



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Metody práce s dětmi s PAS

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Autor: Barbora Bártová

Vedoucí práce: Mgr. Ingrid Baloun

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11.8.2020

.....

Barbora Bártová

Poděkování

Ráda bych poděkovala především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Ingrid Baloun, děkuji za vřelý přístup, odborné rady, pomoc, připomínky a metodické vedení práce. Dále děkuji všem komunikačním partnerům, kteří byli ochotni se zúčastnit mého výzkumu. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a svému manželovi, kteří mi po celou dobu studia byli velkou oporou.

Metody práce s dětmi s PAS

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá metodami práce s dětmi s poruchou autistického spektra. Cílem bakalářské práce je zmapovat tyto metody, zjistit jaké metody jsou nejpoužívanější, dále se bakalářská práce zaměřuje na to, jaké pomůcky jsou pro práci s dětmi s poruchou autistického spektra nejvíce využívány.

Praktická část byla zpracovávána pomocí kvalitativní výzkumné strategie. Kvalitativní výzkumná strategie byla realizována prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s terapeuty pracujícími s dětmi s poruchou autistického spektra v předškolním věku. Výsledky výzkumu byly zpracovávány pomocí otevřeného kódování a následné kategorizace.

V empirické části čtenář najde, jaké metody práce a jaké pomůcky můžeme při práci s dětmi s PAS využívat a jaké z těchto metod a pomůcek jsou nejvhodnější.

Z výzkumu vyplynula metoda O.T.A. jako nejpoužívanější metoda pro práci s dětmi s PAS v předškolním věku, v rámci intervence je velmi oblíbená také muzikoterapie a arteterapie. Další vhodnou intervenční metodou je metoda strukturovaného učení. V praxi jsou využívány různé relaxační pomůcky jako jsou například světelné vlásky, relaxační hudba, či promítání obrazců na zeď; pomůcky k nácviku motoriky či komunikace; piktogramy k orientaci v každodenních činnostech. Hojně používaná jsou také elektronická zařízení, především I Pad.

Pravděpodobně nikdy nebudeme moct s jistotou tvrdit, jaká metoda je ta nejvhodnější, jisté však je, že pokud bude hleděno na individualitu, jedinečnost daného dítěte, budeme se snažit mu co nejvíce porozumět, co nejvíce ho poznat bude vývoj a vzdělávání jedince probíhat snadněji.

Bakalářská práce může sloužit jako teoretický návod k tomu, jak s dětmi s poruchou autistického spektra pracovat.

Klíčová slova

Poruchy autistického spektra; Metody; Intervence; Pomůcky; Terapie.

Methods of working with children with Autism Spectrum Disorder

Abstract

This bachelor's thesis deals with methods of working with children with autism spectrum disorder. The aim of the bachelor's thesis was to analyze these methods and find out which methods are the most used. Furthermore, the bachelor's thesis focuses on which aids are most used for working with children with autism spectrum disorders.

The practical part was processed using a qualitative research strategy. The qualitative research strategy was implemented through semi-structured interviews with therapists working with children with autism spectrum disorder in preschool age. The research results were processed using open coding and subsequent categorization.

The empirical part describes what methods of work and what aids we can use when working with children with ASD and which of these methods and aids are the most suitable.

The research revealed the O.T.A. (Open Therapy of Autism) as the most used method for working with children with ASD in preschool age, music therapy and art therapy are also very popular within the intervention. Another suitable intervention method is the structured learning method. In practice, various relaxation aids are used, such as relaxation music, or the projection of shapes on the wall; aids for motor skills or communication training; pictograms for orientation in everyday activities. Electronic devices are also widely used, especially the iPad.

We will probably never be able to claim with certainty which method is the most suitable, but it is certain that if we look at the individuality, uniqueness of the child, we will try to understand him as much as possible and get to know him.

The bachelor thesis can be used as a theoretical guide to how to work with children with autism spectrum disorder.

Key words

Autism Spectrum Disorder; Methods; Intervention; Aids; Therapy.

Obsah

Úvod.....	8
1 Poruchy autistického spektra.....	9
1.1 Pojetí poruch autistického spektra v historii.....	9
1.2 Současné pojetí poruch autistického spektra.....	11
1.3 Příčiny vzniku autismu.....	11
1.4 Klasifikace poruch autistického spektra.....	13
1.4.1 Dětský autismus.....	13
1.4.2 Rettův syndrom.....	13
1.4.3 Aspergerův syndrom.....	14
1.4.4 Atypický autismus.....	15
1.4.5 Dětská dezintegrační porucha.....	16
1.4.6 Autistické rysy.....	16
1.4.7 Jiné pervazivní vývojové poruchy.....	16
1.4.8 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby.....	17
1.5 Autistická triáda.....	17
1.5.1 Komunikace u jedince s PAS.....	18
1.5.2 Sociální interakce.....	19
1.5.3 Představitost a chování.....	20
1.5.4 Nespecifické variabilní rysy.....	21
1.6 Terapie a intervence.....	23
1.6.1 O.T.A. terapie.....	24
1.6.2 ABA terapie.....	25
1.6.3 Son-Rise program.....	26
1.7 Metody práce s dětmi s poruchou autistického spektra.....	28

1.7.1	Strukturované učení	28
1.7.2	TEACCH program	29
1.7.3	Alternativní a augmentativní komunikace	30
1.7.4	Další vhodné způsoby intervence	31
1.7.5	Pomůcky vhodné pro práci s dětmi s PAS.....	32
1.8	Charakteristika vývoje dítěte s PAS v předškolním období.....	32
1.8.1	Předškolní období-dítě s PAS	33
2	Cíle práce a výzkumné otázky.....	35
2.1	Cíle práce	35
2.2	Výzkumné otázky.....	35
3	Metodika.....	36
3.1	Výzkumné metody	36
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	37
3.3	Časový harmonogram a realizace výzkumu	38
3.4	Etika výzkumu	39
4	Výsledky.....	40
5	Diskuze	60
	Závěr	64
	Seznam literatury	65
	Seznam příloh	69
	Přílohy.....	70
	Seznam zkratk	77

Úvod

Téma poruch autistického spektra je ve společnosti stále poměrně zanedbáváno, lidé podle mého názoru nejsou o tomto onemocnění dostatečně informováni, často je i toto téma takzvaně zametáváno pod koberec. Ve společnosti lidí s autismem stále přibývá, proto by se i společnost měla o tuto problematiku více zajímat.

Toto téma jsem si zvolila především proto, že jsem se chtěla hlouběji ponořit do specifik v oblasti poruch autistického spektra. Cílem bakalářské práce je zjistit podle jakých metod můžeme s dětmi s poruchou autistického spektra pracovat.

Bakalářská práce je dělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části má čtenář možnost seznámit se s problematikou poruch autistického spektra, se základními pojmy v oblasti autistické triády intervence, pomůcek. V teoretické části se zaměřuji na popis jednotlivých druhů poruch autistického spektra, dále popisuji autistickou triádu, možnosti diagnostiky, možnosti intervence a v neposlední řadě se zaměřuji na charakteristiku předškolního období u zdravého dítěte a u dítěte s poruchou autistického spektra.

V praktické části budou zkoumány a následně zodpovězeny tři předem stanovené výzkumné otázky. Výzkum bude zaměřen na to, jak můžeme pracovat s dětmi s poruchou autistického spektra v předškolním věku, jaké jsou nejvhodnější metody pro tuto práci a jaké pomůcky k tomu můžeme využít. Informace budou získávány pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které budou následně zpracovávány prostřednictvím otevřeného kódování.

Na závěr budou všechny získané informace shrnuty. Tato bakalářská práce může sloužit široké společnosti jako určitý teoretický návod, jak s dětmi s poruchou autistického spektra pracovat.

1 Poruchy autistického spektra

Poruchy autistického spektra (dále jen PAS) řadíme mezi pervazivní vývojové poruchy, tyto poruchy se ve společnosti vyskytují vzácně, jsou ale velmi závažné (Fischer et al., 2014). *Pervazivní, neboli všeprostupující vývojové poruchy výrazným způsobem mění chování jedince, který trpí některou z těchto specifických poruch. Porucha omezuje možnosti vzdělávání a značně ztěžuje společenskou seberealizaci, normální zařazení (integraci) do společnosti závažné* (Fischer et al., 2014, s. 176). Betts a Jacobs (2013) uvádějí, že jednotlivé PAS nejsou psychické poruchy, ale nazývá je lékařskými diagnózami ovlivňující psychický i fyzický vývoj daného jedince.

1.1 Pojetí poruch autistického spektra v historii

Tím, kdo první definoval autismus byl Američan Leo Kanner, učinil tak roku 1943. Leo Kanner působil jako dětský psychiatr, začal rozlišovat autismus a dětskou schizofrenii a definoval autismus jako svobodný obor (Richman, 2006). Thorová (2016). Ve své knize však uvádí, že prvním, kdo poprvé vyslovil pojem autismus, nebyl Kanner, ale švýcarský psychiatr Eugen Bleuler, pojem autismus používal jako jeden ze symptomů u pacientů se schizofrenií (Thorová, 2016).

Lidé s autismem samozřejmě existovali již předtím, než byl samotný autismus definován. Děti s PAS byly dříve nazývány jako svaté děti, děti posedlé d'áblem nebo uhranuté děti (Thorová, 2016).

Kanner a Eisenberg roku 1956 specifikovali pět hlavních znaků autistického chování (Šporclová, 2018). Mezi hlavní znaky patřilo silné narušení citového kontaktu s ostatními lidmi, okouzlení předměty, které dítě používá. Jako další znak uváděli to, že dítě až přehnaně požaduje neměnnost v každodenních situacích. Dále uváděli, že u dítěte mnohdy neprobíhá vývoj řeči, nebo to, že řeč není využívána ke komunikaci s okolním světem. V neposlední řadě upozorňovali na to, že děti s autismem mají velmi dobře vyvinuté kognitivní myšlení (Šporclová, 2018).

MKN zařadila autismus v rámci 8. revize roku 1965, autismus byl však vnímán jako verze dětské schizofrenie, nic se nezměnilo ani v 9. revizi, kdy autismus byl stále řazen mezi psychózy (Šporclová, 2018). Významným rokem byl rok 1977, Americká autistická

společnost vydala první definici autismu, o tři roky později, tedy roku 1980, začleňuje definici autistického syndromu Americká psychiatrická společnost do Diagnostického a statistického manuálu. Původní znění bylo později obměněno. Porucha autistického spektra se objevuje celosvětově, nezáleží při tom na rase, na tom odkud daný člověk pochází, nezáleží ani na postavení ve společnosti či etniku (Richman, 2006).

Mezi klíčové projevy se řadily následující znaky: narušení sociálního vývoje, zpožděný vývoj řeči, problémy v komunikaci, opakující se, stejné chování, které vždy dodržuje určitý rituál (Richman, 2006). Prvně bylo použito obecné označení „pervazivní vývojové poruchy“, autismus již nespadal do kategorie psychiatrických poruch, ale začal se řadit do poruch vývojových (Šporclová, 2018).

Další změna nastala roku 1987, kdy byla vydána revize Diagnostického statistického manuálu, mezi hlavní znaky autismu byla řazena porucha reciproční sociální interakce, omezenost v rámci hry a zájmů, neschopnost neverbální a verbální komunikace. Tyto znaky byly součástí již v předchozích diagnostikách, od roku 1987 byl kladen důraz ale rovněž na rozmanitost projevů. To byl velmi významný posun, který způsobil to, že do diagnostické kategorie pervazivních vývojových poruch se začaly řadit děti s mírnější formou autismu, ale také jedinci s absolutními projevy autismu (Šporclová, 2018). Šporclová (2018) uvádí, že do MKN se toto pojetí zařadilo až roku 1990 v rámci 10. revize, v České republice pak roku 1994.

Před rokem 1989 se o autismus mnoho odborníků nezajímalo, jednou z nevýznamnějších osob zabývajících se touto problematikou byla Růžena Nesnídalová. Po pádu komunismu se zájem o problematiku začal zvyšovat, a to především díky sdružení AUTISTIK, které založili rodiče dětí s PAS, v jehož čele stála Miroslava Jelínková. Díky sdružení se pohled na toto onemocnění velmi změnil a v roce 1993 se otevřely první třídy pro děti s PAS, které fungovaly pod speciálními školami (Čadilová a Žampachová et al., 2012). V roce 1994 proběhla čtvrtá revize amerického Diagnostického statistického manuálu, kdy v rámci pervazivních vývojových poruch byly definovány i další diagnózy jako například Aspergerův syndrom (Šporclová, 2018).

