav dívky a následuje zacvičení rodiče k aplikaci v domácím prostředí. Terapie byla zaměřena na jednotlivé meridiány a jejich kombinace. Na doporučení terapeuta byla synergická reflexní terapie kombinována s kraniosakrální terapií vždy ve stejný den a poté také následovala vířivá vana k celkové relaxaci dívky.

Zaměření terapie

U dívky docházelo vlivem rychlého růstu k větším kontrakturám v oblasti dolních končetin, trupu a pravé horní končetiny. Proto terapie byla zaměřená na celkové uvolnění spasticity v oblasti pravé horní končetiny, trupu a dolních končetin. Hlavní cílem bylo ovlivnění postavení kyčelního kloubu pravé dolní končetiny, u kterého byla zjištěna subluxace. Dalším cílem bylo omezení nadměrného slinotoku u dívky a také celkové postavení páteře.

Vliv terapie

První návštěva probíhala s velkým pláčem dívky, při dalších návštěvách nastalo celkové zklidnění dívky, bylo využito také poslechu dětských písniček ke zklidnění. Frekvence návštěv u terapeuta byla zpočátku 1x měsíčně, později 1x za dva měsíce. V domácím prostředí terapie probíhala denně bez komplikací, byla nutná zraková stimulace seriálem z TV, u kterého dívka nezná děj. U známých pohádek, kdy je znám děj z předešlého období dochází u dívky k očekávání situace, které se projevuje spontánní radostí v podobě napětí celého těla. Po čtrnáctidenním provádění terapie vždy následovala pauza.

Pohled rodičů

Jde o velmi příjemný druh terapie pro dítě i rodiče. Dítě není ničím stresované. Terapie je vždy doplněna jemnými technikami, které mohou dítěti připomínat masáž. Dítěti tak dopřejí celkové uvolnění. Nevýhodou je její časová náročnost,

kdy každodenní samotná aplikace trvá téměř hodinu i více, dle návrhu terapeuta. Rodiče doporučují.

Efekt terapie

Komunikace

V oblasti komunikace nedošlo k výraznému posunu v průběhu této terapie.

Hrubá motorika

V oblasti hrubé motoriky došlo k celkovému uvolnění spasmů celého těla, které bylo způsobeno základním postižením a také výrazným růstem ve velmi krátkém období. Podařilo se výrazné uvolnění pravé horní končetiny a tím se zlepšila i její hybnost v ramením kloubu. Nastalo zpevnění v oblasti svalů okolo páteře a celkové držení těla. Chůze se nedoporučuje z důvodu subluxace.

Sociální dovednosti

V této oblasti nenastalo výrazné zlepšení.

Delfinoterapie

Průběh terapie

Rodina absolvovala terapii v září roku 2004. Terapie probíhala v desetidenním turnusu. Dítě denně navštěvovalo bazén, kde byli přítomni 3 delfíni, z nichž jeden byl určen pro terapii. Pobyt v bazénu byl podpořen plavacím kruhem z bezpečnostních důvodů (hloubka bazénu 7m) a dětským neoprenovým oblekem, který udržoval tělesnou teplotu dítěte. Dítě bylo drženo jedním z rodičů. Terapie probíhala vždy po čtyřčlenných skupinkách (dvě děti s rodiči). Denně navíc dívka sedávala s rodiči na okraji bazénu a se zaujetím pozorovala situaci v bazénu. Dítěti se tak dostávalo více impulzů. Terapie probíhala pod vedením p. A. Smoljaninova, který také koordinoval pobyt dítěte ve vodě. Terapii předcházela kineziologický rozbor dítěte. Po každodenním kontaktu dítěte s delfínem následovalo zacvičení série cviků dle terapeuta a také celková masáž těla.

Zaměření terapie

Terapie byla zaměřena na celkové zklidnění dítěte, ovlivnění psychiky, intelektu a uvolnění spasticity celého těla. Dalším cílem bylo zprostředkování kontaktu se zvířetem a navození tak příjemných pocitů. Dívka v běžném životě nemá přítomnost zvířete v oblibě. Terapie probíhala také formou polohování dítěte na tělo delfína.

Vliv terapie

Dítě se na denní pobyt v bazénu a na kontakt se zvířetem velmi těšilo, přestože v běžném životě pobyt v bazénu nemá v oblibě. Neobjevovaly se žádné náznaky nelibosti před terapií. Při terapii delfín instinktivně dorážel na pravou horní končetinu, která je prakticky permanentně v držení v pěst. Sama dívka dávala pokyny delfínovi, aby připlaval do její blízkosti. Lépe a samostatně se snažila o komunikaci s okolím. Byla celkově vnímavější.

Pohled rodičů

Dle slov rodičů je tento druh terapie velmi vhodný pro jejich dceru. Byla velmi uvolněná a klidná. Nastal pokrok celkově ve všech oblastech vývoje a to rodiče hodnotí velmi pozitivně. Nevýhodou terapie je její finanční náročnost a velká vzdálenost místa, kde se daná terapie aplikuje. Rodiče tento druh terapie velmi doporučují.

Efekt terapie

Komunikace

Již v průběhu terapie byla dívka komunikativnější, projevovala samostatně snahu o komunikaci s okolím. Byla celkově vnímavější k okolí. Upozorňovala na sebe hlasitým smíchem a vokalizací. Po terapii nastal poměrně velký rozvoj ve využívání většího počtu slov a komunikace je celkově spontánnější. Odpovědi na otázky jsou přesnější, využívá *ano a ne*.

Hrubá motorika

V průběhu terapie byla dívka celkově uvolněnější a klidnější. Následovalo zdokonalení v oblasti chůze, největší zlepšení v oblasti pravé dolní končetiny.

Upevnil se nácvik chůze do schodů a střídání nohou. Při pokynu „*Jak je veliká?*“ je schopna samostatně zvednout obě ruce nad hlavu bez předchozího upozornění. Celkově došlo ke zlepšení koordinace pohybů celého těla.

Sociální dovednosti

Nastalo zlepšení při stravování, je schopna jíst i větší kousky stravy. Sama si vezme např. tyčinku do ruky a sama ji vkládá do úst a zpracovává. Došlo ke zlepšení motoriky mluvidel a jazyka. Velké zlepšení nastalo v celé oblasti obličeje, také při kousání a polykání. Koordinace oko – ruka – ústa jsou výrazně zlepšena. Dívka napomáhá při převlékání aktivněji, nastavuje končetiny, pomáhá při stahování kalhot, kdy je třeba dopomoci. Je schopna ukázat potřebu WC nonverbálně. Velmi se zlepšila v oblasti vnímání a pozorování dění okolo sebe. Velmi kladně je hodnocena pedagogem schopnost delšího soustředění na práci ve třídě. Navazuje častěji sociální a oční kontakt. Ukazuje se stud u dívky, hlavně v přítomnosti mužů. Je schopnější při vyjadřování svých potřeb a taky při výběru činností.

Adeli

Dívka tuto terapii prozatím neabsolvovala.

Kraniosakrální terapie

Průběh terapie

Terapii je navštěvována od dubna 2009 současně se synergickou reflexní terapií. Rodina tuto terapii navštěvovala již v minulosti po dobu 2 let. Přerušeno z důvodu časté nepřítomnosti terapeuta. Poté byl vyhledán další terapeut, avšak překážkou byla velká vzdálenost od domova. Nyní terapie probíhá po dobu téměř jednoho roku ve frekvenci 1x měsíčně.

Zaměření terapie

Terapie je zaměřená na celkové zklidnění dívky a schopnost relaxace. Hlavním cílem je optimalizace vedení nervových vzruchů, uvolnění lebečních švů v čelní oblasti a celé lebky, které jsou nepřírozeně spojeny vlivem mikrocefalie. Dále je terapie zaměřena na uvolnění spasticity v oblasti pánevní a v oblasti kyčelních kloubů.

Vliv terapie

Dívka je vždy velmi klidná v průběhu terapie a dochází u ní k celkovému zklidnění, uvolnění a relaxaci. Dochází k uvolňování bariér a optimalizaci toku tekutin celým tělem, které se projevuje reakcí dítěte v podobě záchvěvu těla v určitém momentu uvolnění. Dívka je po aplikaci celkově klidnější a uvolněnější.

Pohled rodičů

Tato terapie je příjemná pro obě strany. Terapii většinou provádí kvalitní terapeut, který ovládá též kineziologii a může poskytnout rodině kineziologický rozbor. Může dojít k většímu pochopení podstaty postižení jejich dítěte a tím celkové zklidnění rodiny. Dítě i rodiče jsou v průběhu terapie uvolnění a odchází s pocitem klidu. Rodiče terapii doporučují z pohledu vlivu na zklidnění dítěte, které poskytuje dívce schopnost lepší koncentrace při vzdělávání a také v sociální oblasti.

Efekt terapie

Komunikace

V oblasti komunikace nedošlo k výraznému posunu.

Hrubá motorika

V oblasti hrubé motoriky dochází v průběhu terapie vždy k maximálnímu uvolnění dívky a relaxaci. Částečné rozvolnění kontraktur přetrvává ještě po dobu asi 14dnů. V mnoha případech je narušena terapie insektem dýchacích cest u dívky.