V roce 1997 se uskutečnila stáž sedmi speciálních pedagogů, která měla za následek to, že čeští speciální pedagogové získaly materiály, díky kterým byli schopni určit směr pedagogické intervence při práci s dětmi s PAS. Díky těmto metodám se zvyšoval počet dětí s diagnostikovanou PAS, následně byla také schválena vyhláška MŠMT č. 127/1997

Sb., která upravovala to, za jakých kritérií může být zhotovena třída pro děti s PAS, kolik musí být v takové třídě pedagogů a podobně (Čadilová, Žampachová et al., 2012).

1.2 Současné pojetí poruch autistického spektra

V roce 2013 proběhla pátá revize Diagnostického statistického manuálu, v této revizi byly jednotlivé diagnózy sloučeny do jedné skupiny. To znamenalo, že dětský autismus, Aspergerův syndrom a atypický autismus byly od této chvíle evidovány pod názvem „poruchy autistického spektra“ a řadily se mezi neurovývojové poruchy (Šporclová, 2018).

V současné době MKN-10, k 1.1.2020 eviduje pervazivní vývojové poruchy pod kódem F84 (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2020). *Skupina těchto poruch je charakterizována kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci* (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2020, s. 249). MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2020) uvádí následující podskupiny: dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, jiná dětská dezintegrační porucha, hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby, Aspergerův syndrom, **jiné pervazivní vývojové poruchy, pervazivní vývojová porucha nervové soustavy (dále jen NS)** (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2020).

1.3 Příčiny vzniku autismu

Fischer et al. (2014) uvádí, že etiologii, neboli příčinu PAS nelze přesně určit. Šporclová (2018) říká, že odborná veřejnost prezentuje myšlenku, že autismus má neurobiologickou podstatu s velkým podílem dědičnosti. Podle několika studií odborníků po celém světě, můžeme říci, že autismus je důsledkem náhodných nových mutací, na kterých se podílejí desítky genů, které jsou důležité pro vývoj mozku (Šporclová, 2018). Thorová (2016) uvádí, že autismus se řadí mezi neurovývojové poruchy, projevy jsou spojeny se zráním mozku. Patologické změny jsou zjevné ve funkcích mozků, ale také ve struktuře mozku.

Výsledky všech výzkumů jsou stále nesoudržné, vědci stále nejsou schopni přesně určit příčinu vzniku tohoto onemocnění. Mezi důležité faktory ale řadí: genetické vlivy, prostředí, imunitu jedince (Thorová, 2016). Také Betts a Jacobs (2013) se přiklánějí k názoru, že příčina PAS nebyla doposud zjištěna. Vágnerová (2014) říká, že etiologii autismu nelze přesně určit, domnívá se, že na vzniku tohoto onemocnění se podílí souhrn více vlivů, důležité však je, že autismus je ovlivněn geneticky. Uvádí, že u rodičů se mohou objevovat různé odchylky v komunikaci či chování, a ty se pak u jejich potomků mohou extrémně vyvinout (Vágnerová, 2014).

Thorová (2016) hovoří o tom, že mnoho rodičů v dnešní době odmítá očkovat své děti právě ze strachu, že by jejich dítě mohlo „získat“ autismus. Studium souvislosti mezi autismem a očkovaním se v devadesátých letech zabýval gastroenterolog Andrew Wakefield. Ten prezentoval myšlenku spojitosti mezi chronickými žaludečními a střevními potížemi a autismem. Na teoretické bázi tvrdil, že pokud je dítě očkováno kombinovanou vakcínou proti zarděnkám, spalničkám a příušnicím může dojít k zánětu tenkého a tlustého střeva a následně pak může skrze krev dojít k poškození mozku, které by mohlo vést až ke vzniku autismu. Ačkoliv tato hypotéza nebyla nikdy potvrzena, vyvolala enormní protiočkovací vlnu a stále společnost rozděluje na dva pomyslné tábory, které jsou buď pro, nebo proti očkovaní. V posledních letech proběhlo nespočet výzkumů, nikdy však nebylo potvrzeno, že by autismus způsobovalo právě očkovaní (Thorová, 2016). Bazalová (2017) ve své knize uvádí příběh matky, která si myslí, že právě očkovaní bylo u její dcery spouštěčem autismu: *Dcera se narodila předčasně v sedmém měsíci. Opoždění rychle doháněla a měla se k světu. Brzo žvatlala, zajímala se o vše kolem sebe. Po očkovaní se vše začalo měnit: jako by se obracela do sebe, byla tišší a tišší, přestala se zajímat o dění kolem, zajímaly ji jen ručičky. Nejdříve začala chodit, pak teprve lézt, zajímala se o technické prvky, hadici od pračky, vypínače, zavírání a otvírání dveří, neadekvátně reagovala na smrkání a kašláni lidí kolem sebe, na nepříjemné zvuky. Fascinovala ji reklama, u které ustrnula, nesměli jsme přepnout televizi jinak nastal řev. Ze zkušeností s vývojem starších dětí jsme zhruba věděli, jak by to přibližně mělo vypadat, i když jsme si uvědomovali, že každé dítě je jiné a jinak se vyvíjí* (Bazalová, 2017, s. 13).

1.4 Klasifikace poruch autistického spektra

Podle MKN- 10: Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2020) rozlišujeme: dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, hyperaktivní poruchu sdruženou s mentální retardací a stereotypními pohyby, Aspergerův syndrom, jiné pervazivní vývojové poruchy a pervazivní vývojová porucha NS. Poruchy autistického spektra jsou vnímány jako jedny z nejtěžších poruch dětského mentálního vývoje (Čadilová a Žampachová et al., 2012).

1.4.1 Dětský autismus

Dětský autismus je neznámější pervazivní poruchou dětského věku, a to především z historického pohledu. Tento syndrom byl podrobně definován Leo Kannerem, proto byl dříve nazýván jako Kannerův syndrom, dnes tato skupina zahrnuje také další formy autistických syndromů v dětském věku (Fischer et al., 2014). Dětský autismus je typický neobvyklým nebo narušeným vývojem, který se objevuje již před třetím rokem života (MKN- 10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2020). Thorová (2016) uvádí, že syndrom můžeme diagnostikovat v každé věkové skupině. Poruchy se objevují ve všech oblastech triády (sociální interakce, komunikace, představitost). MKN- 10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2020) uvádí, že ke specifickým diagnostickým rysům se mohou dále přidružovat další rysy, například: agrese směřující proti sobě, různé fobie, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, dále se mohou objevovat návaly zlosti a podobně. Dle Valenty et al. (2014) jsou děti s dětským autismem ve většině případů vzdělávány ve speciální třídách. Charakteristické jsou pro ně stereotypní pohyby, důležité jsou pro rituály, které opakují stále dokola, ke hře většinou používají hračky, které mají až bizarní povahu, o běžné hračky většinou nejeví zájem (Valenta et al., 2014). Bendová et al. (2015) uvádějí, že dětský autismus se objevuje až třikrát častěji u mužského pohlaví než u pohlaví ženského.

1.4.2 Rettův syndrom

Rettův syndrom je neurologická vada, která se zpravidla vyskytuje u dívek (Kejklíčková, 2016). Thorová (2016) uvádí, že Rettův syndrom postihuje jen dívky, u chlapců může

vzniknout totožná mutace genu, v těchto případech dochází u chlapců k závažné encefalopatii a následnému zániku plodu či smrti novorozence. Prvotní vývoj u dětí s tímto syndromem se nejprve jeví jako zcela normální, toto trvá zhruba do šestého až osmnáctého měsíce života dítěte (Kejklíčková, 2016). Postupem času si u dítěte začneme všimnout plného nebo částečného mizení verbálních schopností a schopností manuálních (Černá et al., 2015). U dítěte se objevují poškození v oblasti chůze, opakující se stále stejné pohyby horních končetin, zpomaluje se také růst hlavy (Kejklíčková, 2016). Černá et al. (2015) uvádí, že jedinci mají problémy s dýcháním, ve školním věku se objevuje skolióza a častým problémem jsou také epileptické záchvaty, které jsou častou příčinou zhoršování stavu u pacientů. Jedincům s tímto syndromem činí velké problémy ovládat pohyby svého těla, trpí apraxií, která postihuje také správnou funkci okohybných svalů či mluvidel (Kejklíčková, 2016). V České republice se ročně narodí přibližně deset dívek s Rettovým syndromem, výskyt je tedy 1: 8500 narozených dívek (Thorová, 2016).

1.4.3 Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom popsal v druhé polovině 20. století rakouský pediatr Hans Asperger. V 90. letech 20. století byl Aspergerův syndrom popsán jako klinická diagnóza. Uvádí se, že ve společnosti je přibližně 0,5% osob s tímto syndromem, to je přibližně 50 000 osob v České republice. Údaje ale stále nejsou přesné, protože mnoho lidí v minulosti zůstávalo bez stanovení diagnózy (Sainsburyová, 2016). Ročně se narodí asi 400 dětí s Aspergerovým syndromem na 100 000 obyvatel (Pešek, 2017). Fischer et al. (2014) uvádí, že Aspergerův syndrom je diagnostikován více chlapcům než dívkám.

Sainsburyová (2016) uvádí, že Aspergerův syndrom se označuje jako jedna z mírnějších forem autismu. Jedinci s AS nezvládají rozpoznat, porozumět a ovládat vlastní emoce. Snadno se rozčílí, trpí úzkostmi a uzavírají se sami do sebe (Pešek, 2017). Franke (2018) popisuje, že děti či dospělí, kterým byl diagnostikován Aspergerův syndrom, mají problémy s očním kontaktem, dále jsou omezení v oblasti mimiky a gestiky. Těmto jedincům chybí porozumění pro signály ze společnosti. Thorová (2016) ve své knize však uvádí, že pokud tvrdíme, že Aspergerův syndrom je mírnější formou autismu, popisujeme tuto diagnózu velmi zjednodušeně.

V rámci Aspergerova syndromu můžeme hovořit o dvou skupinách. Do první skupiny řadíme jedince, kteří jsou schopni za pomoci různých nácvikových cvičení zařadit do normálního života, chodit do školy, do zaměstnání, založit rodinu. Tito lidé jsou okolím vnímáni většinou jako uzavření, svým chováním nápadní. Pokud hovoříme o druhé skupině, hovoříme o lidech, kteří ke svému fungování již v mateřské škole potřebují asistenta. V průběhu školní docházky se vyskytují velké problémy, zaměstnání většinou nenachází, partnerský vztah je u těchto jedinců zpravidla nemožný (Thorová, 2016). Mezi hlavní znaky AS patří abnormality v rámci řeči, řeč je většinou mechanická, krkolomná, formální (Thorová, 2016). S lidmi s AS musíme mluvit přímo, bez jakékoliv ironie, sarkasmu a podobně, těmto výrazům tito jedinci nerozumí (Fischer, 2014).

Aspergerův syndrom není ta nejhorší věc na světě. Rodičů se někdy ptáme: „Co se vám na vašem dítěti líbí, proč si ho vážíte, co byste na něm ocenili?“ U mnoha dětí s AS mohou rodiče a učitelé nacházet mnoho pozitivních vlastností a silných stránek jejich osobnosti. Tyto děti mohou být chytré, mají někdy úžasnou paměť, jsou citlivé, dobrosrdečné, poctivé, bývají dochvilné, mají vrozený smysl pro spravedlnost a často jsou i velmi kreativní a originální ve vnímání světa kolem sebe (Pešek, 2017, s. 12).

1.4.4 Atypický autismus

Dítě s atypickým autismem splňuje pouze z určité části rysy typické pro dětský autismus. Pokud hovoříme o jedinci s atypickým autismem, můžeme o něm hovořit také jako o jedinci s autistickými rysy či sklony (Thorová, 2016). Bendová et al. (2015) uvádějí, že atypický autismus je ve většině případů diagnostikován až po třetím roku života dítěte. Fischer et al. (2014) uvádí, že označení atypický autismus v sobě nese několik možných poruch. U diagnostiky atypického autismu je důležité hledět na to, jestli jedinec v plné míře nevykazuje rysy jiného druhu pervazivní vývojové poruchy (Thorová, 2016). Thorová (2016) ve své knize uvádí kritéria v rámci, kterých můžeme zpravidla diagnostikovat atypický autismus. 1. kritérium: prvotní příznaky autismu začaly být zjevné až po třetím roce života dítěte. 2. kritérium: neobvyklý vývoj můžeme pozorovat ve všech třech kategoriích triády. 3. kritérium: jedna z oblastí diagnostické triády není bazálně oslabena. 4. kritérium: k autismu se přidává dále ještě těžká a hluboká mentální retardace. Je možné také sledovat příznaky, které jsou typické pro autismus (Thorová, 2016).