Sociální dovednosti

V oblasti sociálních dovedností došlo k celkovému zklidnění dívky, které se projevuje hlavně frekvencí nocí, které dívka prospí celé. Což v předešlé době nebylo, docházelo k buzení i 5x za noc. Celkově je vnímavější a učenlivější. Změna se projevila také v trpělivosti, kdy se neobjevují záchvaty vzteku při nelibosti. Projevy nelibosti jsou mírnější, než v předešlé době. Trpělivost u dívky má velký vliv na učení se novým věcem.

Z vyšetření speciálně pedagogického centra v roce 2009:

Komunikace

Dívka je spontánnější v mluveném projevu. Komentuje všechny činnosti kolem ní. Povídá ve větách, jakoby chtěla vyprávět celý děj. Vývoj řeči je značně omezen, vysoká hypersalivace. Celkově došlo k upevnění *ano*, *ne*. Je schopna sama upozornit na potřebu jídla, pití, pohádky. Došlo k rozvoji dalších hlásek a slabik, které samostatně využívá v komunikaci. Velmi ráda pojmenovává obrázky a fotografie. V komunikaci využívá jednoduchých slov k označení daných činností (např. pití- vodička, oblékání – tričko, jídlo – mňam, odchod ven – bota, školka – děčka). Výborně vyslovuje slovo *miminko*. Některé slova jsou méně artikulovaná a srozumitelná. Začíná podpora komunikace pomocí piktogramů, kterým se dívka rychle učí.

Hrubá motorika

Nyní je možnost chůze omezena z důvodu subluxace pravého kyčelního kloubu. U dívky došlo k velkému vzrůstu celého těla a tím i k výraznému zhoršení spasticity a držení celého těla. Dívka si plně uvědomuje pravou stranu těla. Samostatně zvedá nohu a dává do otvoru při oblékání. V mnoha případech ji nastrkuje jako první. Zlepšila se celkově koordinace celého těla. Při pokynech už není nutno upozorňovat na pravou polovinu těla.

Sociální dovednosti

Dívka mnohem více spolupracuje v sebeobslužných činnostech. Podává věci z připravených košíků, které jsou určeny k oblékání. Jednotlivé kousky oděvů dokáže přiřadit, kam patří. Spolupracuje při skládání a ukládání oděvů. Probíhá upevňování spolupráce při oblékání a zapojování pravé ruky. Při stolování probíhá upevňování spolupráce při jídle lžící, která je upravena molitanovou násadkou pro snadnější úchop. Při konzumaci tuhé stravy je schopna ukousnout (např. chléb). Dívka je schopna vyjádřit potřebu WC, její frekvence je ustálena na 1,5 hod. Ovládá základní postupy při následné hygieně, kdy je nutná dopomoc. Velmi ráda pomáhá při domácích pracích (např. umývání nádobí). Všechny činnosti komentuje.

Kazuistika č. 2

Chlapec, 8 let

Diagnóza: Downův syndrom, průkaz ZTP/P.

Rodinná anamnéza:

Chlapec z úplné rodiny, která je funkční. Rodina žije v malé vesnici ve dvougeneračním rodinném domě s rodiči otce, nyní staví vlastní rodinný dům blízko místa bydliště. Chlapec má mladšího bratra, který je o čtyři roky mladší. S bratrem se dobře rozumí a má ho velmi rád. Otec pracuje jako manažer, je vysokoškolsky vzdělán. Matka je také manažerka, vysokoškolsky vzdělaná, nyní je nezaměstnaná. O chlapce pečují občas také obě babičky, které má chlapec rád.

Osobní anamnéza:

Chlapec je z první neplánované gravidity. Těhotenství probíhalo bez jakýchkoliv komplikací, genetické testy na chromozomální vady neprokázaly možnost výskytu vady. Porod proběhl ve 38. týdnu těhotenství a to bez komplikací. Porodní váha dítěte 3.050g a délka 48 cm. Přítomnost Downova syndromu zjištěna až třetí den života dítěte pro nevýrazné znaky, což bylo geneticky ověřeno krevními a genetickými testy v průběhu dalších dvou měsíců.

Psychomotorický vývoj dítěte postupuje nerovnoměrně a to ve skocích. Schopnost samostatně pást koně od 2. měsíce, úchop hraček od 5. měsíce, schopnost samostatného sedu od 12. měsíce. Schopnost plazení se v 15. měsíci a schopnost samostatné chůze od 28. měsíce. Nemocnost dítěte je minimální. Šikovný v sebeobslužných činnostech, schopnost pít z hrníčku od 11. měsíce. Chlapec je velmi živé dítě, které ovšem plně respektuje své rodiče. Nutná přísnost. Chlapec byl integrován v běžném typu mateřské školy v místě bydliště od tří let, kterou navštěvoval do předškolního věku. Od tří let pravidelně navštěvují speciálně pedagogické centrum dle spádu, dříve raná péče. V kolektivu vrstevníků je velmi oblíbený, hlavně u dívek, které si ho předcházejí. Chování chlapce je bezproblémové, celkově je spokojený v prostředí mateřské školy. Aktivně se zapojuje do všech aktivit školky. V průběhu navštěvování MŠ byl zděláván podle individuálního vzdělávacího plánu v souladu s Rámcovým vzdělávacím programem pro MŠ. Individuální vzdělávací plán je vypracován třídní učitelkou MŠ, ve spolupráci se SPC. Dítě plně respektuje přirozenou autoritu učitele. Nyní chlapec navštěvuje druhým rokem speciální školu v okresním městě, kam je denně dopravován rodiči. Povinnou školní docházku nastoupil s ročním odkladem ve věku 7 let. Ve škole se mu velmi líbí a je velmi šikovný. Učivo zvládá velmi dobře dle individuálního vzdělávacího plánu v souladu s Rámcovým vzdělávacím programem pro ZV, který je upraven pro žáky s lehkým mentálním postižením. Chlapec v průběhu 1,5 roční školní docházky si osvojil číselnou řadu 1 – 6, nyní sčítá a odčítá do dvou. Ovládá čtení všech samohlásek a souhlásek T, L, V, D, N, S, M. Čte nyní již druhý slabikář pro speciální školy. Je velmi učenlivý. Řečově se v průběhu času velmi zlepšil. Jí plně samostatně a při sebeobslužných činnostech je nutný občasný dozor.

Z vyšetření speciálně pedagogického centra v 2006 – před realizací terapií:

Komunikace:

Chlapec rozumí jednoduchým pokynům. Schopnost imitace je dobrá. Dobrá je také hudební nápodoba i hudební sluch (rytmizace uspokojující). Má osvojeny zvuky jednotlivých domácích zvířat a také některé slabiky. Je schopen reprodukce

dvouslabičných slov. V předkládaném obrázkovém materiálu se sám orientuje a pracuje dle zjednodušených pokynů. Aktivně se snaží o verbální projev. Kresba je doprovázena i slovem, s dopomocí také začíná zpívat a rytmitizuje.

Hrubá motorika:

Schopnost chůze je osvojena. Chůze do schodů je bezpečná se střídáním nohou, nutné přidržení se zábradlí. Aktivně běhá, obratně vyleze na vyšší židličku, skluzavku, žebřiny a také přejde lavičku, kde se objevují potíže s doskokem. Je schopen chytnout velký míč, malý hází horním i dolním obloukem. Do pohybových činností se aktivně zapojuje, snaží se také o nápodobu cviků dle učitele. Ve velké oblibě má taneční improvizaci při hudbě. Schopnost manipulace s hračkami je dobrá. Celková koordinace pohybů uspokojující.

Sociální dovednosti:

Chlapec má částečně osvojeny hygienické návyky a také probíhá nácvik samostatného oblékání. Jednotlivé přichystané části oděvů si oblékne a vyzuje si boty. Jí samostatně a čistě, pije sám z hrníčku. Hygienu dodržuje. Do kolektivu se velmi rád začleňuje a není zde konfliktní, je velmi živý. Respektuje pokyny rodičů a svého pedagoga, které je schopen plnit. Po upozornění je schopen úklidu svého herního prostředí. Rád hraje chlapecké hry se svým mladším bratrem, kterého má velmi rád a projevuje mu velkou náklonnost.

Využití jednotlivých terapií:

Niřová akupunktura

Průběh terapie

Rodina začala navštěvovat terapeutické centrum v maďarské Budapešti v říjnu roku 2007, ihned po absolvování delfinoterapie. Dochází tak ke znásobení efektu delfinoterapie v kombinaci s niřovou akupunkturou. Terapie probíhala také formou návštěv v třítydenním intervalu, kdy se dojíždělo do centra. V průběhu prvního sezení rodiče absolvovali rozhovor s vedoucí lékařkou o základní diagnóze chlapce a potížích, které by chtěly terapií ovlivnit. Lékařka si vše

podrobně zaznamenala do karty pacienta a také potřebu ovlivnění jednotlivých center dle názoru rodičů. Každá návštěva trvala 20 minut, kdy chlapci byly aplikovány jednotlivé vpichy, které byly následně zaznamenány do lékařského záznamu. Následující terapie byla započata rozhovorem s rodiči o vlivu a zlepšení po aplikaci a následovala další sada vpichů. Po aplikaci se občas stalo, že místa, které si mohl chlapec sám omýt vodou v průběhu prvních dnů, se mírně zanítily. Tento problém se vyřešil dezinfekcí a přelepením místa vpichu. Nevýhodou pro rodinu byla opět velmi velká vzdálenost od místa bydliště a s tím spojený dlouhý pobyt v autě. Terapii rodina navštěvovala po dobu téměř 2 let.