1.4.5 Dětská dezintegrační porucha

Dětská dezintegrační porucha je známá také jako Hellerův syndrom, dezintegrační psychóza nebo infantilní demence. Dětská dezintegrační porucha je téměř stejná jako ostatní pervazivní vývojové poruchy. Tato porucha bývá někdy nazývána jako „pozdní autismu“, a to proto, že nastupuje později než ostatní pervazivní poruchy. Symptomy se objevují až po delší době normálního vývoje, který byl zřejmý přibližně do 24. měsíce života dítěte (Fischer et al., 2014). Thorová (2016) uvádí, že ke zhoršení stavu může dojít mezi druhým až desátým rokem věku dítěte, nejčastěji porucha nastupuje mezi třetím až čtvrtým rokem. Po období normálního vývoje dojde k regresi, jedinec se zhorší v oblasti komunikace, sociálních dovednostech, po období regrese může opět nastat zlepšení, ale vývoj dítěte už se nikdy nevrátí do normálu (Thorová, 2016). Příčina vzniku této poruchy nebyla doposud objasněna, tato porucha je velmi vzácná, hovoří se o tom, že je přibližně desetkrát méně častá než autismus, uvádí se 0,005 % populace (Fischer et al., 2014).

1.4.6 Autistické rysy

V současné době stále neexistuje žádná jednotná definice, proto nemůžeme s jistotou říct, zda jsou autistické rysy synonymem pro PAS, nebo zda takto označujeme děti, které svým chováním, frekvencí a intenzitou nesplňují diagnostická kritéria PAS. Měli bychom hledět na to, že pojem autistické rysy nejsou diagnózou, i přestože se tento pojem v České republice těší velké oblibě (Thorová, 2016).

1.4.7 Jiné pervazivní vývojové poruchy

Kategorie jiných pervazivních vývojových poruch se v Evropě velmi často nepoužívá, kritéria pro diagnostiku nebyla doposud přesně stanovena. Do kategorie jiných pervazivních poruch zařazujeme následující děti. Sociální interakce, kvalita hry i kvalita komunikace je oslabena, ovšem ne natolik jako u dětského autismu či atypického autismu. Jednotlivci spadající do této kategorie mají většinou stejné symptomy jako děti s autismem, tyto symptomy se však v dané kategorii nevyskytují ve vyšší míře (Thorová, 2016). V rámci druhé kategorie Thorová (2016) hovoří o dětech s narušenou schopností

představivosti. Tito jedinci nejsou schopni rozeznávat mezi skutečností a fantazií, většinou mají zájem o jedno jediné téma, na které se krajně zaměřují. Řadíme mezi ně děti, u kterých se objevují schizoidní a schizotypní rysy a kterým nevyhovuje žádný z konkrétních diagnostik PAS (Thorová, 2016).

1.4.8 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

Tato porucha zahrnuje hyperaktivní syndrom, mentální retardaci s IQ nižším než 50 a stereotypní pohyby (Hosák et al., 2015). Thorová (2016) ve své knize uvádí diagnostická kritéria podle MKN-10. Mezi tato kritéria patří například: jedinci jsou neustále motoricky neklidní (poskakují, různě pohybují celým tělem), dítě není schopné zůstat v klidu sedět, pokud se nezabývá nějakou stereotypní aktivitou. Vyskytují se opakující se stereotypní vzorce chování, mezi které můžeme řadit například opakované sebepoškozování, člověk si může oblíbit určitou rituální činnost, kterou dokola opakuje. U lidí s touto poruchou se nevyskytuje sociální narušení autistického typu, jedinci používají oční kontakt, tyto lidé jsou občas schopni s ostatními lidmi sdílet svou radost, se svými vrstevníky jsou schopni v rámci možností sdílet své zájmy a aktivity (Thorová, 2016).

1.5 Autistická triáda

Základem pro diagnostiku autismu je právě autistická triáda, která zahrnuje oblast komunikace, oblast sociální interakce a oblast představivosti a chování (Fischer et al., 2014).

DSM 5 nehovoří o autistické triádě, ale dyádě. Došlo zde ke sloučení nedostatků v oblasti sociální komunikace a sociální interakce do jedné skupiny. Z toho vyplývají dvě skupiny, první skupiny tvoří deficity v oblasti sociální komunikace a druhou skupinu tvoří deficity v oblasti chování (Raboch et al., 2015).

1.5.1 Komunikace u jedince s PAS

Na začátku tohoto století se lidé domnívali, že přibližně 50 % jedinců s diagnostikovanou poruchou autistického spektra nemluví. Dnes ale hovoříme o tom, že 70% lidí s PAS je schopno určité formy verbální komunikace (Cottini a Vivanti, 2017). Šporclová (2018) však upozorňuje na to, že jedinci s poruchou autistického spektra nejsou schopni pochopit smysl sociální komunikace, vyskytuje se u nich sociálněkomunikační deficit. Richman (2006) uvádí, že u dětí s PAS se objevuje kvalitativní i kvantitativní porucha řeči, to znamená, že řeč je u těchto dětí opožděná a vyvíjí se jinak než u dětí zdravých. Thorová (2016) zase uvádí, že poruchy autistického spektra jsou v první řadě poruchami komunikace, přibližně jedna polovina dětí s PAS se mateřské řeči nikdy nenaučí. Samozřejmě existují děti, které se řeči naučí, u těchto jedinců se však vyskytují určité odchylky (Thorová, 2016). Straussová, Knotková (2011) apelují na to, aby společnost nezapomínala na to, že děti s PAS mají vždy oslabenou úroveň porozumění řeči, a naopak aktivní úroveň řeči je vždy na vyšší úrovni.

Jedním z prvních důvodů, proč rodiče vyhledávají pomoc, je právě opožděný vývoj řeči či ztráta naučených slov. Děti často nereagují na zavolání ani na pokyny, ale pokud dítě zaslechne nějaký pro něho libý zvuk (například pokud slyší znělku oblíbeného televizního pořadu) okamžitě přiběhne (Šporclová, 2018).

Jedinci s PAS mají problémy jak v oblasti neverbální komunikace, tak v oblasti verbální komunikace. Nejprve bych se ráda zaměřila na komunikace neverbální.

Gesta, která jsou součástí nonverbální komunikace, u jedinců s PAS velmi často chybí. Pokud dítě chce od svého rodiče například podat oblíbenou hračku, pokouší se toho dosáhnout například tím, že se na daný předmět upřeně dívá, na základě toho jsou rodiče většinou schopni odhadnout, po čem jeho dítě touží. Občas se objevují situace, kdy dítě propadne v silný záchvat, protože jeho rodič mu nerozumí a není mu tak schopen poskytnout to, co v dané době vyžaduje. Mnoho dětí s PAS dokážou své potřeby uspokojit samy, samy si dojdou pro jídlo, na toaletu a podobně. Výraz v obličeji dítěte s PAS většinou neodpovídá dané situaci, chybí také tzv. sociální úsměv (Thorová, 2016). Ukazování a pohyb hlavy k vyjádření souhlasu či nesouhlasu se většinou neobjevují. Postoj těla je velmi neobvyklý, dítě velmi často stojí u člověka, se kterým komunikuje, nebo v obrácené situaci se na posluchače vůbec neotočí a je od něj dál. Jedinci s PAS mají také velmi velké obtíže s porozuměním neverbální komunikaci (Thorová, 2016).

Každý jedinec s PAS může dosáhnout jiné úrovně svých řečových schopností. Můžeme hovořit o dětech, které mají velmi velkou slovní zásobu, dále rozlišujeme děti, které spíše opakují slova, která slyší, slyšely, mohou to být také různé pasáže z knih či televizních reklam. V neposlední řadě se můžeme také setkat s dětmi, u kterých je zřejmý úplný mutismus, nebo které pronesou jen pár slov, tato slova ale většinou nemají hlubší význam a často se stává, že během života úplně zmizí (Straussová a Knotková, 2011). Využívání prozodických prvků ve verbální komunikaci bývá narušeno, jedinci často mluví příliš potichu nebo naopak příliš nahlas, jedinec nedokáže pochopit zabarvení hlasu, které určité větě dá jiný význam. Děti s PAS mají často potíže s agramatismy, s používáním zájmen, předložek, spojek. Tito lidé nedokážou pochopit význam komunikace, nedokážou pochopit, že slova mají obecný význam a mnohdy neoznačují jen danou konkrétní věc (Thorová, 2016).

1.5.2 Sociální interakce

Sociální interakce, sociální dovednosti používáme při kontaktu s ostatními lidmi ze společnosti. Základem těchto sociálních schopností jsou určité sociální normy, které nám říkají, co je danou společností považováno za normální a co naopak za abnormální. Jedinci, kteří mají rozvinuté sociální dovednosti, jsou považováni za normální, naopak lidé, kteří nejsou schopni své sociální schopnosti ovládat, společnost považuje za neschopné (Patrick, 2008).

Jak jsem již zmiňovala v předchozí kapitole, lidé s PAS mají problémy s rozpoznáním zabarvení hlasu, s rozpoznáním výrazu tváře a podobně. Proto má jedinec s PAS problémy s vnímáním a porozuměním sociálních signálů (Straussová a Knotková, 2011). Vágnerová (2014) uvádí, že dítě s PAS nedokáže číst v lidské tváři, protože výrazy lidí jsou pro tyto děti příliš nestálé a stále se měnící.

Ze strany dítěte s PAS jsou osoby často vnímány stejně jako neživé předměty a stejně se tak k nim i chovají. Mnohdy se u těchto dětí objevuje odmítání fyzického kontaktu, jako je například obejmutí, pohlazení, pochování a podobně (Vágnerová, 2014).

Lorna Wingová popsala celkem čtyři typy sociální interakce u lidí s PAS. Hovoříme o následujících typech: typ osamělý, typ pasivní, typ aktivní-zvláštní a typ formální (Thorová, 2016).

Prvním typem je typ osamělý. Takový jedinec se záměrně vyhýbá fyzickému i očnímu kontaktu, nekomunikuje se svým okolím, často se nedrží ani v blízkosti rodičů, netrpí tak v raném věku ani separační úzkostí. Vztah s blízkými se postupem času zlepšuje. Na druhou stranu dokáže být dítě velmi aktivní, není schopno empatie, je agresivní (Thorová, 2016).

Druhým typem je typ pasivní. Kontakt s ostatními lidmi se nestrání, ale ani ho sám nevyvolá. Tito jedinci příliš neumí sdílet radost s ostatními lidmi, nedokážou naslouchat ostatním lidem, nebo jim pomoci. Kolektivních her se zúčastňují spíše pasivně. Sociální komunikaci u těchto jedinců většinou úplně postrádáme, pokud komunikují s okolím, tak většinou jen za účelem uspokojení nějaké osobní potřeby. V rámci druhého typu můžeme ale pozorovat mnoho dětí, které vyžadují fyzický kontakt s druhou osobou (Thorová, 2016).

Třetím typem je typ aktivní-zvláštní. Tento typ je v kontaktu se sociálním prostředím velmi spontánní. Tito jedinci nejsou schopni pochopit základní pravidla společenského kontaktu, nejsou schopni dodržovat intimní zónu, u ostatních lidí jsou většinou rádi velmi blízko, ostatní například hladí, často se jich dotýkají. K posluchači ho ale většinou nepojí žádný vztah. Toto chování může být pro společnost velmi nepříjemné a obtěžující. Druhým lidem často „civí“ do očí (Thorová, 2016).

Čtvrtým typem je typ formální, nebo také afektovaný. Tento typ sociálního chování je charakteristický většinou pro jedince, které mají vyšší inteligenční kvocient. U těchto lidí jsou zřetelné dobře komunikační dovednosti, řeč je formální, viditelně naučená, což působí velmi nepřírozeň. Jsou introvertní, chladný vztah chovají také ke členům rodiny. Nechápu ironii, humor (Thorová, 2016).