Zaměření terapie

Terapie u chlapce byla zaměřena na ovlivnění intelektových schopností a rozvoj komunikace. Také byl kladen důraz na zklidnění chlapce a s tím spojený i rozvoj pozornosti a vnímání, které sebou nese vyšší schopnost učení se novým věcem. Dále byla terapie zaměřena na ovlivnění svalových skupin a zvýšení svalové síly.

Vliv terapie

Po první aplikaci se chlapec velmi obával dalších návštěv. V průběhu času se rodičům podařilo chlapci vysvětlit nutnost terapie a možný vliv na samotného chlapce. Intelektová úroveň chlapce umožnila pochopení a zklidnění při dalších aplikacích. Před návštěvou se objevovali projevy smutku a strachu z aplikace, samotná aplikace proběhla s velkou statečností. Vždy po terapii chlapec prakticky celou cestu domů v autě prospal z důvodu velké únavy a psychické náročnosti.

Pohled rodičů

Tato terapie měla pro další vývoj dítěte z pohledu rodičů velký význam. Velmi se zlepšil v komunikaci a schopnosti dorozumět se a to také přispělo k rozvoji sociálních kontaktů. Také došlo postupně k mírnému zklidnění, které umožnilo chlapci kvalitnější vzdělávání.

Efekt terapie

Komunikace

V oblasti komunikace došlo v průběhu terapie ke značnému zlepšení. Chlapec je spontánnější v mluvním projevu a schopnost komunikace je kvalitnější. Došlo k rozvoji spojování více slabik ve dvou až tříslabičné slova. Řeč je plynulejší. Je vyšší možnost a přesnost ve vyjadřování svých potřeb. Schopnost komunikace tak přispívá k lepšímu zařazení do vyššího vzdělávacího programu.

Hrubá motorika

V oblasti hrubé motoriky nedošlo k velkému posunu vzhledem k dovednostem, které chlapec má. Je velmi obratný. Došlo k ovlivnění svalové síly dítěte a také ke zlepšení v oblasti jemné motoriky, které může být také způsobeno zklidněním dítěte a větší trpělivostí.

Sociální dovednosti

U chlapce došlo k výraznému zklidnění, které se projevuje hlavně v oblasti učení se novým věcem a také při práci. Je schopen delšího soustředění se na hru a plnění úkolů. Je možno předkládat i náročnější úkoly. Došlo k omezení výkyvů nálad v průběhu terapie. Hygienické návyky má osvojeny a také došlo ke zvýšení tempa při sebeobslužných činnostech.

Synergická reflexní terapie

Průběh terapie

Rodiče s chlapcem tuto terapii navštěvovali pouze krátkodobě a to po dobu půl roku. Aplikace terapie probíhala v březnu až říjnu roku 2009. První sezení bylo zaměřeno na zhodnocení aktuálního stavu dítěte a jeho možností, které proběhlo formou rozhovoru terapeuta s rodiči. Také byla provedena instruktáž k dalšímu provádění v domácím prostředí. Čtrnáctidenní domácí aplikace byly vždy přerušeny týdenní pauzou. Rodiče tuto terapii ukončily z důvodu časté absence dítěte ve vzdělávacím procesu.

Zaměření terapie

Terapie byla zaměřena na zkvalitnění v oblasti komunikace a také zkvalitnění koordinace pohybů. Hlavně jemné motoriky, která je nutná v nácvičku psaní.

Vliv terapie

Chlapec terapii prožíval dobře, bez jakýchkoliv projevů nelibosti. Překážkou nebyla ani každodenní časová náročnost. V domácím prostředí musela být terapie prováděna bez přítomnosti ostatních členů rodiny z důvodu rušení chlapce.

Pohled rodičů

Rodiče tento druh terapie nejsou schopni objektivně hodnotit z důvodu krátkého časového intervalu. Nevýhodou dle rodičů je denní časová náročnost terapie pro dítě, které je zatíženo školní docházkou, vypracováváním domácích úkolů a rehabilitací, které musí denně absolvovat.

Efekt terapie

Komunikace

Efekt terapie v této oblasti se projevil v plynulosti při řeči. Řeč chlapce je spontánnější. Využívá více složitějších slov v komunikaci.

Hrubá motorika

Vzhledem k dobrým motorickým dovednostem chlapce nelze zhodnotit míru pokroku. Částečně došlo ke zlepšení psacího a kresebného náčiní v edukačním procesu, což je kladně hodnoceno rodiči i pedagogem.

Sociální dovednosti

Částečné zlepšení nastalo v sebeobslužných činnostech, které zahrnují stravování a hygienické návyky. Chlapec je manuálně zručnější při těchto činnostech.

Delfinoterapie

Průběh terapie

Chlapec navštívil terapii s matkou v srpnu roku 2007. Adaptace na nové prostředí proběhla dobře. Pobyt v bazénu s delfínem si denně užíval a také se do bazénu těšil. Nevýhodou terapie na Jaltě pro chlapce byla příliš krátká doba pobytu se zvířetem, což bylo pro něj omezující. Terapie probíhala také skupinově, ve skupinách 10 - 12 dětí s rodiči, což rodičům nevyhovovalo z důvodu vzájemného rušení dětí. Chlapec měl při pobytu ve vodě neoprenový oděv z důvodu velmi chladné vody a plavací kruh z důvodu velké hloubky bazénu. Již během terapie u chlapce došlo ke zklidnění a také spontánnějšímu navazování sociálních kontaktů. Komunikovalo s okolím. Nastalo omezení v hlučnosti a ke konci terapie docházelo ke zvýšení schopnosti déle se koncentrovat. Pobyt probíhal bez problémů. V průběhu cestování nenastaly vypjaté situace v chování dítěte.

Rodina chlapce se následný rok rozhodla pro další návštěvu terapie. Terapie tentokrát probíhala v centru na Bali. Rodiče byly s průběhem terapie celkově velmi spokojeni. Velmi je uspokojoval celkový přístup terapeutů a také ucelenost. Po příjezdu do centra byli ubytováni a představeni celému týmu terapeutů, poté proběhl přijímací pohovor o možnostech a dovednostech chlapce. Po každodenní terapii s delfínem následovalo pedagogické působení v prostředí herny a také masáž dítěte. Samotná delfinoterapie probíhala individuálně v nádherném prostředí delfinária s jedním ochočeným delfínem. Terapii byli zpočátku přítomni i rodiče, což bylo po dvou dnech omezeno. Chlapec tak terapii absolvoval sám v přítomnosti terapeuta a zvířete. Bazén byl nízký a umožňoval tak i samostatný pohyb dítěte. Pobyt v teplé vodě byl pro chlapce příjemný.

Zaměření terapie

Terapie byla zaměřena na zklidnění chlapce a také ovlivnění jeho intelektové úrovně a psychiky. Zprostředkování kontaktu se zvířetem, které má tak blízko ke člověku svým vztahem má za následek navození příjemných pocitů u dítěte a potažmo i rodičů. Vzhledem k motorickým dovednostem chlapce mohlo být v průběhu terapie využito dávání pokynů chlapce samotnému zvířeti.

Vliv terapie

Chlapec se v průběhu terapie poměrně zklidnil. V centru na Bali byl velmi uvolněný při pobytu v bazénu. Nebyl nikým rušen. Denně se na terapii velmi těšil a při příchodu k bazénu volal jméno delfína.

Pohled rodičů

Rodiče po zkušenostech z delfinária na Jaltě a také po výrazném zlepšení chlapce po absolvování terapie hledali nové možnosti. Rozhodli se pro terapii na Bali a výsledný efekt měl ještě vyšší výsledky. S průběhem terapie byli velmi spokojeni a s terapeuty jsou v kontaktu dodnes. Velkým plus byla přítomnost pedagoga a možnost pedagogického působení v příjemném prostředí. Rodiče tento druh terapie plně doporučují.

Efekt terapie

Komunikace

Již v průběhu terapie se u chlapce objevovala větší potřeba spontánního vyjadřování se. Aktivně vyvolával jméno delfína a přivolával si jej k sobě. V komunikaci se svým okolím došlo k posunu. Chlapec častěji navazuje sociální kontakty s vrstevníky. Při komunikaci začíná využívat víceslabičná slova. Řeč je plynulejší.

Hrubá motorika

V této oblasti nastal nejmenší posun vzhledem ke schopnostem chlapce. Došlo k posílení některých svalových skupin a zlepšení koordinace pohybů celého těla.

Sociální dovednosti

U chlapce nastalo celkové zklidnění v sociální oblasti. Zlepšení má za následek zkvalitnění v oblasti vnímání a pozornosti, které přispívá k větší schopnosti učit se novým věcem. Tento posun významně přispěl k rozvoji ve vzdělávání, kdy je možno stanovovat vyšší cíle vzdělávací i osobní.

Adeli

Chlapec tuto terapii neabsolvoval z důvodu motorické zdatnosti.

Kraniosakrální terapie

Tato terapie nebyla chlapcem absolvována.

Z vyšetření speciálně pedagogického centra v 2009 – po realizaci terapií:

Komunikace:

U chlapce nastalo výrazné zlepšení v komunikaci. Aktivně probíhá zapojování se do kontaktu s vrstevníky ve školním prostředí, ale také na kdekoliv. Nemá potíže komunikovat s dospělými i s lidmi, kteří jsou pro něj úplně cizí. Je schopen užívat i složitější slova a mluví v jednoduchých větách. Řeč je mnohem více artikulovaná. Je celkově spokojenější v mluvním projevu, může sám komentovat děj a je rád, že mu okolí více rozumí.

Hrubá motorika:

V oblasti hrubé motoriky došlo k celkovému posílení svalových skupin celého těla. Pohyby chlapce jsou více koordinované, je obratnější a šikovný v motorických činnostech. K významnému posunu došlo v oblasti jemné motoriky, kdy je schopen kvalitnější práce rukou při manipulativních činnostech, které se projevují také při psaní ve vzdělávacím procesu.

Sociální dovednosti:

Došlo k celkovému zklidnění chlapce, je méně hlučný než v předešlých letech. Aktivně se zapojuje do kolektivu vrstevníků. Zvýšila se schopnost delšího soustředění při práci a hře, proto je možné předkládat náročnější úkoly. Nastalo omezení výkyvů nálad, což omezovalo vzdělávací proces. V sebeobslužných činnostech je samostatný a zvýšila se rychlost při jejich vykonávání. Při jídle je plně samostatný, hygienické návyky má osvojeny a dodržuje je. Občas je nutný

slovní dozor. Obsluha při stolování je výborná, v umývárně zvládá vše bez pomoci.

Kazuistika č.3 (informace přeloženy ze slovenštiny)

Dívka, 13 let

Diagnóza: Těžká mentální retardace – pervazivní porucha nediferencovaná - autistické rysy. Kongenitální hypotyreóza, atrofie očních nervů, stigmatismus tváře a hlavy, centrální tonusová porucha – hypotonický syndrom, trojkomorový hydrocefalus, hypoxicko-ischemické cerebrální poškození, porucha sluchu korigována naslouchadly (pravé ucho 40 dB, levé ucho 60 dB), epilepsie, sezónní astma, skolióza. Průkaz ZTP/P.

Rodinná anamnéza:

Rodina slovenské národnosti, která je plně funkční, žijící ve třípokojovém bytě. Dívka má svůj samostatný pokoj a je bez sourozenců. Matka je středoškolsky vzdělaná bez maturity, nyní pečující o dceru. Otec středoškolsky vzdělaný bez maturity, pracuje jako vedoucí provozovny. O dítě dobře a velmi svědomitě pečují. Dívka má prarodiče, kteří o vnučku pečují v nepřítomnosti rodičů. V rodině matky se objevila ve dvou případech mentální retardace. Diagnóza dívky geneticky nepodložena.

Osobní anamnéza:

Dítě z první gravidity, která byla od 4. týdne riziková. Komplikováno infektem matky s hospitalizací, léčena jen vitamíny. Další průběh těhotenství normální. Porod předčasný ve 33. týdnu odtokem plodové vody, porod přirozenou cestou. Porodní hmotnost dítěte 2100 g a porodní délka 44 cm. Genetické vyšetření nebylo v těhotenství provedeno. Po narození dítě přeloženo na jednotku intenzivní péče pro patologické novorozence. Pobyt v inkubátoru po dobu 52 dnů. Dítě od počátku anemické s poruchami krvetvorby, proto byly podávány opakované transfúze krve. Nutná dlouhodobá výživa orogastrickou sondou po dobu jednoho roku. Schopnost tolerance pouze velmi malého množství

odstříkaného mateřského mléka. Dítě bylo po narození geneticky vyšetřeno – avšak nepodařilo se zařadit do diagnózy. Dítě bylo často nemocné, opakované infekty horních a dolních cest dýchacích, velmi časté dechové potíže. Psychomotorický vývoj dítěte je značně opožděn. Schopnost pást koně od 3. měsíce věku, schopnost otáčení se na bok od 8. měsíce věku, schopnost sedu od 3 let věku, schopnost chůze s oporou od 4,5 roku. Nemluví. Ve 2,5 letech věku začala navštěvovat mateřskou školu pro handicapované děti, nyní navštěvuje speciální školu internátní v rozsahu čtyř hodin denně, kam ji matka denně dováží. Po dobu tří let navštěvovala třídu pro žáky s individuálním vzdělávacím plánem a od září 2007 zařazena do třídy pro žáky s poruchami autistického spektra. Nyní je vzdělávána podle učebních osnov pro žáky s autismem ve čtvrtém ročníku, a to metodou strukturovaného učení jako základ pro program TEACH.

Z vyšetření speciálně pedagogického centra v roce 2000 – před realizací terapií:

Komunikace:

Dívka není schopna komunikace. Aktivní řeč je pouze na úrovni hrdelních zvuků, je zde slabý komunikační záměr. Reaguje na zákaz rodičů přerušáním činnosti. Komunikace pouze symbolickými gesty při vyjadřování pocitu hladu či pomočení.

Hrubá motorika:

Psychomotorický vývoj silně opožděn. Při přidržení v podpaží dítě hopsá na dolních končetinách. Schopno přitáhnout se do sedu z polo lehu na podložce, z lehu v trakčním pokuse. Slabá schopnost držení hlavy. Plazení střídáním končetin, koordinovaně. Silnější odraz je levou dolní končetinou a silnější přitah je pravou horní končetinou. Samostatně se dostane do polohy na čtyřech, ve které je také schopna se chvíli udržet.

Sociální dovednosti:

Schopnost iniciovat sociální kontakt s oblíbeným člověkem a to pohyby celého těla. Rodiči není pozorován sociální úsměv. Dítě pije ze stříkačky, jí na drobno nakrájenou stravu, touha po samostatnosti krmením se rukama. Aktivně sahá po lžici.

Využití jednotlivých terapií:

Nit'ová akupunktura

Průběh terapie

Rodina začala navštěvovat terapeutické centrum v maďarské Budapešti v září roku 2007, ihned po absolvování delfinoterapie. Dochází tak ke znásobení efektu delfinoterapie v kombinaci s nit'ovou akupunkturou. Terapie probíhala také formou návštěv v třítydenním intervalu, kdy se dojíždělo do centra. V průběhu prvního sezení rodiče absolvovali rozhovor s vedoucí lékařkou o základní diagnóze dívky a potížích, které by chtěly terapií ovlivnit. Lékařka si vše podrobně zaznamenala do karty pacienta a také potřebu ovlivnění jednotlivých center dle názoru rodičů. Každá návštěva trvala 20 - 30 minut, kdy dívce byly aplikovány jednotlivé vpichy, které byly následně zaznamenány do lékařského záznamu. Následující terapie byla započata rozhovorem s rodiči o vlivu a zlepšení po aplikaci a následovala další sada vpichů. Po aplikaci se objevovaly občasné zvýšené teploty, které během 2 dnů odezněly. Nevýhodou pro rodinu je opět velmi velká vzdálenost od místa bydliště (asi 380 km) a s tím spojený dlouhý pobyt v autě, který dívka nemá v oblibě. Finanční náročnost není veliká. Na terapii rodina dojíždí doposud.

Zaměření terapie

U dívky je terapie zaměřena na snížení projevů autistického chování a také na zlepšení emotivní stránky. Další zaměření je na rozvoj jemné a hrubé motoriky a také na zlepšení koordinace pohybů celého těla.

Vliv terapie

Návštěva zařízení je pro dívku vždy poměrně stresující, avšak po prvních záchvatech vzteku z počátku návštěv se tyto záchvaty podařilo eliminovat. Dívka si na prostředí i dlouhou cestu postupně zvykla. V průběhu aplikace vpichů je ve většině případů trochu plačtivá, což ihned po aplikaci odezní. Po aplikaci se občas objevuje mírné zvýšení tělesné teploty, hlavně v letním období. Cestu domů dívka prakticky prospí z důvodu únavy.

Pohled rodičů

Tato terapie měla pro další vývoj dítěte z pohledu rodičů velký význam. V kombinaci s delfinoterapií došlo k celkovému zklidnění dívky. Je vnímavější a emočně vstřícnější. Terapie přispěla k možnosti sblížení se rodičů s dítětem, což rodiče velmi kladně hodnotí. Pozitivní hodnocení z pohledu rodičů je také v oblasti zvýšení schopnosti soustředit se a zvýšení pozornosti, které umožňují další vzdělávání jejich dítěte.

Efekt terapie

Komunikace

V oblasti komunikace nedošlo u dívky k výraznému posunu. Dívka je od počátku nehovořící. Aktivně využívá pouze náznaky jednoduchých slabik s významovým spojením např. *pa–pa*, *ma–ma*, *ham–ham*. Slabiky jsou neartikulované a řeč se tak stává nesrozumitelnou pro neznámé osoby. Došlo však k mírnému posunu v oblasti porozumění řeči, kdy dívka dobře rozumí hovorové řeči a je schopna plnění jednoduchých příkazů. Řeč probíhá na úrovni nonverbální a došlo k posunu při učení se novým posunkům.

Hrubá motorika

V oblasti hrubé motoriky došlo ke zlepšení koordinace pohybů při chůzi a také schopnost rovnovážných pohybů. Dívka je v této oblasti jistější, avšak převládá svalová síla před přesností pohybů. Posun nastal také ve zklidnění dívky, nemá již takovou potřebu pohybu.