Vágnerová (2014) ve své knize uvádí, že děti s PAS v mnoha případech vůbec nenavozují vztahy s ostatními lidmi, v mnoha případech si také vůbec nevytvoří vztah se svou rodinou či s vrstevníkem, není to však pravidlem.

1.5.3 Představitivost a chování

Lidé s PAS mají velký problém s pochopením každodenního života, každodenních činností, které jsou pro nás ostatní normální. Pro jedince s PAS je velmi těžké pochopit,

že například zubní kartáček může mít různé barvy, a ne jenom tu, kterou má daný jedinec doma (Clerq, 2007). Thorová (2016) uvádí, že u dětí s PAS je narušená imaginace, a to má za následek především následující. U dítěte se objevuje porucha nápodoby, porucha myšlení v symbolech, tyto poruchy způsobují to, že se u dítěte nerozvíjí hra.

Do skupiny příznaků se řadí také stereotypní pohyby, do kterých řadím například: hýbání do rytmu celým trupem dopředu a dozadu (body rocking), tleskání do rytmu (handflapping) nebo finger flicking, při kterém dochází k třepotu prstů před očima. Stereotypní chování se dále objevuje v běžných každodenních činnostech, jako je například sledování televize, poslech rádia, chození do školy stejnou cestou a podobně (Cottini a Vivanti, 2017).

1.5.4 Nespecifické variabilní rysy

Nespecifické variabilní rysy jsou pozorovatelné až u dvou třetin jedinců, u kterých byla diagnostikována PAS. Tyto rysy nejsou součástí diagnostické triády, ale jsou velmi běžné. Mezi nespecifické variabilní rysy řadíme: percepční poruchy, odlišnost v motorickém vývoji a projevech, emoční reaktivita, adaptabilita, problémy v chování (Thorová, 2016).

V první řadě se zaměříme na ovládání emocí a s nimi spojené úzkosti. U dětí s PAS pozorujeme odchylky v tom, jak se emoce projevují, jak jedinci vnímají emoce lidí okolo sebe a také jak jsou schopní své vlastní chování regulovat. Různé emoce mohou být projevovány různými způsoby, například pokud je dítě našťvané, může se tento stav projevovat boucháním hlavy do zdi, nebo naopak pokud chce dítě vyjádřit radost, může ji vyjadřovat například tleskáním rukama (Cottini a Vivanti, 2017). Emoce jsou často vyjadřovány nepřiměřeně, mohou se objevovat stavy, kdy dítě začne bez jakéhokoliv smyslu plakat, začne se smát, nemá strach v situacích, kdy by ho mít mělo nebo se objevuje častá změna nálad (Čadilová a Žampachová et al., 2012). Thorová (2016) uvádí, že děti s PAS jsou indisponováni velmi malou frustrační tolerancí, jedinec tak může zareagovat výbuchem vzteku i na všední situace, těmto dětem se často střídají nálady, emoce neodpovídají daným situacím.

Poruchy se objevují také v percepci, jedinec abnormálně reaguje na zvuky, světlo, doteky, ale také pachy a chutě (Čadilová a Žampachová et al., 2012). Některé podněty jsou pro

ně hypersenzitivní, poté reagují přecitlivělostí a některé naopak hyposenzitivní, kdy se objevuje malá citlivost na daný podnět (Thorová, 2016). Vágnerová (2014) uvádí, že vnímání dětí s PAS je velmi odlišné od ostatních zdravých dětí. Děti s takovou poruchou k vnímání často využívají smysly, které by zdravé dítě normálně v dané situaci nevyužívalo, například často poznávají pomocí čichu, důležité jsou pro ně také například různé struktury, může se také objevit nesnášenlivost k určitému povrchu (Vágnerová, 2014). Cottini a Vivanti (2017) uvádějí, že některým vjemům se jedinec s PAS záměrně brání a některé naopak záměrně vyhledává. Dítě se může bránit například objetím od druhých, doteky ostatních jsou mu nepříjemné, u takových jedinců se objevuje hypersenzitivita v oblasti hmatového vnímání. Naopak některé vjemy dítě záměrně vyhledává, záměrně pozoruje odraz padajícího prachu ve slunci, záměrně pozoruje tekoucí vodu, velmi často se objevuje fascinace otáčejícími se předměty (kola, otočná židle) (Cottini a Vivanti, 2017).

U dětí s PAS často chybí spontánnost, mají potíže s plánováním svého volného času a vlastních aktivit (Čadilová a Žampachová et al., 2012). Objevuje se také porucha pozornosti, někdy dítě nezareaguje ani na své jméno, jindy si všimne detailu, který nikdo jiný do té doby neviděl. Pozornost je často krátkodobá, jedinec se chvíli soustředí na jednu skutečnost a najednou se začne soustředit úplně na něco jiného. Problémy se objevují, pokud se po dítěti požaduje, aby svou pozornost střídalo, například pokud při hodině posloucháme výklad od učitele, pozorujeme, co je na tabuli, a zároveň se musíme soustředit na to, co píšeme do sešitu. Porucha pozornosti se nejvíce objevuje v sociální oblasti (Cottini a Vivanti, 2017).

Thorová (2016) dále hovoří o odchylkách v motorickém vývoji. U jedinců s PAS jsou velmi časté opakující se, stereotypní pohyby. Krátké pohyby se vyskytují především při rozrušení dítěte, a to například pokud má dítě radost, nebo naopak pokud je nervózní či prožívá nějakou úzkost. Na druhou stranu dlouhé pohyby, které trvají delší dobu se objevují, pokud je dítě nervózní a potřebuje se uklidnit, nebo je můžeme pozorovat jako prostředek pro trávení volného času. U dětí s PAS se často objevuje chování, při kterém si samy sobě ubližují, toto chování se projevuje například: škrábáním, které vede až k rozedření kůže, štípáním, kousáním, údery hlavou do různých předmětů. Toto chování je stereotypního rázu a vůlí nelze ovlivnit. Mezi stereotypní pohyby můžeme zařadit také například: houpání trupem, poskoky na jednom místě. U 10% dětí s PAS se vyskytují také tikové defekty. Motorika u dětí s PAS je buďto pasivní, kdy je dítě často

unavené, stále někde posedává, polehává, je pomalé. Nebo jsou děti velmi hyperaktivní, tyto děti jsou neklidné, neumí sedět v klidu, musí být neustále v nějakém pohybu. Vývoj grafomotoriky u dětí s PAS je velmi individuální (Thorová, 2016).

Bazalová (2012) uvádí mimo jiné například tyto nespecifické variabilní rysy související s PAS: alergie, epilepsie, problémy s příjmem potravy nebo mentální postižení, které se vyskytuje až u 80 % jedinců s PAS.

1.6 Terapie a intervence

Dle Šporclové (2018) je velmi důležité začít s včasnou terapií. Bylo dokázáno, že pokud terapie začne ještě před dovršením třetího roku života, bude efektivnější, než pokud začne až po pátém roce života dítěte (Ostatníková a kol., 2015 in Šporclová, 2018). Bazalová (2014) uvádí, že je velmi důležité se zaměřit na ranou intervenci, protože právě včasné zvolená intervence je velmi důležitá pro další vývoj dítěte. V takových případech se rodina většinou obrací na služby rané péče, kde je dítě pod dozorem odborníků, jako jsou například speciální pedagogové či psychologové, ale také pod dozorem fyzioterapeutů, pediatrů a různých specializovaných lékařů (Bazalová, 2014). Bazalová (2017) apeluje na to, že nemůžeme s jistotou říct, jaký přístup bude funkční, u každého jedince s PAS to může být něco jiného. Některé terapie byly také lékařskou komorou označené za nevhodné, můžeme jmenovat například: terapie pevným objetím Jiřiny Prekopové, léčba epilepsie a poruch autistického spektra Evy Augustinové (Bazalová, 2017). Thorová (2016, s. 399) naopak uvádí, že *nejlepší výsledky prokázaly strukturované intervenční programy využívající různé behaviorální metody a rámce, pracující s vizuálními informacemi, pochopitelnými a předvídatelnými pravidly a motivací (např. TEACCH, ABA).*

Klíčovým záměrem terapie je, aby dítě bylo schopno žít ve své rodině, aby bylo schopno, co možno nejlépe a samostatně fungovat ve škole. Většina terapií se zaměřuje především na individuální přístup ke každému jedinci s PAS, na přizpůsobení prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, vizualizaci. Dále se většina terapií soustředí na strukturu všech činností, jedince s PAS učí základním dovednostem a poté se je pokouší aplikovat v běžném životě a v neposlední řadě se zaměřují na zesílení sociální motivace (Šporclová, 2018).

Thorová (2016) apeluje na to, aby si rodiče vyhledali informace o dané terapii, kterou chtějí se svým dítětem absolvovat, upozorňuje také na to, že informace by neměly být vyhledávány striktně jen na internetu, kde mohou být zprávy o dané terapii často nepravdivé a odborně nepodložené. Rodiče by se měli v první řadě obrátit na odborníka, který jim o zvolené metodě může říct nejvíce (Thorová, 2016).

1.6.1 O.T.A. terapie

O.T.A. neboli Open Therapy of Autism (dále jen O.T.A.) je intervenční přístup, který vznikl pro děti s PAS, ale také pro jedince s neurovývojovými poruchami a poruchami chování (Open Therapy of Autism, 2017). Tato intervence byla vytvářena na základě poznatků o vývoji zdravého dítěte, zaměřuje se hlavně na rozvoj bazálních dovedností vyvíjejících se v první roce života (Trevarthen, 2011 in Straussová a Vágnerová, 2016). Metody klade důraz na vedení rodiny a na to, aby osvojené dovednosti byly aplikovány právě také v rodině, doma (Open Therapy of Autism, 2017). Straussová a Vágnerová (2016) v grafu znázorňují, že 38% dětí, na které bylo působeno intervenčním programem O.T.A., zcela vystoupilo z kategorie PAS, u 25% dětí se stále projevovala vývojová dysfázie, u 31% byla zřejmá hraniční symptomatika PAS a pouze u 6% dětí se stále objevoval klinický obraz PAS (Straussová a Vágnerová, 2016).

Straussová a Vágnerová (2016) popisují, jak v rámci O.T.A. terapie pokračovat. Jako první je **lechtání**, lechtáním chceme docílit toho, aby se dítě zvonivě a co možno nejdéle smálo, trénujeme tak u dětí s PAS sdílení radostného momentu s druhým člověkem. Často se stává, že přestože je dítě lechtáno, smát se nechce, v takové situaci se musí smát alespoň rodič a snažit se tak co nejvíce dítě k smíchu podněcovat. Pokud dítě zvládá první fázi, přechází se do druhé, a tou je: **oční kontakt po zavolání jménem**. Trénování očního kontaktu začíná tak, že rodič dítě lechtá, v momentu, kdy dítě odvrátí hlavu, rodič s lechtáním přestane a veselým hlasem zavolá na dítě jménem, okamžitě, kdy se dítě na svého rodiče podívá, rodič začne dítě lechtat a smát se. Cílem tohoto cvičení je, aby se dítě naučilo používat oční kontakt jako žádost. Dalším bodem je **ukazování**, ukazování je velmi důležité k vytváření pasivní slovní zásoby. Pokud je tento bod splněn, přecházíme dále k bodu číslo čtyři, a tím je: **sdílená pozornost**, rozvoj sdílení pozornosti je velmi složitý a dlouhodobý proces. Pokud už je dítě na to, že ukazuje

v knížce připraveno, rodič mu dané předměty pojmenovává, můžeme přejít k tomu bodu, dítě ukazuje v knížce, ale rodič mu na ukazované neodpoví, rodič čeká do té doby, než se na něj dítě nepodívá, v okamžiku, kdy se dítě na rodiče podívá, přichází opověď na ukazovaný předmět. Dalším krokem je **pojmenování**, v tomto kroku rodič sedí v blízkosti dítěte, aby na dítě dobře viděl, ruce má tak, aby je nemohl používat k organizaci činnosti dítěte, rodič dítě pouze pozoruje a komentuje to, co dítě právě dělá (Straussová a Vágnerová, 2016). *např. dítě, které vybírá smítka z koberce: „Jéje, ty máš ale pěkný drobeček, no, papírek jsi našel... Aha, to se ti líbí...“ Nebo dítě si hraje a rodič sedí a pojmenovává: „Jéje, no to je vysoký komín! No krásně staviš, nojó, to se bude tátovi asi líbit. A ještě želvičku tam dáš? No téda!“ Neříká mu: „ukaz, dej mi to, podej mi, narovnej to...“ nebo „dej tam žlutou kostku“ nebo „kde je žlutá?“* (Straussová a Vágnerová, 2016, s. 10). Rodič nesmí zapomínat na to, že není v roli učitele, ale pouze pozorovatele. Dále nacvičujeme **tempo interakcí**, důležité je, aby se rodič naučil ovládat tempo svého hlasu, pokud dítě zrychlí, rodič musí na tuto situaci reagovat zpomalením tempa hlasu. Důležité je, aby rodič používal krátká, přesná slovní spojení, vhodné je také co nejčastější používání citoslovcí. Další fází jsou **ANO-SÉRIE**, důležité je, aby rodič nepoužíval negace a k odpovědi vždy používal Ano- sérii, například pokud dítě něco chce, rodič mu to nechce dát, není vhodné použít slovní spojení „Ne, nedám ti to.“, ale raději odpovědět: „Ano, Vašku, já vidím, že bys chtěl ten traktůrek, ale teď to nejde.“ Dalším bodem je **sdílení emocí**, v tomto bodu je velmi důležité, aby se dítě naučilo rozumět svým emocím, rodič napodobuje hlasem emoce, které dítě prožívá. Dále nastává **připojování se k aktivitě dítěte**, rodič se postupně snaží dostat do hry dítětem, tak aby byl dítěte, vnímaný jako partner. Posledním bodem je **zapojování do skupiny**, což bývá pro jedince s PAS velmi těžké. Důležité je, aby se dítě naučilo vnímat své okolí, otce, matku, sourozence a podobně (Straussová a Vágnerová, 2016).