Sociální dovednosti

V oblasti sociálních dovedností nastal největší posun. Nastal posun v emotivní stránce dívky, kdy je dívka schopna většího vyjadřování citů a pocitů. Lehce navazuje oční kontakt se známými osobami a není k lidem odmítavá. Není odmítavá ani k cizím lidem. Je také pozornější a vnímavější a tím se zlepšila i schopnost učení. Hygienické návyky se v průběhu terapie daří postupně osvojovat. Hlásí potřebu WC, je vysazována. Probíhá nácvik samostatnosti při oblékání a zdokonalují se pohyby při stravování.

Synergická reflexní terapie

Průběh terapie

Rodiče s dívkou tuto terapii navštěvují doposud, pouze krátkodobě - po dobu půl roku. Aplikace terapie začala v srpnu roku 2009 na léčebném pobytu, který vždy jednou za 3 měsíce opakují. První sezení bylo zaměřeno na zhodnocení aktuálního stavu dítěte a jeho možností, které proběhlo formou rozhovoru terapeuta s rodiči. Také byla provedena instruktáž k dalšímu provádění v domácím prostředí. Čtrnáctidenní domácí aplikace byly vždy přerušeny týdenní pauzou.

Zaměření terapie

Terapie byla zaměřena na zkvalitnění v oblasti komunikace při vyjadřování potřeb a také zkvalitnění koordinace pohybů.

Vliv terapie

Tato terapie je pro dívku mnohdy nepříjemná z důvodu neschopnosti relaxace. Její velká časová náročnost je překážkou. Je nutné terapii rozdělit na několik částí v průběhu dne, které zabírají maximálně 15 minut. Terapii bylo nutné s dohledem terapeuta omezit a vybrat pouze nejdůležitější body jednotlivých meridiánů s neobsáhlejším působením.

Pohled rodičů

Rodiče tento druh terapie nejsou schopni objektivně hodnotit z důvodu krátkého časového intervalu. Nevýhodou dle rodičů je denní časová náročnost terapie pro dítě, které není schopno relaxace a uvolnění se. S terapeutem se daří tento problém vyřešit.

Efekt terapie

Komunikace

V oblasti komunikace u dívky nenastal doposud výrazný posun vzhledem k její základní diagnóze. Prognóza není velmi příznivá. Dívka stále využívá omezený repertoár při vyjadřování potřeb a probíhá nácvik dalších symbolů. Daří si osvojovat si nové symboly, které častěji vybírá z více předložených na pracovním místě.

Hrubá motorika

V oblasti hrubé motoriky postupně dochází ke zkvalitňování celkové koordinace pohybů. Její pohyby jsou přesnější a také klidnější. Je schopna i pohlazení po vlasech blízké osoby.

Sociální dovednosti

Částečné zlepšení nastalo v sebeobslužných činnostech, které zahrnují stravování a hygienické návyky. S dopomocí jednoduchých pokynů probíhá nácvik oblékání po použití WC a také příprava stravy, což může být způsobeno schopností větší koncentrace při práci.

Delfinoterapie

Průběh terapie

Rodina dívky absolvovala terapii v srpnu roku 2007. Terapie probíhala skupinově, dívka se na nové prostředí postupně adaptovala. Z počátku se objevovaly potíže se vstupem do vody, což se v průběhu pobytu zlepšovalo. Dívka byla klidná a ke konci pobytu dávala pokyny delfinovi, aby se k ní blíže přiblížil. Dívka se chtěla spontánně dotýkat zvířete, což v minulosti bylo

odmítáno. V průběhu terapie rodiče pozorovali u dítěte patrný posun v haptice. Dívka dokázala sedět bez projevů nelibosti u vody a pohrávat si s kamínky. Byla spokojená a usmívala se, což se dříve neobjevovalo. Pobyt ve vodě byl opět podpořen plavacím kruhem a neoprénem. Dívka byla v bazéně vždy jedním z rodičů, který ji přidržoval.

Zaměření terapie

Terapie byla zaměřena na zmírnění nežádoucího autistického chování u dívky a zlepšení emotivních schopností a pozornosti. Zprostředkování kontaktu se zvířetem, které má tak blízko ke člověku svým vztahem, má za následek navození příjemných pocitů u dítěte a potažmo i rodičů. Dále byla zaměřena na zlepšení koordinace pohybů a celkové zklidnění. Pobyt ve vodě s delfínem může v některých případech uvolnit bloky v komunikaci.

Vliv terapie

Dívka se postupně na terapii a pobyt ve vodě adaptovala. Cesta letadlem byla pro dívku velmi zdlouhavá a nastala nejedna emočně vypjatá situace. Velká vzdálenost místa poskytování terapie je v tomto případě určitou překážkou. Ke konci pobytu byla dívka již klidná a uvolněná i při pobytu v bazénu. Objevovalo se dávání pokynů zvířeti formou posunků.

Pohled rodičů

Terapie dle slov rodičů má velký vliv na psychickou stránku dítěte, což v jejich případě je velmi kladně hodnoceno. Mohou se více emočně sladit se svým dítětem. Nevýhodou je však velká vzdálenost a finanční náročnost, které jsou překážkou dalšího absolvování terapie.

Efekt terapie

Komunikace

Vlivem celkového zklidnění dívky došlo k výraznému posunu v komunikaci u dívky. Je schopna aktivního vyvozování některých hlásek, a také se objevují jednoduché slabiky. Začíná chápat mluvenou řeč a rozumí jednoduchým

pokynům. Na jednoduché otázky odpovídá pohybem hlavy a odpovědi jsou přesnější.

Hrubá motorika

V oblasti hrubé motoriky nenastal větší posun. Došlo k úbytku stereotypních pohybů, který je následkem celkového zklidnění dívky. Chůze dívky není dokonalá, a proto nelze objektivně hodnotit vliv terapie. Pobyt ve vodě však aktivně podporuje posilování svalových skupin.

Sociální dovednosti

U dívky nastalo celkové zklidnění a úbytek stereotypních pohybů. Došlo k posunu ve schopnostech soustředit se na nové podněty a učit se novým věcem, což má velký význam v edukačním procesu. Dívka je emočně zralejší, je schopna vyjadřování pocitů vůči svým rodičům, což rodiče před terapií velmi postrádali. K vyjadřování citů není nutno dívku vyzívat.

Adeli

Průběh terapie

Terapii dívka absolvovala v zimě roku 2009 s matkou. Terapie je velmi finančně náročná a rodině se naskytl možnost uhrazení z nadačních fondů, což bylo rodiči využito. Terapie probíhala ve třítydenním turnusu v Piešťanech ve Slovenské republice. Blízkost k místu bydliště byla také výrazným měřítkem při rozhodování rodičů. Dívka v přítomnosti matky absolvovala přijímací vyšetření lékařem, který zhodnotil aktuální stav dívky a možnosti dalšího rozvoje. Terapie probíhala denně dle časového plánu terapie. Časový plán zahrnoval i terapii sirným bahnem, termoterapii, celkovou masáž těla, manuální terapii páteře a končetin, transkraniální stimulaci, oxygenoterapii, laserakupunkturu, ale také logopedickou péči. Terapie probíhala 6 dnů v týdnu. Denní léčba trvala 4 – 6 hodin, což bylo dosti náročné pro dívku. Samotná Adeli terapie trvala denně 1,5 - 2 hodiny. Dívce byl přiřazen terapeutický tým, který s ní denně pracoval a také Adeli oblek, který odevzdávala při ukončení pobytu.

Zaměření terapie

Terapie byla zaměřena na odstranění patologických projevů při pohybu a samotné zkvalitnění chůze u dívky. Dále také byla zaměřena na intenzivní logopedickou péči.

Vliv terapie

Dívka si zpočátku na nové prostředí velmi špatně zvykala. Postupně se adaptovala. Nevýhodou byl i velký počet terapeutů v průběhu terapie, což zpočátku působilo na dívku rušivě. Množství terapií., které musela dívka v průběhu dne absolvovat, dívku velmi unavovalo z počátku. Postupně se adaptovala.

Pohled rodičů

Z pohledu rodičů je tento druh terapie velmi pozitivní na další motorický vývoj jejich dcery. Kladně hodnotí ucelenost péče, která je v centru poskytována a také celkové prostředí.

Efekt terapie

Komunikace

V oblasti komunikace nastal posun ve funkci oromotorických svalů, které umožňují lepší práci rtů a celé oblasti dutiny ústní. Jednotlivé slabiky tak mohou být lépe a plynuleji vyslovovány. Kladně je hodnocena logopedická péče v centru a poskytnutí dalších logopedických podpor, které mohou dále komunikaci rozvíjet. K dalšímu hodnocení je třeba delšího časového intervalu.

Hrubá motorika

V oblasti hrubé motoriky došlo ke zkvalitnění chůze a celkového držení těla. Výrazně se omezilo množství patologický projevů, které jsou dány primárním postižením. Zlepšilo se postavení dolních končetin při chůzi a také snížení svalových kontraktur dolních končetin. Dívka je celkově uvolněnější.

Sociální dovednosti

V sociálních dovednostech prozatím nenastal výrazný posun z důvodu krátkého časového intervalu od realizace terapie. Vše je v nácviku.

Kraniosakrální terapie

Tato terapie nebyla dívkou absolvována.

Z vyšetření speciálně pedagogického centra v roce 2009:

Komunikace:

Dívka je od začátku vývoje neschopna komunikace, verbální kontakt spontánně nenavazuje. Dokáže vyslovit samohlásku A. Někdy se daří vyslovovat jednoduché slabiky *pa-pa, ma-ma, ham-ham, které nejsou dobře artikulovány*. Dobře rozumí mluvené řeči, rozumí jednoduchým příkazům a je schopna je plnit. Občas se objevuje i schopnost porozumět složitějším věcem, což je ovlivněno výběrovostí dívky. Velmi dobře chápe, co je od ní očekáváno, ale vybírá si jen to, co je pro ni dobré a prospěšné. Vyjadřování potřeb je přesné. Ovládá určité množství nonverbálních posunků, které aktivně využívá v nonverbální komunikaci. Na jednoduché otázky odpovídá pohybem hlavy, bez známek zaváhání. Při nevyhovění požadavkům dívky dochází k sebepoškozování ve formě kousání se do ruky nebo rozplakáním se.

Hrubá motorika:

Dívka stále chodí o široké chůzi, kdy přetrvává porucha rovnovážných funkcí při samotném pohybu. Koordinace pohybů celého těla se zlepšila. Výrazně se zlepšila v přesnosti pohybu horních končetin při práci i při hře. Ve výkonu stále dominuje síla před vytrvalostí. U dívky nastalo celkové zklidnění. Obratnost pohybů se zvýšila a upřesnila.

Sociální dovednosti:

Dívka je celkově klidnější, vnímavější a pozornější. Tím se zlepšila i kvalita pohybů při práci, učení a sebeobslužných činnostech. Největší posun nastal v oblasti emotivní. Je schopna uspokojivého vyjadřování citů vůči svému okolí (pomazlí se s matkou i otcem z vlastního popudu, dokonce neodmítá i pomazlení s babičkou). Aktivně navazuje oční kontakt a má ráda lidi kolem sebe. Velmi ráda navštěvuje školní zařízení a kolektiv, který zná. Je schopna navázat kontakt i s neznámou dospělou osobou a dát jí ruku. Přítomnost dětí je omezena výběrovostí. Nemá ráda děti, u kterých neví, co může očekávat. Známé děti je schopna pohladit. Výrazně se zlepšila v haptice, aktivně sahá na přírodní materiály, a sama je vyžaduje. Není agresivní vůči okolí. Přetrvávají prvky autoagresivity při nevyhovění jejím požadavkům. Hygienické návyky má osvojeny, dokáže udržet stolicí, nepomočuje se. Potřebu WC ohlásí posunkem. Umí si obléknout i sundat jednoduché části oděvu, sama se vyzuje i obuje. Jí sama s dopomocí lžící, případně vidličkou. Umí sama pít z poháru (pod dozorem). Probíhá nácvik přípravy stravy na jídelní místo.

4.4 Shrnutí a doporučení pro pedagogickou praxi

Sledovaný okruh jedinců s těžkým zdravotním postižením byl vždy vyšetřen ve speciálním pedagogickém centru před realizací vybraných terapií a také po realizaci těchto terapií. Jednotlivá vyšetření jsou od sebe časově poměrně velmi vzdálena z důvodu velké časové náročnosti při aplikaci vybraných druhů terapií. Jednotlivá vyšetření na specializovaném pracovišti probíhala vždy nezávisle na sobě a pracoviště mají vybrané jedince s těžkým zdravotním postižením dlouhodobě ve své péči.

Shrnutí výsledků

Sledované oblasti komunikace, hrubé motoriky a sociálních dovedností jsou vždy v kazuistické studii podrobně rozebrány po aplikaci terapie jednotlivých terapií (s určitým časovým odstupem) a následně jsou uvedeny v tabulce. Stupnice 1 – 10 vyjadřuje efekt terapie, přičemž 1 je nejnižší a 10 nejvyšší.

Posouzení vlivu jednotlivých terapií na oblast komunikace, hrubé motoriky a sociálních dovedností u sledovaného souboru jedinců.

Tabulka 1. *Posouzení efektu nit'ové akupunktury u jedinců ve sledovaných oblastech*

	<i>KOMUNIKACE</i>	<i>HRUBÁ MOTORIKA</i>	<i>SOCIÁLNÍ DOVEDNOSTI</i>
<i>Kazuistika č. 1</i>	7	3	6
<i>Kazuistika č. 2</i>	8	2	7
<i>Kazuistika č. 3</i>	3	5	4

Sledovaná oblast komunikace:

Šetření prokázalo, že nit'ová akupunktura má vliv na změny ve schopnostech komunikace u jedinců s těžkým zdravotním postižením v návaznosti na závažnost postižení u jedinců. Sledovaný okruh jedinců se stává komunikativnější a sociálně aktivnější. K výrazným změnám došlo v oblasti oromotoriky, kdy se u jedinců projevila větší schopnost artikulace a celkové pohyblivosti svalů v oblasti úst. Výrazně celkově posun prospívá dalšímu vzdělávání.

Sledovaná oblast hrubé motoriky:

Výsledky šetření prokazují určitý vliv terapie na jedince s těžkým zdravotním postižením v návaznosti na závažnosti postižení u jedinců. Terapie má vliv hlavně na ovlivnění svalových skupin těla. Dochází k ovlivnění koordinace pohybů, rovnovážných pohybů a také v jisté míře ovlivnění spasticity, což dále vede k získání jistoty při pohybu u jedinců s těžkým zdravotním postižením.

Sledovaná oblast sociálních dovedností:

Efekt terapie u jedinců s těžkým zdravotním postižením má poměrně velký význam. Celkově u sledovaných jedinců došlo ke zklidnění, které přispívá k dalšímu učení se novým věcem v rámci sebeobsluhy. Výrazně je ovlivněna pozornost a soustředění při práci, které umožňují další vzdělávání a nácvik sebeobslužných činností.

Z tabulky 1 vyplývá, že největší efekt terapie zaznamenala oblast komunikace a sociálních dovedností, které významně ovlivňují kvalitu života jedinců s těžkým zdravotním postižením. Můžeme obecně vyhodnotit, že nitřová akupunktura je podpůrnou psychopedagogickou metodou, která je vhodná pro sledovaný okruh osob s těžkým zdravotním postižením.

Tabulka 2. *Posouzení efektu synergické reflexní terapie u jedinců ve sledovaných oblastech*

	<i>KOMUNIKACE</i>	<i>HRUBÁ MOTORIKA</i>	<i>SOCIÁLNÍ DOVEDNOSTI</i>
<i>Kazuistika č. 1</i>	2	6	2
<i>Kazuistika č. 2</i>	5	3	3
<i>Kazuistika č. 3</i>	2	5	4

Sledovaná oblast komunikace

Oblast komunikace nezaznamenala u jedinců s těžkým zdravotním postižením výrazný posun. Nastalo mírné zlepšení v plynulosti řečového projevu a využívání delších slov u chlapce s DS. U jedinců s narušenou komunikační schopností

nenastala podstatná změna, pouze při osvojování si nových symbolů v rámci nonverbální komunikace.

Sledovaná oblast hrubé motoriky

Dle zjištěných výsledků má tento druh terapie vliv na celkové uvolňování spasticity těla. Výrazně se tím zlepšuje kvalita hybnosti jednotlivých částí těla a také koordinace pohybů. Pohyby jsou přesnější a klidnější. Dochází k ovlivnění jemné erotiky, což přispívá k lepšímu psanému a kresebnému projevu.

Sledovaná oblast sociálních dovedností

Oblast sociálních dovedností je ovlivněna ve smyslu zkvalitnění pohybu při sebeobslužných činnostech a koncentraci při práci.

Z tabulky 2 vyplývá, že k největšímu posunu došlo v oblasti hrubé motoriky, kdy byly nejvíce ovlivněny kontraktury svalových skupin celého těla a tím došlo ke zlepšení pohybů u jedinců s těžkým zdravotním postižením v návaznosti na hloubce postižení. Obecně můžeme vyhodnotit, že synergická reflexní terapie má určitý vliv na psychomotorický vývoj jedinců s těžkým zdravotním postižením a lze ji tedy považovat za podpůrnou psychopedagogickou metodu.

Tabulka 3. *Posouzení efektu delfinoterapie u jedinců ve sledovaných oblastech.*

	<i>KOMUNIKACE</i>	<i>HRUBÁ MOTORIKA</i>	<i>SOCIÁLNÍ DOVEDNOSTI</i>
<i>Kazuistika č. 1</i>	8	4	7
<i>Kazuistika č. 2</i>	9	2	10
<i>Kazuistika č. 3</i>	7	3	8

Sledovaná oblast komunikace

V oblasti komunikace nastaly pozitivní změny, které vedou ke spontánnosti při komunikaci u jedinců. Jsou nezvykle komunikativní a sociálně aktivní. Pozitivní změny jsou pozorovány v oblasti zvýšení zájmu o okolí a pozorovacích schopnostech. Vnímání více vjemů v jednom momentu se také výrazně zlepšilo. Řeč se stává artikulovanější a jedinci využívají větší slovní zásoby a náročnějších větných celků. Posun nastal ve větší míře navazování verbálních i neverbálních kontaktů, dle narušení komunikačních schopností u jedinců, což umožňuje větší začleňování do společnosti a větší možnosti při dalším vzdělávání.

Sledovaná oblast hrubé motoriky

Tato oblast zaznamenala posuv u jedinců se spastickou. Již v průběhu terapie dochází k rozvolnění kontraktur na horních i dolních končetinách a pohyby se tak stávají plynulejší a uvolněnější. U jedinců s poruchami čítí a vnímání je možné pozorovat vyšší schopnost vnímání více postižených částí těla, což v minulosti nebylo.