1.6.2 ABA terapie

ABA terapie neboli Aplikovaná behaviorální analýza (dále jen ABA). Díky této metodě si klienti osvojují společensky přijatelné chování a následně jsou schopni určité samostatnosti, začlenění do společnosti a komunikace (Valenta, 2014). Pro práci s dětmi s PAS je tato metoda využívána od 60. let (Čadilová a Žampachová et al., 2012). Pomocí ABA metody lze dosáhnout zlepšení v oblasti sebeobslužných činností, lze také dospět

k odstranění potencionálního problémového chování (Bazalová, 2012). Moor (2010) říká, že ABA terapie je program, který se odehrává v domácím prostředí a je uskutečňován za přítomnosti několika asistentů, kteří fungují pod supervizí odborníka ABA.

Autismus je neurologicky podmíněný syndrom pozorovatelný a projevující se v chování daného jedince. Metodu chápe jako metodu, díky které lze zkoumat vyhodnocovat chování dítěte s PAS a na základě toho učit chování jinému (Richman, 2006 in Bazalová, 2012). Thorová (2016) uvádí, že behaviorální techniky jsou v rámci intervence jedinců s PAS velmi důležité. Čadilová, Žampachová et al. (2012) apelují na to, že nejdůležitější je v rámci této intervence na jedince vždy pohlížet jako na jedinečného, proto je tato metoda velmi náročná. I přes tento aspekt můžeme uvést pár znaků, které jsou pro metodu ABA společné, mezi tyto znaky patří například: vedení intervence musí být vždy odborné, dovednosti jsou získávány vždy od jednodušších po složitější, kooperace s rodinou, využívání a upevňování získaných dovedností v každodenním životě, metodám a cílům musí vždy rozumět všichni, kteří se na této intervenci podílejí, důraz je směřován na sociální interakci, v neposlední řadě je také uváděno, že ABA metoda využívá toho, že získané dovednosti budou upevňovány a zkoušeny na různých místech, za různých okolností s různými lidmi (Čadilová a Žampachová et al., 2012).

Dnes se ABA terapie rozděluje na klasickou a moderní. Moderní ABA terapie původní tradiční obohacuje o další nové elementy, zdůrazňuje individualitu jedince, zaměřuje se na aplikaci dovedností v každodenním životě. ABA terapie se v současnosti v České republice rozšiřuje velmi pomalu, především kvůli velké finanční a časové náročnosti (Thorová, 2016). ABA terapie je velmi obtížná, jak po stránce psychické, fyzické, tak i finanční. Rodiny, které si tuto metodu vyberou, jsou ve většině případů ochotné svému okolí tuto metodu co nejvíce přiblížit (Moor, 2010). Aplikace této intervence je velmi účinným způsobem, jak děti s PAS naučit něčemu novému, ale to, jak bude dané učení dlouho trvat, nelze jednoznačně určit, u každého jedince probíhá jinak dlouho (Čadilová a Žampachová et al., 2012).

1.6.3 Son-Rise program

Tento intervenční program byl založen roku 1974 manželským párem Kaufmanovými, program vznikl v USA. Son-Rise program manželé vytvořili podle svých vlastních

zkušeností, které nabyli při péči o svého autistického syna (Bazalová, 2017). Thorová (2016) uvádí, že pár svému synovi, kterému byl diagnostikován autismus s přidruženou těžkou mentální retardací, věnoval dvanáct hodin denně po dobu tří a půl roku a on se pak následně zcela vyléčil.

Thorová (2016) uvádí, že Son-Rise program vychází z myšlenky, že „autismus není na doživotí“. Základem programu je práce ve speciálně upraveném prostoru, program má tři fáze. První fáze se nazývá **akceptace dítěte**, tato fáze je považována za tu nejvíce důležitou, druhou fázi můžeme znát pod názvem **nabídnutí motivačně-terapeutické zkušenosti** (v této fázi dáváme dítěti najevo, že je ve společnosti vítaný, že patří do okolního dění). Poslední fází je fáze **vzdělávacího programu**, v této poslední fázi dítěti rozdělíme činnosti na menší celky (Bazalová, 2012). Hlavními terapeuty v tomto programu jsou rodiče, a to především proto, že právě rodiče by měli nejvíce chtít, aby se jejich dítě uzdravilo. Odborný terapeut je v podstatě pouhým pozorovatelem (Thorová, 2016). Základní myšlenkou Son-rise programu je to, že zdravý jedinec, který spolupracuje s dítětem s PAS, by se měl snažit, co nejvíce ztotožnit s životem, se světem dítěte s autismem, místo toho, abychom dítě s PAS nutili do toho, aby se přizpůsobilo běžnému okolnímu světu. Tento program tvrdí, že díky tomu, že se rodiče budou ke svému dítěti chovat s respektem, budou ho milovat, hrát si s ním, nebudou ho soudit, budou nadšení kdykoliv se dítěti něco podaří, povede to k tomu, že jedinec s PAS bude schopen žít běžný život (Lemer, 2019).

Son-Rise program není odborníky příliš opěvován, Thorová (2016) uvádí hned několik nevýhod, které tento program má: peněžní náročnost, časová náročnost, odborníci uvádějí, že čas, který se v tomto programu dítěti věnuje, by se mohl využít mnohem efektivněji. Jako jedna z dalších nevýhod je uváděna velká psychická náročnost pro rodiče, kteří by, jak říká program, měli své dítě bezpodmínečně milovat, což může být pro rodiče mnohdy velmi frustrující (Thorová, 2016). Velkou kritiku program sklízí především proto, že tvrdí, že autismus lze vyléčit, toto tvrzení však neodpovídá tvrzení současných odborníků (Bazalová, 2017).

Jako další terapie, které slibují zázraky, ale příliš neodpovídají realitě Thorová (2016) uvádí například: homeopatika, Terapie pevným objetím nebo Facilitované terapie.

1.7 Metody práce s dětmi s poruchou autistického spektra

V této podkapitole se zaměříme na metody práce s dětmi s PAS. Zaměříme se na Strukturované učení, Alternativní a augmentativní komunikaci, TEACCH program a na další možné metody intervence.

1.7.1 Strukturované učení

Strukturované učení (dále jen SU) vyplývá z teorií učení a chování. V České republice vychází SU hlavně z TEACCH programu a Lovaasovy intervenční terapie. SU apeluje na teoretickou znalost PAS, zaměřuje se na vývojový model, bere v potaz individualitu každého dítěte, metoda SU vychází z hodnocením, k tomu jsou však zhotoveny speciální metody (Kroupová et al., 2016). Jak TEACCH přístup, tak Lovaasovy intervenční terapie jsou inspirovány behaviorální a kognitivně- behaviorální intervencí, což znamená, že hlavní znakem SU je, že je založena na teoriích učení a chování (Čadilová a Žampachová, 2008). Bazalová (2017) říká, že SU je jen zvýraznění každodenních činností, které užívá i běžný člověk.

Díky této intervenci jsou částečně eliminovány různé kognitivní nedostatky, které jsou s PAS spojeny. Velký důraz je kladen na motivaci dítěte, na využití dobře vyvinutých oblastí dítěte. Aby mohlo být strukturované učení co nejvíce efektivní, je zapotřebí zapojit do intervence celou rodinu dítěte. Jedním z nejdůležitějších znaků SU je to, že se snaží o, aby byly odstraňovány či zmírňovány nedostatky, které souvisejí s PAS na druhé straně se ale také soustředí na vývoj silných stránek daného jedince (Čadilová a Žampachová, 2008 in Čadilová a Žampachová et al., 2012).

V rámci intervence SU je velmi důležitá **individualizace**, na každého jedince musíme pohlížet jako na jedinečného, s jedinečnými povahovými rysy, s odlišným stupněm vývoje. Další neméně důležitou složkou je **strukturalizace**, pokud je prostředí, ve kterém se dítě s PAS pohybuje, strukturované, dítě se dokáže v takovém okolí lépe vyznat (Čadilová a Žampachová et al., 2012). Thorová (2016) vnímá strukturalizaci jako nastolení jednoznačných pravidel, každá situace by měla být pro dítě co nejvíce jasná, mělo by vědět, co ho čeká. Prostor, ve kterém se dítě s PAS pohybuje by mělo být srozumitelně uspořádané.

Prostor by mě být uspořádaný tak, aby se v něm dítě dobře vyznalo, jakékoliv změny jsou pro jedince s PAS nežádoucí. Dále je velmi důležitá strukturalizace času a jednotlivých

činností, které dítě vykonává. Uspořádání času musí být pro dítě srozumitelně vyjádřeno například pomocí různých obrázků, jen tak dítě dokáže porozumět tomu, co se kdy bude dít. Jednotlivé činnosti by měly být vždy strukturovány tak, aby jim dané dítě rozumělo, aby vědělo, jak dlouho bude aktivitu vykonávat a co bude dělat. Velmi důležitou součástí strukturovaného učení je vizualizace, protože právě ta je u dětí s PAS zpravidla velmi dobře vyvinuta, a proto by neměla být opomíjena (Čadilová a Žampachová et al., 2012).

Thorová (2016) říká, že díky SU se dítě s PAS může cítit jistěji, je více klidné, do jeho života nastoupí určitý řád, díky kterému může co nejvíce porozumět okolnímu světu, dokáže lépe přijímat nové informace. Velkou výhodou SU je, že jeho metody je možné využít v rámci školy, ale také v domácím prostředí (Thorová, 2016). Jako zápornou stránku SU Bazalová (2017) uvádí to, že je tato metoda velmi nápadná pro okolí jedince, každý si okamžitě povšimne strukturovaného prostředí, mnoho rodičů také uvádí, že SU je velmi náročné pro organizaci a nácvik. Většina z nich uvádí, že raději využívá kombinaci více metod než jen samotné SU (Bazalová, 2017).

1.7.2 TEACCH program

TEACCH program neboli Treatment and Education of Autistic and Communication Handicaped Children (dále jen TEACCH). Program vychází ze strukturovaného učení Zrodil se v Americe pod vedením rodičů a odborníků. Tato skupina chtěla vyvrátit mínění společnosti, že dítě s PAS nelze vzdělávat (Cottini a Vivanti, 2017).

Valenta (2014) zdůrazňuje spolupráci s rodinou, strukturované prostředí, čas a činnosti. Cottini a Vivanti (2017) uvádějí, že tento program chce dosáhnout toho, aby se dítě adaptovalo na prostředí, ve kterém žije, důraz je kladen na individualitu jedince. Také Thorová (2016) říká, že nejdůležitější je zaměřit pozornost na individualitu jedince, začlenění do společnosti a kooperaci s rodinou.

Hlavním principem TEACCH programu je: vizualizace prostředí. Činnosti, předměty jsou vyobrazeny pomocí obrázků, díky kterým je dítě schopno se lépe zorientovat v tom, co má dělat, co přijde, když něco udělá a podobně. Tento program je velmi úspěšný a také je více využíváný, a to především díky nižší cenové nákladnosti než například ABA terapie (Thorová, 2016).

1.7.3 Alternativní a augmentativní komunikace

Pokud hovoříme o alternativní formě komunikace, hovoříme o takové formě, která je jiná než slovní. Při této formě komunikace je používáno především gest či různých znaků. Augmentativní komunikace má za cíl navyšovat nižší komunikační schopnosti (Hanák et al., 2011). Bondi a Frost (2007) uvádějí, že slovo augmentativní má představovat to, že komunikace může být zlepšena pomocí již existujících prostředků, kterých je daný jedinec schopen a slovo alternativní poukazuje na skutečnosti, které existují jako dočasná nebo trvalá náhrada řeči.

Alternativní a augmentativní komunikace (dále jen AAK) je výborným prostředkem k tomu, aby dítě s PAS dokázalo lépe komunikovat s okolním světem, jedinci se pak mohou cítit jistěji a může být snížena míra frustrace (Bondi a Frost, 2007). Hanák et al. (2011) uvádí, že v rámci AAK může být využíváno následujících metod. **Předmětová komunikace**, v rámci takové komunikace si dítě volí z určitých předmětů, se kterými si následně hraje nebo které jsou nadále součástí výkonu nějaké činnosti. Ke komunikaci mohou být využita také různá **gesta**, která jsou pro dané dítě typická, s těmito gesty musí být jedinec, který s dítětem spolupracuje, obeznámen a na základě toho s dítětem pracuje. Pro zlepšení komunikace může být využit také **počítač**, či **pomůcky s hlasovým výstupem**. Do komunikace také můžeme zapojovat různé znaky, které si dítě spojí s určitou skutečností a tyto znaky mu následně pomáhají k lepší komunikaci s okolím. Opět je velmi důležité, aby okolí jedince bylo srozuměno s tím, co jednotlivé znaky znamenají (Hanák, et al., 2011).

Hanák et al. (2011) uvádí, že může být využito také znakovaná čeština. Další z metod je také využívání **piktogramů**, velmi vhodné jsou dle Hanáka et al. (2011) piktogramy bílé barvy na černém pozadí, které prý dítě upoutají nejvíce. Dále Hanák et al. (2011) hovoří také o metodě **Boardmarker**, využití fotografií, totální komunikaci, sociálním čtení či globálním čtení. Bazalová (2012) uvádí, že u dětí s PAS se v rámci AAK často využívá Výměnný obrázkový komunikační systém neboli VOKS, tento program je inspirován anglickou metodikou PECS v originálním znění The Pictures Exchange Communication System, tento systém je využíván hlavně v USA, Velké Británii a v nižším zastoupení také u nás (Bazalová, 2012). Bondi a Frost (2007) hovoří o tom, že děti, které se učí komunikovat pomocí PECS, se časem naučí dorozumívat pomocí řeči. Studie uvádí,

že dítě ve většině případů začne mluvit poté, co se naučí přibližně 30 až 100 symbolů ke komunikaci za pomoci PECS.

1.7.4 Další vhodné způsoby intervence

Mezi další možnost vhodné intervence pro děti s PAS můžeme zařadit například: logopedickou péči, muzikoterapii, arteterapii, ergoterapii (Thorová, 2016).

Arteterapie je pro děti s PAS vhodná především díky svému relaxačnímu účinku, velmi přínosné je to, že jedinci díky této terapii dokážou vyjádřit své vlastní pocity a myšlenky. Arteterapie dokáže regulovat emoční prožívání lidí s PAS, díky této intervenci se jedinci s PAS mohou cítit o trochu lépe (Gonzalez-Dolginko, 2019). Také **Muzikoterapie**, jak uvádí Gerlichová (2014), je velmi dobrým alternativním prostředkem komunikace pro jedince s PAS, pomocí hudby dokážou jedinci projevit své emoce. Dále zdůrazňuje to, že jedinci s PAS jsou často na hudbu velmi citliví (Gerlichová, 2014). Hlavními cíli muzikoterapie většinou bývá zlepšení komunikace, nácvik sociální interakce, posílení motivace k tomu, aby se jedinec naučil něčemu novému. Studie ukazují, že lidé s autismem mají v mnoho případech velký cit pro hudbu. Toto se ví již dlouhou dobu, ale velkým zvratem bylo to, že se o muzikoterapii jako o vhodném intervenčním prostředku začalo v současné době hovořit i v lékařských zdrojích (Music therapy for children..., 2019). Pokud zůstaneme u uměleckých terapií, v rámci dětského autismu může být využito také **Dramaterapie**, ovšem tato terapie je velmi složitá především kvůli autistické triádě (Müller et al., 2014). Někteří odborníci také zdůrazňují vliv **Animoterapie**. Animoterapie je terapie za pomoci zvířat, může být v podstatě prováděna prostřednictvím jakéhokoliv zvířete, jako příklad můžeme uvést například canisterapii, hipoterapii či felinoterapii (Kroupová et al., 2016). Studie ukazují, že terapie za přítomnosti zvířat mají vliv na snížení stresu a zlepšují sociální komunikaci. V Nizozemsku byl proveden výzkum, kterého se zúčastnili jedinci s vysokoškolským titulem z psychologie, podmínkou účasti na výzkumu byla také minimální pětiletá praxe s prací s dospělými jedinci s PAS. Výzkum byl prováděn na dospělých jedincích, kterým byla diagnostikována PAS, terapie byla prováděna za pomoci psů různých ras. Výsledkem studie bylo to, že ve většině případů má právě Canisterapie (terapie za pomoci psů) velmi pozitivní vliv na psychiku jedince s PAS, přispívá také ke snížení stresu ze sociální komunikace (Process Evaluation of Animal-Assisted Therapy..., 2019).

Thorová (2016) dále zdůrazňuje například **logopedickou péči**, apeluje na to, že logopedická péče by měla být každodenní součástí života dítěte s PAS. **Ergoterapie** se zaměřuje především na rozvoj jemné motoriky, která bývá u dětí s PAS opožděná. Je velmi důležité zaměřit se na různé úchopy a dítě co nejvíce povzbuzovat k tomu, aby své ruce používalo (Betts a Jacobs, 2013).

1.7.5 Pomůcky vhodné pro práci s dětmi s PAS

U dětí s PAS jsou používány pomůcky, které slouží k usnadnění výuky pomocí, kterých můžeme vše názorně ukázat a jsme schopni tak dítěti lépe přiblížit realitu. Jsou využívány různé speciálně upravené pracovní listy, pracovní sešity, učebnice. Velmi vhodné je využít karety s obrázkem a textem, jedinec pak dokáže lépe pochopit, co má dělat. Díky speciální pomůckám dokáže dítě lépe pochopit probírané téma, řada pomůcek může také motivovat k většímu výkonu, učivo je více zajímavější (Čadilová a Žampachová, © 2020). Velmi vhodné je využití moderní výpočetní techniky, tabletů, počítačů či pomůcek s hlasovým výstupem (Hanák et al., 2011). Opět je velmi důležité dbát na individualitu jedince, tudíž mnoho pomůcek musí být upraveno právě podle potřeb jednotlivce. Bonci a Centra (2017) ve své pracovní knize prezentují mnoho pracovních listů, které mohou být využity při práci s dětmi s PAS například při nácviku samoobslužných činností, při nácviku základních hygienických návyků, najdeme zde také různé kartičky k rozpoznávání předmětů a podobně (viz Příloha 2-7).

1.8 Charakteristika vývoje dítěte s PAS v předškolním období

Ve většině případů je uváděno, že předškolní období začíná ve třech letech a končí v šesti letech, některé zdroje však uvádějí, že spodní hranice předškolního věku jsou dva roky. Tvrzení končí není zcela správně, protože období předškolního věku je ukončeno nástupem do školy, pro dítě je to velmi důležitý sociální zlom (Thorová, 2015). Kořátková (2014) uvádí, že předškolní období je počítáno od narození až po nástup dítěte do školy.

Thorová (2015) uvádí, že dítě by na začátku předškolního věku mělo být naučeno základnímu dodržování hygieny, mělo by se umět samo obléknout, najíst. Jedinci v tomto

věku si rádi hrají se svými vrstevníky, začíná se více rozvíjet jemná motorika, mají zájem o hru. Dítě si začíná uvědomovat svoje bytí a začíná vnímat okolí, které ho obklopuje (Thorová, 2015). Vágnerová (2012) tvrdí, že v tomto období se dítě adaptuje na život ve společnosti, přijímá pravidla dané společnosti a začíná se dle nich také řídit.

Vágnerová (2012) říká, že předškolní období nám může být známé pod názvem období iniciativy, dítě je nadšené, když může něco překonat samo.

Definitivní diagnóza PAS by měl být stanovena až kolem čtvrtého a pátého roku dítěte, dřívější diagnóza by mohla být nepřesná a nesprávná (Thorová, 2016).

1.8.1 Předškolní období-dítě s PAS

V období předškolního věku většinou dochází k diagnostikování PAS. S tímto jsou spojeny různé omyly, které při diagnostice mohou nastat. Je uváděno, že okolo třetího roku dítěte může při diagnostikování dojít k záměně například Aspergerova syndromu za poruchy, které jsou vyvolány nesprávným vývojem řeči. Také občas dochází k tomu, že to, že je dítě plaché, nevyhledává společnost vrstevníků a příliš nemluví, je mylně diagnostikováno jako PAS (Thorová, 2016).

Bazalová (2017) ve své knize popisuje příběh dívky, které byla v předškolním věku diagnostikována PAS. Rodiče začali mít první pochybnosti právě v předškolním období kolem třetího roku života dívky. Její chování bylo velmi nápadné a neodpovídající zdravému dítěti. Matka popisuje, že se její dcera velmi bála jakýchkoliv zvuků, měla strach z dětí, nesnesla dotyk trávy či písku. Objevovala se u ní výborná paměť, uměla přesně vyslovovat některé hlásky, ale komunikace s okolím byla spíše pasivní. Rodiče šli s tímto problémem za neurologem, proběhla řada psychologických vyšetření, nakonec bylo rodičům prezentováno, že je jejich dítě pouze nevychované. Dívčino chování se zhoršovalo až do té míry, že učitelka v mateřské škole odmítala přijmout dívku do třídy. Nakonec se rodiče rozhodli, že docházku do speciální školy ukončí. Následně dívka zahájila docházku do základní školy specializované pro děti s PAS, kde se její chování díky vhodné intervenci mnohonásobně zlepšilo. Tento příběh poukazuje především na to, jak moc důležitá je včasná diagnóza PAS, která vede ke zlepšení života nejen jedince s PAS, ale také celé jeho rodiny i okolí (Bazalová, 2017).

Je často popisováno, že děti s PAS se přibližně do tří let vyvíjejí v rámci možností jako zdravé dítě, učí se novým věcem, jsou schopné se naučit i pár slov, ale s postupem věku toto dítě jakoby zapomene a vývojově i vědomostně se propadne o několik měsíců dolů (Bazalová, 2017). Thorová (2016) uvádí, že definitivní diagnóza přichází většinou okolo čtvrtého až pátého roku života dítěte.

Okolo pátého a šestého roku života často dochází k tomu, že se u dítěte zlepšuje řeč, začíná pomalu komunikovat se svým okolím. Zlepšuje se také sociální interakce, děti jsou schopny lépe ovládat záchvaty vzteku a agrese, už tak často neodmítají naservírované jídlo. Bohužel nesmíme zapomenout na to, že takovéto pokroky se dějí pouze u dětí s mírnou formou PAS. Před nástupem do školy děti mají největší problém se sociální interakcí, je uváděno, že před nástupem do školy jsou děti s PAS, co se sociálního chování týká, na úrovni tří až čtyřletých jedinců (Thorová, 2016).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cílem mé práce je zmapovat problematiku práce s dětmi s PAS, a to konkrétně v předškolním období. Dalším cílem práce je zjistit, jaké pomůcky se pro práci s dětmi s PAS v předškolním věku používají.

2.2 Výzkumné otázky

K naplnění práce jsem si zvolila následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou metody práce s dětmi s PAS?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké pomůcky můžeme využít k rozvoji dětí s PAS?

Výzkumná otázka č. 3: Jaké metody jsou nejvíce využívány?