Sledovaná oblast sociálních dovedností

U jedinců se již v průběhu terapie výrazně mění emoční ladění, v průběhu dne jsou mnohem klidnější a vyrovnanější. Nedochází u nich k výrazným výkyvům nálad, což výrazně přispívá k lepší adaptaci na nové prostředí. Terapie probíhala v poklidu a všichni jedinci se aktivně zapojovali. Celkové zklidnění jedinců má pozitivní vliv na jejich vnímání a pozornost, což ovlivňuje schopnost dalšího učení a dosažení vyšších výsledků při vzdělávání a sebeobslužných činnostech. Jedinci se stávají zralejšími a přesnějšími ve vyjadřování svých potřeb.

Z tabulky 3 vyplývá, že nejvýraznější posun nastal v oblastech komunikace a sociálních dovedností. Z těchto zjištění lze objektivně vyhodnotit, že tento druh terapie lze považovat za podpůrnou psychopedagogickou metodu, která je vhodná svým využitím u sledovaného okruhu jedinců s těžkým zdravotním postižením.

Vyhodnocení výzkumných tezí

VT 1: Vybrané terapie mají nemalý vliv na život jedinců s těžkým zdravotním postižením a jsou jeho nedílnou součástí.

Můžeme objektivně konstatovat, že teze č. 1 se potvrdila. K ovlivnění kvality života jedinců s těžkým zdravotním postižením došlo ve sledovaných oblastech v různé míře. Nejvýraznějších výsledků bylo souhrnně dosaženo v oblastech komunikace a sociálních dovedností, které nejvýrazněji přispívají ke zkvalitnění života a začlenění do společnosti. Terapie jsou nedílnou součástí života jedinců s těžkým zdravotním postižením a přispívají k jejich dalšímu rozvoji.

VT 2: Hrubá motorika nejméně ovlivňuje kvalitu života jedince s těžkým zdravotním postižením.

Ze získaných výsledků šetření nelze potvrdit pravdivost výzkumné teze. Lze vyhodnotit, že sledovaná oblast hrubé motoriky je z pohledu efektu daných terapií nejméně ovlivnitelná a nastaly zde nejmenší změny.

VT 3: Animoterapie mají nejvýznamnější vliv na jedince s těžkým zdravotním postižením.

Pravdivost této výzkumné teze se potvrdila a ze získaných výsledků šetření můžeme objektivně vyhodnotit, že delfinoterapie jako druh animoterapie má nemalý efekt pro námi sledovaný okruh jedinců. Posun nastal prakticky ve všech sledovaných oblastech, z nichž nejvýznamnější byl v oblasti komunikace a sociálních dovedností, což je nejvýrazněji hodnoceno také rodiči vybraných jedinců.

Shrnutí:

Vybrané terapie jsou nedílnou součástí života jedinců s těžkým zdravotním postižením a ze získaných výsledků šetření je lze považovat jako metody psychopedagogické korekce. Výrazně ovlivňují kvalitu života jedince a tím přispívají k lepší socializaci celé rodiny. Výrazným měřítkem při využívání alternativních terapií je finanční situace rodiny, která ovlivňuje četnost návštěv a samotnou realizaci.

Závěr

Jedinci s těžkým zdravotním postižením a jejich rodiny se nachází v nelehké životní situaci. Péče o těžce zdravotně postiženého potomka, která přišla nenadále, mnohé rodiče zaskočila svou náročností. Neustálé hledání dalších možností podpory pro jejich dítě a samotné rodiče je velmi vyčerpávající. Alternativní terapie poskytují možnost zkvalitnění života celé rodiny. Výrazně ovlivňují kvalitu komunikace a sociálních dovedností, které přispívají celkově k lepšímu začlenění se do běžného kolektivu. Vedou také ke zvýšení vzdělavatelnosti jedinců s těžkým zdravotním postižením. Alternativní terapie se potýkají v současnosti s velkým rozmachem. Jsou stále více kombinovány s moderní medicínou a vyhledávány pacienti s různými nemocemi. Setkáváme se ale také s kritikou.

Téma diplomové práce je stále více diskutováno v okruhu rodičů postižených dětí a také mezi odbornou veřejností. Tato práce může sloužit jako náhled či příručka pro rodiče i odborníky.

Shrnutí dostupných informací k této problematice nebylo lehké. Jednotlivé publikace musely být překládány z cizího jazyka. Zkušenosti získané rodiči dětí s těžkým zdravotním postižením z naší republiky, ale i ze zahraničí, jsou velmi cennými poznatky při zpracovávání diplomové práce. Rodiče se mnohdy stávají velkými odborníky.

Alternativní terapie se praktikují po celém světě, avšak námi vybrané terapie byly praktikovány vybranými jedinci vždy na stejném místě k lepšímu zhodnocení výsledků šetření. Jedinci navštěvovali terapie vždy po určitou dobu a poté došlo ke zhodnocení efektu. Vzhledem k aktuálnímu rozšíření alternativních terapií u nás je možné setkat se s jiným názorem rodičů, kteří terapii absolvovali se svým potomkem na jiném místě a za jiných podmínek.

Nejvýraznější nevýhodou z pohledu rodičů je finanční situace rodin dětí s postižením. Rodiny dětí s postižením jsou nuceny vybírat z široké palety terapií v návaznosti na fixačních možnostech rodiny. Pro mnohé rodiny je tento ukazatel diskriminující. Dalším ukazatelem může být také velká vzdálenost od místa bydliště a s tím spojené náklady.

Snahou diplomové práce je propojenost alternativních terapií se zkvalitněním zdravotního stavu jedinců s těžkým zdravotním postižením. Praktická část je zaměřena na využití nitřové akupunktury, synergické reflexní terapie a delfinoterapie jako podpůrných terapií v rámci psychopedagogické korekce. Praktická část vypovídá o efektu těchto terapií v oblasti komunikace, hrubé motoriky a sociálních dovednostech. Výsledky jsou pro větší přehlednost uvedeny v tabulkách. U vybraných jedinců došlo k určitým posunům v každé oblasti. V závěru práce jsou shrnuty výzkumné teze a jejich vyhodnocení.

Věřím, že tato práce bude prospěšná laické i odborné veřejnosti.

Resume

Diplomová práce je zaměřena na posouzení efektu při využití alternativních terapií u jedinců s těžkým zdravotním postižením. Zaměření spočívá ve využití těchto terapií jako možností psychopedagogické korekce, která do určité míry zkvalitňuje život jedinců s těžkým zdravotním postižením a jejich rodinám. V diplomové práci nabízím výběr terapií, které nejsou svou působností doposud tolik známy a jsou využívány jen v okruhu rodin dětí se zdravotním postižením.

Teoretická část diplomové práce je věnována vymezení pojmů souvisejících se zdravím, těžkým zdravotním postižením a také lehkým popisem vybraných druhů postižení a jejich psychologickým zvláštnostem. Dále je tu část věnována alternativním terapiím z historického hlediska, jejich členěním, terminologii a příčin užívání. Jednotlivé vybrané terapie jsou podrobněji popsány v poslední kapitole teoretické části. Praktická část vychází z mých osobních zkušeností a zkušeností rodičů dětí se zdravotním postižením při využívání vybraných terapií. Posouzení jejich efektu na zkvalitnění života celé rodiny.

The diploma work is targeted on appreciation effect at using alternative therapies near individuals with hard health defects. Sight consists in utilize these therapies like possibilities in psychopedagogy correction, which improve the quality to the life of individuals with hard health defects and to their families into definite measurement. In diploma work I offer selection of therapies, which are not till now famous with their effect and They are hard exploitation only in the area of families of children with hard health defect.

Theoretical part of diploma work presentation delimitation notions related with health, hard health defect and light description choice of kind handicaps and their psychological specialities. Further is here the part presentation to alternative therapies in historical viewpoint, their division, terminology and cause of usage. In singles choice therapy are detailed described in the last chapter of theoretical part. Practical part goes out of my personal experiences and experiences at parents of children with hard health defects during the exploitation of chosen therapies. Appreciation of their effect on improve the quality to whole life of families.