3 Metodika

3.1 Výzkumné metody

V rámci praktické části bakalářské práce jsem použila kvalitativní výzkumnou strategii, která probíhala formou polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní výzkum má za úkol dopodrobna definovat nějaký již všemi známý jev a přinést jeho maximální charakteristiku. Jedinec, který výzkum provádí, nejprve sbírá data, po nasbírání dostatečného množství dat hledá shody v těchto informacích a na základě toho vytváří předběžné závěry. Výsledkem kvalitativního výzkumu by poté měla být nějaká nová teorie či hypotéza (Švaříček a Šed'ová, 2014). Hendl (2016) uvádí, že sběr dat pomocí kvalitativního výzkumu je více časově náročný, jeho velkou výhodou ale je, že výzkumník může díky kvalitativnímu výzkumu danou tematiku lépe a dopodrobna pochopit a pokud potřebuje, může se během výzkumu na další informace doptávat, což je velkou výhodou. Švaříček a Šed'ová (2014) uvádějí, že rozhovor je jedním z nejvíce používaných metod v kvalitativním výzkumu, a právě ten jsem si zvolila pro sběr dat, jelikož jsem usoudila, že metoda rozhovoru bude pro mou bakalářskou práci tou nejvhodnější.

Pro sběr dat jsem zvolila konkrétně metodu polostrukturovaného rozhovoru, rozhovory byly doslovně přepisovány. Polostrukturovaný rozhovor také často bývá označován jako částečně řízený či rozhovor pomocí návodu. Jeho hlavními znaky jsou předem připravené otázky, které jsou známé jak výzkumníkovi, tak komunikačnímu partnerovi výzkumníka (Mišovič, 2019). Reichel (2009) uvádí, že otázky slouží jako určitá kostra k rozhovoru, jejich pořadí nemusí být dodržováno, ale na všechny tyto otázky by měl dotazující získat odpovědi. V rámci polostrukturovaného rozhovoru většinou panuje klidnější, uvolněnější atmosféra, než je tomu například u nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru, tazatel i komunikační partner tazatele mají prostor pro větší volnost. Polostrukturovaný rozhovor by měl probíhat v nějaké klidné místnosti, v pracovně, v kavárně (Reichel, 2009). Hendl (2016) upozorňuje na to, že je velmi důležité umět rozhovor započít, ale také ukončit. Na začátku by měl výzkumník dosáhnout toho, aby byly odstraněny veškeré překážky, které by mohly znemožňovat klidný a co nejvíce přínosný rozhovor, měl by získat souhlas se záznamem rozhovoru. Ale ani na konec rozhovoru by nemělo být zapomináno, protože i zde může tazatel získat mnoho důležitých a významných informací (Hendl, 2016).

Výsledky výzkumu byly zpracovány pomocí otevřeného kódování. Na základě otevřeného kódování provádíme analýzu dat, z těchto dat se snažíme sestavit určité významové jednotky (Gulová a Šíp, 2013). V rámci výzkumu vzniklo celkově 45 kódů a výsledky výzkumu byly shrnuty celkem do 10 kategorií.

Jednotky jsou vedeny pod určitými kódy (Gulová a Šíp, 2013). Pomocí kódování nacházíme v textu odpovědi na zadané otázky, odpovědi na otázky, které jsme si předem stanovili, že chceme zjistit. Otevřené kódování je uskutečňováno takzvaným prvním průchodem dat (Hendl, 2016). *Ve výzkumu je důležité kódovat „řádek po řádku“, slovo od slova, tzn. přepsané rozhovory rozebrat na významové části a postupně seskupovat pojmy, jež nám budou sloužit pro tvorbu kategorií* (Gulová a Šíp, s. 48, 2013). Miovský (2006) uvádí, že v rámci otevřeného kódování vyhledáváme určitá témata v textu a poté je označíme danými kódy.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro naplnění výzkumu jsem vybírala komunikační partnery (dále jen KP) pomocí záměrného výběru. Při záměrném výběru si výzkumník vybírá přesně ten vzorek jedinců, kteří budou nejvíce vhodní pro daný výzkum (Miovský, 2006). Metodu záměrného výběru jsem si vybrala z důvodu toho, že je v kvalitativním výzkumu nejvíce využívána (Miovský, 2006). Hlavním kritériem pro výběr těchto komunikačních partnerů bylo to, aby každý z těchto jedinců měl zkušenosti s prací s dětmi s PAS v předškolním věku.

Rozhovory byly vedeny celkem s 10 terapeuty, kteří dosáhli magisterského titulu a kteří mají zkušenosti s prací s dětmi s PAS v předškolním věku, všichni komunikační partneři byli ženského pohlaví. Informace o věku a délce praxe KP jsou uvedeny níže (viz Tabulka 1).

Tabulka 1

Komunikační partneři	Věk	Délka praxe
KP 1	43 let	10 let
KP 2	28 let	5 let
KP 3	27 let	2 roky
KP 4	32 let	6 let
KP 5	35 let	10 let
KP 6	28 let	6 let
KP 7	37 let	12 let
KP 8	29 let	4 roky
KP 9	31 let	5 let
KP 10	29 let	6 let

Zdroj: Vlastní výzkum

3.3 Časový harmonogram a realizace výzkumu

Teoretická část bakalářské práce byla vypracovávána od října roku 2019 do února roku 2020. Výzkum probíhal od března 2020 do začátku června 2020. Od března 2020 do května 2020 byl prováděn sběr dat a následně od června 2020 do července 2020 byly výsledky sepisovány. Časový harmonogram je znázorněný níže (viz Tabulka 2). Původně měly všechny rozhovory probíhat v rámci osobního kontaktu povětšinou v kavárně, kanceláři, či kabinetu. Vzhledem k nastolenému nouzovému stavu kvůli pandemii COVID-19 toto nebylo zcela možné, proto většina rozhovorů probíhala telefonní formou či komunikací přes aplikaci Skype, pouze jeden rozhovor proběhl osobně. Každý rozhovor trval přibližně 30-45 minut. Rozhovory byly nahrávány a poté následně doslovně přepisovány.

Polostrukturované rozhovory byly doslovně přepsány. Tyto prepisy poté byly zakódovány a následně shrnuty ve výsledcích této bakalářské práce.

Tabulka 2

Teoretická část	říjen 2019 - únor 2020
Praktická část- sběr dat	březen 2020 - květen 2020
Praktická část- soupis získaných dat	červen 2020 - červenec 2020

Zdroj: Vlastní výzkum

3.4 Etika výzkumu

Každý jedinec, který se zúčastnil rozhovoru byl předem informován o účelu výzkumu. Před samotným rozhovorem si každý přečetl soubor otázek, na které jsem se chtěla při rozhovoru zaměřit (viz Příloha 1). Všichni byli srozuměni s tím, že výzkum je zcela anonymní, proto se v práci neobjevují žádná konkrétní jména. Jména jsou nahrazena znaky KP 1 až KP 10.

Hendl (2008) uvádí, že v rámci etiky je vždy důležité si před zahájením výzkumu obstarat informovaný souhlas od jedincem, se kterým bude výzkum probíhat. Tento člověk by měl být informován o průběhu a formě daného výzkumu. Každý účastník výzkumu má právo kdykoliv daný výzkum ukončit. Vždy by mělo být hleděno na anonymitu účastníků (Hendl, 2008).

V rámci výzkumu by měl být vždy kladen zřetel na emoční bezpečí dotazovaného, ten by se měl vždy cítit emočně v pořádku, vždy by měl dostat prostor a dostatek času na to, aby na dané otázky odpověděl, v rámci kvalitativního výzkumu se často jedná o velmi osobní otázky, které by mohly být dotazovanému nepříjemné. Nikdy bychom neměli zapomínat na to, že dotazovaný má právo kdykoliv odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku, pokud mu to je nepříjemné (Hendl, 2008).

Ať už se výzkum zaměřuje na jakékoliv téma, nikdy nesmí dojít k tomu, aby bylo ohroženo psychické či fyzické zdraví účastníků výzkumu (Hendl, 2008).

4 Výsledky

Kategorie 1- Druhy PAS, se kterými se KP setkali

Tabulka 3

Komunikační partneři	Druh PAS
KP 1	Aspergerův syndrom; dětský autismus
KP 2	Dětský autismus; Atypický autismus; Aspergerův syndrom
KP 3	Dětský autismus
KP 4	Dětský autismus; Aspergerův syndrom
KP 5	Dětský autismus; Atypický autismus; jiná pervazivní porucha v dětství; Aspergerův syndrom
KP 6	Dětský autismus; Aspergerův syndrom; atypický autismus
KP 7	Dětský autismus; Aspergerův syndrom; atypický autismus
KP 8	Dětský autismus; Aspergerův syndrom
KP 9	Atypický autismus; dětský autismus; Aspergerův syndrom
KP 10	Atypický autismus; dětský autismus; Aspergerův syndrom

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni zúčastnění KP mají zkušenosti s prací s dětmi s dětským autismem.

Vyjma KP 3 mají všichni zkušenosti s prací s dětmi s Aspergerovým syndromem.

KP 3 se setkal s více druhy pervazivního onemocnění, ale jeho praxe je příliš krátká na to aby, aby všechny tyto druhy označil jako druhy, se kterými má zkušenosti.

KP 1 doposud pracoval s dětmi s Aspergerovým syndromem a dětským autismem, ale má zkušenosti také se spoluprací s dětmi v předškolním i školním věku. KP 1 při rozhovoru uvedl: „*Za svou praxi jsem spolupracovala s jedinci a Aspergerovým syndromem a s jedinci s dětským autismem. Pracuji jak s dětmi v předškolním věku, tak s dětmi ve školním věku.*“

KP 5 a KP 6 uvedli, že jejich dosavadní praxe se dotkla práce s jedinci s dětským autismem, Aspergerovým syndromem.

Zkušenosti KP 5 se dotýkají také práce s jedinci s jinými pervazivními poruchami v dětství.

KP 6 k výčtu druhů PAS přidal ještě atypický autismus, také KP 7 a KP 9 mají zkušenosti se stejnými druhy PAS jako KP 6, to znamená, že KP 6, KP 7 a KP 9 mají zkušenosti s prací jedinci s dětským autismem, s atypickým autismem a s Aspergerovým syndromem.

KP 10 na otázku „S jakým druhem PAS se setkáváte?“ odpověděl: „Nejčastěji s Atypickým autismem a dětským autismem.“ KP 10 dodal se setkal i s jinými druhy PAS, ale nejčastěji pracuje s výše uvedenými. Během rozhovoru se KP 10 zmínil o zkušenostech prací s jedinci s Aspergerovým syndromem.

Kategorie 2- Věková skupina

Tabulka 4

Komunikační partneři	Věková skupina
KP 1	Předškolní věk; školní věk; dospělost
KP 2	Předškolní věk; školní věk
KP 3	Předškolní věk
KP 4	Předškolní věk; školní věk
KP 5	Předškolní věk; školní věk; dospělost
KP 6	Předškolní věk; školní věk
KP 7	Předškolní věk; školní věk; dospělost
KP 8	Předškolní věk
KP 9	Předškolní věk
KP 10	Předškolní věk; školní věk; dospělost

Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku všichni KP odpověděli stejně, všichni zúčastnění mají zkušenosti s prací s dětmi v předškolním věku, většina KP má také zkušenosti s ostatními věkovými skupinami.

Dosavadní profesní praxe KP 2, KP 4 a KP 6 se dotkla práce s dětmi v předškolním věku, ale také práce s dětmi ve školním věku.

KP 7 se zmínil o zkušenostech s prací s dětmi v předškolním věku a také o práci se staršími klienty přibližně do 26 let. KP 7 řekl: „*Mám zkušenosti s prací s klienty od 3 do 26 let, nejstaršímu klientovi, se kterým jsem kdy pracovala je v současné době 39 let.*“

KP 3, KP 8, KP 9 se vždy zaměřovali především na práci s dětmi v předškolním věku.

KP 1, KP 5, KP 7 a KP 10 mezi vyjmenovávanými věkovými skupinami zmínili také období dospělosti, jelikož mají zkušenosti s prací s dospělými jedinci s PAS.

KP 6 má zkušenosti jak s dětmi v předškolním věku, tak s jedinci v pubescentním období, a to přibližně do šestnácti let.