Seznam použité literatury a internetových zdrojů

1. BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-158-4
2. BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie*. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2007. 120 s. ISBN 978-80-7315-144-7
3. BONDY, A. – FROST, L. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. 2. vydání. Praha: Grada, 2007. 129 s. ISBN 978-80-247-2053-1
4. BURZTYN, A., M. *The Praeger Handbook of special Education*. USA, 2007. 195 s. ISBN 0-313-33262-2
5. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007, 243 s. ISBN 97-8807-367-319-2
6. EDELSBERGER a kol. *Defektologický slovník*. Praha: H + H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5
7. GAJDOVÁ, L. *Pes lékařem lidské duše*. Praha: Grada, 1999. 160 s. ISBN 80-7169-789-3
8. HANÁK, P. a kol. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha: IPPP, 2005. ISBN 80-86856-10-0
9. HEŘT, J. in KOLEKTIV AUTORŮ *Alternativní medicína možnosti a rizika*. 1. vydání. Praha: Grada, 1995. 208 s. ISBN80-7169-151-8
10. HOLÝ, K., HORÁČEK, K. *Hipoterapie*. Ostrava: Montanex, 2005. 294 s. ISBN 97-8807-225-190-2
11. HRDLIČKA, M. – KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 123 s. ISBN 80-7178-813-9
12. CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál, 2001. 126 s. ISBN 80-7178-588-9
13. IGLIS, B., WEST, R. *Průvodce alternativní medicínou*. Praha: Brázda, 1992. 352 s. ISBN 80-2090-221X
14. JANČA, J. *Alternativní medicína - Komplexní prevence a léčba přírodními prostředky*. 1. vydání. Praha: Eminent, 1991. 268 s. ISBN80-900302-1-1

15. JANČA, J. *Alternativní medicína - Komplexní prevence a léčba přírodními prostředky*. 2. vydání. Praha: Eminent, 2001. 264 s. ISBN 80-7281-041-3
16. JANČA, J. *Velký receptář alternativní medicíny*. Praha: Eminent, 2002. 204 s. ISBN 80-7281-121-5
17. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*.
1. vydání. Praha: Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7
18. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaných postižením*. 2. vydání. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5
19. JELÍNKOVÁ, M. *Autismus II. - Problémy v sociálních vztazích u dětí s autismem*. Praha: IPPP, 2000.
20. JELÍNKOVÁ, M. *Autismus III. – Problémy s představitivostí u dětí s autismem*. Praha: IPPP, 2000
21. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: UK, 1995. ISBN 70-66-941-1
22. JESENSKÝ, J. *Základy komprehensivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudemus, 2000b. 275 s. ISBN 80-7041-196-1
23. KAJDOŠ, V. *Akupunktura, akupresura a čínská gymnastika*. Praha: Ivo Železný, 1997. S 232. ISBN 80-2372-690-0
24. KEBZA, V. *Sociální psychologie zdraví* in: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná psychologie II*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0042-5
25. KRAUS, J. *Dětská mozková obrna*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8
26. LANDEWEER, G., G. *Kraniosakrální terapie*. Olomouc: Fontána, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7336-538-7
27. LESLÝ, I, ŠPITZ, J. *Neurologie a psychiatrie speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1987
28. LILLY, C. JOHN. *Člověk a delfín*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 1968. ISBN 23-123-66
29. LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1. vydání. Olomouc: UP, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7

30. NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata léčí*. 1. vydání. Praha: Albatros, 2006. 159 s. ISBN 80-00-01809-8
31. MAREK, J. *Tisíciletí s akupunkturou*. Praha: Triton, 2000. 90 s. ISBN 80-7254-070-X
32. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vydání. Jinočany: H+H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7
33. MATULAY, K. *Mentálna retardácia*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1986. 336 s.
34. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vydání. Olomouc: UP Olomouc, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3
35. OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-210-3242-1
36. OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Paido, 2005. ISBN 80-210-3819-5
37. OPATŘILOVÁ, D. *Analýza současného stavu inkluzivního vzdělávání v České republice u jedinců s tělesným postižením v předškolním a základním vzdělávání*. Brno: Paido, 2009. ISBN 978-80-210-5030-3
38. OPATŘILOVÁ, D. – ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Somatopedie. Testy k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. 123 s. ISBN 978-80-7315-137-2
39. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vydání. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0
40. PREISS, M. *Klinická neuropsychologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1998. 406 s. ISBN 80-84032-77-5
41. PROCHASKA, J., O., NORCOSS, J., C. *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada, 1999. 479 s. ISBN 80-7169-766-4
42. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 5. vydání. Praha: Portál, 2008, 322 s. ISBN 978-80-7367-416-8
43. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. A KOL. *Dětská klinická psychologie*. 3. vydání. Praha: Grada, 1997. 450 s. ISBN 80-7169-512-2
44. SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 197 s. ISBN 80-7178-973-9

45. SCHOPLER, E., REICHLER, R. – LAUSINGOVÁ, M. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami*. Praha: Portál, 1998. 129 s. ISBN 80-7178-199-1
46. SMOLJANINOV, A. G. *Delfinoterapie jako metoda psychopedagogické korekce a její místo v komplexní rehabilitaci u dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Kyjev, 2006.
47. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vydání. Praha: Státní Pedagogické Nakladatelství, 1986. 232 s. 14-072-86
48. STUX, G, BERMAN, B., POMERANCZ, B. *Basic sof acupuncture*. 5. vydání. Berlin: Springer, 2003. 349 s. ISBN 3-540-44273-1
49. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2 vydání. Praha: Portál, 2003, 187 s. ISBN 80-7178-821-X
50. ŠVARCOVÁ, I - SLABINOVÁ. *Mentální retardace*. 3. vydání. Praha: Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-7178-506-71
51. THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra: dětská autismus, atypický autismus, aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7
52. VALENTA, M. – MÜLLER, O. *Psychopedie*. 2. vydání. Praha: PARTA, 2004. 443 s. ISBN 80-7320-063-5
53. VANČOVÁ, A. *Edukácia vícenásobne postihnutých*. Bratislava: Sapientia, 2001. ISBN 80-967180-7-X
54. VANČOVÁ, A. *Viacenásobné postihnutia – aktuálny problém špeciálnej pedagogiky* in Paedagogika specialis XX. Bratislava: UK, 1999
55. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Zooterapie ve světě objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-7322-109-6
56. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. vydání. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9
57. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vydání. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0
58. VYMĚTAL J. a kol. *Obecná psychologie*. 2. rozšířené vydání. Braha: Grada, 2004. 340 s. ISBN 80-247-0723-3
59. UPLEDGER, J. E., GROSSINGER, R., ASH, D., CEHEN, D. *Kraniosakrální terapie*. Praha: Pragma, 2009. 140 s.

60. ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. 10. vydání. Praha: Portál, 2003. 263 s. ISBN 80-7178-038-3
61. ZEMEK, R. in KOLEKTIV AUTORŮ. *Rodinná encyklopedie alternativní medicíny*. 1. vydání. Praha: Reader's Digest Výběr, 1997. S 399, ISBN 80-908069-3-X

Použité zákony a vyhlášky:

1. Vyhláška č. 72/2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
2. Vyhláška č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
3. Zákon č. 561/2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.
4. MKN- Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize.
5. Věstník MŠMT ČR č. 8/1997 pod j. č. 25602/97-22 – Vymezení kombinovaného postižení.

Internetové zdroje:

Adeli rehabilitation /online/. Adeli-method /cit. 6. 1. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.adeli-method.com

Adeli projekt /online/. Adeli-suit /cit. 2. 3. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.adeli-suit.com

Akupunktura a její využití /online/. Akupunktura /cit. 6. 1. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.akupunktura.cz

Definitions of animal therapy /online/. Animal therapy /cit. 11. 3. 2010/

Dostupné na World Wide Web:

www.animaltherapy.net

Dětská mozková obrna /online/. Dobromysl /cit. 6. 1. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.dobromysl.cz

Dětský autismus /online/. Portál o autismu, /cit. 26. 2. 2007/.

Dostupné na World Wide Web:

www.autismus.cz

Dolphin therapy – medical course, the koncept, therapeutic bases, sonophoretic model /online/. International Institute of Dolphin Therapy, /cit. 2. 11. 2007; 28. 1. 2008/.

Dostupné na World Wide Web:

<http://www.dolphintherapy.ru>

Dolphin therapy /online/. Henry Spink Foundation /cit. 11. 1. 2008/.

Dostupné na World Wide Web:

<http://www.henryspink.org>

Effectiveness of Dolphin-Assisted Therapy as a Behavioral Intervention for Young Children With Disabilities /online/. Altonweb /cit. 15. 1. 2008/.

Dostupné na World Wide Web:

<http://www.altonweb.com>

Felinoterapie /online/. Animoterapie /cit. 12. 2. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.animoterapie.cz

History of alternative medicine /online/. Benevert /cit. 22. 2. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.benevert.com

History of alternative medicine /online/. Buzzle /cit. 22. 2. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.buzzle.com

History of alternative medicine /online/. Wikipedia /cit. 6.1.2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.wikipedia.org

Kraniosakrální terapie, synergická reflexní terapie /online/. Institut synergické reflexní terapie /cit. 6. 1. 2010/.

Dostupné na World. Wide Web:

www.isrt.cz

MA, K., W. *The rous and developement of Chinese acupuncture: from prehistory to early 20th century*. Článek Acupunkt Med 1992 /online/. Google translator /cit. 12. 3. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.googletranslator.com

Mentální retardace /online/. Ministerstvo zdravotnictví ČR /cit. 12. 2. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.mzcr.cz

Mezinárodní klasifikace nemocí /online/. Světová zdravotnická organizace /cit. 12. 2. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.who.int

Pojem zdraví /online/. Mgr. Leona Mužíková - Masarykova Univerzita Brno /cit. 11. 1. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.ped.muni.cz

Pojem zdraví /online/. Encyklopedie zdravotní sestry /cit. 12. 2. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.sestra.org

Synergická reflexní terapie, kraniosakrální terapie /online/. Dobromysl /cit. 6. 1. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.dobromysl.cz

YNSA - Yamamoto New Scalp Acupuncture /online/. Yamamototo institut /cit. 25. 2. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.yamamoto.hu

YNSA – Yamamoto New Scalp Acupuncture /online/. Medical Acupuncture /cit. 7. 1. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.medicalacupuncture.org

Zooterapie /online/. Animoterapie /cit. 12. 2. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.animoterapie.cz

Žebříček faktorů úmrtnosti /online/. Světová zdravotnická organizace /cit. 12. 2. 2010/.

Dostupné na World Wide Web:

www.who.int