I KP 10 získal zkušenosti s prací s dětmi v předškolním věku, jeho profesní dovednosti se ale dotýkají také práce s dospělými: „*Zaměřuji se na práci s dětmi s PAS v předškolním věku, ale mám zkušenosti s prací i se staršími jedinci zhruba do dvaceti let.*“

Kategorie 3- Nejčastěji využívané metody práce pro práci s dětmi s PAS

Tabulka 5

Komunikační partneři	Metody práce
KP 1	O.T.A.; SU; Snoezelen; VOKS
KP 2	SU; O.T.A.; VOKS
KP 3	O.T.A.; SU; VOKS
KP 4	Prvky ABA; O.T.A.; Snoezelen
KP 5	O.T.A.; prvky ABA; Snoezelen; VOKS
KP 6	O.T.A.; prvky ABA, speciálně pedagogické metody; VOKS
KP 7	O.T.A.; SU; Snoezelen; VOKS
KP 8	O.T.A.; prvky Snoezelenu; metoda Denver; VOKS
KP 9	O.T.A.; AAK; VOKS
KP 10	O.T.A.; VOKS

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni KP k práci s dětmi s PAS nejčastěji používají metodu O.T.A., neboli Open Therapy of Autism.

KP 5 zdůraznil použití metody O.T.A., krátce také popsal, jakým způsobem s klienty pomocí této metody pracuje, nezapomněl také zmínit ABA terapii, v rámci, které používá některé prvky, a to především k řešení problémového chování.

KP 5 odpověděl: „V naší organizaci pracujeme podle terapeutické metody O.T.A., která je provázaná v celé naší službě. Je to přístup, kterým k lidem s PAS přistupujeme. Využívám vizualizaci, strukturalizaci, individualizaci, aktivní naslouchání, zrcadlení emocí, ANO série, názornost, znaky, gesta, videotrénink. V práci s problémovým chováním využíváme prvky ABA terapie-zpevňovač, zisk, následek. Někdy také prvky Kognitivně behaviorální terapie-rozhovor o následcích chování, změně chování.“

KP 6 k práci s jedinci s PAS v předškolním věku využívá speciálně pedagogické metody, na otázku, co to přesně znamená odpověděl: „...metoda přiměřenosti, metoda postupných kroků, metoda nápovědy a vedení, metoda demonstrace, metoda instrukce, metoda ignorace, metoda povzbuzování a metoda pravidel.“

Také KP 1 označil metodu O.T.A. jako metodu, kterou používá nejčastěji, ve své odpovědi zdůraznil důležitost strukturalizace a vizualizace prostředí. „Ve většině případů využíváme prvky strukturovaného učení a metody O.T.A.. Velmi často využívám vizualizace a strukturalizace, myslím si, že pro děti s autismem je velmi důležité mít přehled o průběhu hodiny, potřebují vědět, co je čeká, co budou dělat.“

Mezi KP byl také velmi oblíbený Snoezelen. KP 1, KP 4, KP 5, KP 7 a KP 8 Prvky Snoezelenu využívají ve své každodenní praxi.

Například KP 8 uvedl: „Pro práci s dětmi s autismem velmi rádi využíváme prvky Snoezelenu, je to výborný způsob, jak děti uklidnit.“

KP 4 označil Snoezelen jako způsob, jak u dětí navodit lepší uvolněnější náladu: „Snoezelen je výborný způsob k tomu, jak u dětí nastolit určitou pohodu, velmi rádi prvky Snoezelenu využíváme.“

Snoezelen je velmi dobrým způsobem pro relaxaci jedinců nejen s PAS, většinou je využíváno různých světelných válců, světelných vlásků, promítání obrazců na zeď. Na efektivitě Snoezelenu se shodla většina KP.

Všichni KP pro odměňování svých klientů požívají různé druhy odměn. KP 1 se zmínil o používání sladkostí jako odměny: „Velmi ráda využívám odměn, jsou to většinou různé bonbony, malý kousek čokolády či odměna ve formě oblíbené činnosti dítěte.“

KP 5 zdůraznil také účinnost odměny v podobě iPadu: „Děti jsou velmi často motivovány tím, že si můžou například na deset minut sednout k iPadu a hrát si na něm různé hry, to mají velmi rády.“

Všichni KP také pro práci s dětmi s PAS využívají Výměnný obrázkový komunikační systém neboli VOKS. Všichni zúčastnění KP zdůraznili efektivitu VOKS při práci s dětmi s PAS. KP 1 řekl: „Díky VOKS se normálně složitá komunikace s dětmi s PAS stává alespoň trochu jednodušší.“ KP 7 odpověděl: „Díky VOKS se děti s PAS dokážou

lépe orientovat v celém dnu, dokážou předpovídat, co je čeká, a to je pro ně velmi důležité.“

KP popsal to, jak s dětmi s PAS pomocí VOKS pracují při muzikoterapii. Pomocí VOKS jsou vyobrazeny jednotlivá slova písniček, básniček či říkanek a děti pak lépe celému textu rozumějí.

Kategorie 4- Alternativní metody při práci s dětmi s PAS

Tabulka 6

Komunikační partneři	Alternativní metoda
KP 1	Muzikoterapie, arterapie, canisterapie
KP 2	Muzikoterapie, arterapie
KP 3	Muzikoterapie, arterapie
KP 4	Muzikoterapie, arterapie
KP 5	Muzikoterapie, arterapie
KP 6	Muzikoterapie, arterapie
KP 7	Muzikoterapie, arterapie, canisterapie
KP 8	Muzikoterapie, arterapie
KP 9	Muzikoterapie, arterapie
KP 10	Muzikoterapie, arterapie

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni KP pro rozvoj dětí s PAS velmi rádi využívají prvky muzikoterapie a arteterapie. Tyto metody jsou u všech KP velmi oblíbené.

KP 9 hodnotí muzikoterapii jako velmi oblíbenou a účinnou: *„Muzikoterapie je výborný způsob, jak děti s PAS rozvíjet, muzikoterapie je u nás hodně využívána, myslím si, že má na děti velmi pozitivní vliv.“*

Také KP 6 ve své praxi využívá muzikoterapii, tuto formu intervence shledává jako velmi pozitivní a hodnotí ji jako velmi oblíbenou i samotnými dětmi: *„Muzikoterapie je*

dle mého názoru pro autistické děti velmi důležitá. Z muzikoterapie mají děti povětšinou velkou radost. Muzikoterapie u nás povětšinou probíhá tak, že si s dětmi společně zpíváme různé písně, jednotlivá slova písniček, ale také říkanek či básniček, jsou vyobrazena pomocí jednoduchých obrázků, aby děti byly schopné písničkám, co nejlépe porozumět.“

KP 6 nezapomněl zmínit účinnost arteterapie, arteterapii využívá především k tomu, aby se klienti uvolnili, aby určitým způsobem mohli projevit své vnitřní já, na to je arteterapie velmi dobrá. *„Ve velké míře také využíváme prvky arteterapie, pro uvolnění klientů, při arteterapii klienti získávají určitou volnost, mohou čmárat, jak se jim chce, a to je velmi baví.“*

I přestože je muzikoterapie velmi účinná a děti s PAS si jí většinou velmi užívají, KP 3 se setkal také s případem, kdy muzikoterapie, jelikož byla moc hlučná, jedinci s autismem vadila a zacpával si uši.

KP 4 se ještě zmínil o možnosti, kdy dětem s PAS často v rámci arteterapie může vadit dotýkat se různých materiálů, barev, vody, na to vše by měl být brán zřetel: *„Pro mnoho dětí s autismem je arteterapie výbornou formou relaxace, děti se při této aktivitě dokážou uvolnit. Často se stává, že mnoho dětí pomocí kresby ukazuje, to, jak se cítí, to, co se kolem nich děje, to, co nedokážou vyjádřit pomocí slov, přenesou na papír, což považují za skvělý způsob toho, jak se k dítěti s autismem dostat o trošku blíž.“*

Také KP 5 uvedl, jak pomocí muzikoterapie působí na děti s PAS, v průběhu muzikoterapie nezapomínají na použití různých druhů hudebních nástrojů jako jsou například různé bubínky, dřívka či triangly. *„K muzikoterapii také samozřejmě velmi rádi využíváme různých hudebních nástrojů, jako jsou bubínky, triangly, rumba koule, dřívka“* řekl KP 5.

KP 1 a KP 7 mají zkušenosti také s intervencí pomocí canisterapie, oba KP, ale zdůraznili to, že je velmi tenká hranice mezi tím, kdy dítě dokáže se zvířetem spolupracovat a mezi tím, kdy dítě má ze zvířete strach, k vedení canisterapie je velmi důležitá přítomnost odborníka, aby ani jednomu z účastníků nebylo, jakkoliv ublíženo. *„Pokud je canisterapie dobře vedená, může být pro dítě s autismem velmi prospěšná. Mnoho dětí se ale může psů bát, může jim vadit struktura ochlupení, psí sliny, cokoliv. Proto bychom nikdy neměli zapomínat na to, že se v tomto případě pohybuje na velmi tenkém ledě.“*

Kategorie 5- Přizpůsobení stylu práce věkové skupině, v tomto případě předškolnímu věku

Na tuto otázku byly odpovědi zcela stejné, všichni KP odpověděli, že každá činnost musí být přizpůsobena věku dítěte, individualitě dítěte, druhu diagnózy, měli bychom také hledět na to, jaké činnosti dítěti nejvíce vyhovují, u jakých činností projevuje největší aktivitu a nadšení.

KP 2 zdůraznil důležitost toho přizpůsobit se vždy věku dítěte, ale také individuálním možnostem dítěte: *„Metody se snažím přizpůsobit nejen věku, ale i individuálním možnostem dítěte.“*

KP 1 klade důraz zohlednění individuality každého dítěte, ale také klade důraz na zohlednění toho, jak na tom daný jedinec je po psychické a fyzické stránce: *„Děti s autismem jsou jako jiné děti, určitě je potřeba zohlednit věk a také to na jaké emocionální a kognitivní úrovni se dítě právě nachází, nezávisle na věku.“*

KP 5 se při práci s dítětem s PAS přizpůsobuje především věku dítěte, metoda je vždy v základu stejná jen přizpůsobená danému jedinci. *„... na dospělého klienta nebudu mluvit jako na malého chlapce a naopak. Využívání všech technik a metod je velmi individuální, na každého funguje něco jiného. Věku klienta přizpůsobuji hlavně svůj přístup. Základ metody bude spíše stejný. Pokud chci klienta naučit příčinu následek budu používat stejnou metodu. Najdu oblíbenou věc, něco do opravdu chce a budu se snažit, aby si o ní řekl. Slovem, gestem, znakem, očním pohledem. Velmi to závisí na úrovni a schopnostech klienta.“* odpověděl KP 5.

KP 10 také apeluje na spolupráci s rodinou, pokud spolupráce s rodinou neprobíhá, tak jak by měl, tak ani rozvoj dítěte nemůže probíhat plnohodnotně: *„... bez přizpůsobení individualitě a věku klienta by to nešlo. Pokaždé je velmi důležité daného jedince dobře poznat, aby člověk věděl, co od něj může čekat, co má rád, co rád nemá, jaké metody mu vyhovují, jaké naopak nevyhovují. Velmi důležitá je také spolupráce s celou rodinou, blízké okolí jedince by s ním mělo spolupracovat stejně jako my.“*

KP 9 se každému klientovi snaží co nejvíce přizpůsobit, nejdůležitější je podle něj přizpůsobit svůj přístup podle věku dítěte, podle jeho individuálních potřeb:

„Ke každému jedinci se vždy snažím přistupovat individuálně, zaměřuji se na to, co má rád, jaká metoda mu vyhovuje, důležité je pokusit se zjistit, co dané dítě motivuje, odměňovat ho pokaždé, když se mu něco podaří. Dítě by vždy mělo poznat, že jsme z jeho výkonu nadšení, vždy mu to musíme dát jasně najevo, i kdybychom měli skákat dav metry vysoko, a ještě u toho křičet, to je podle mě hodně důležité.“

Kategorie 6- Nejúčinnější metody při práci s dětmi s PAS v předškolním věku

Tabulka 7

Komunikační partneři	Účinnost
KP 1	O.T.A.
KP 2	O.T.A.; SU
KP 3	SU
KP 4	O.T.A.
KP 5	O.T.A.
KP 6	O.T.A.; SU
KP 7	O.T.A.; SU
KP 8	O.T.A.
KP 9	O.T.A.; struktura a vizualizace
KP 10	O.T.A.

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni KP kromě KP 3 označili metodu O.T.A. za nejúčinnější metodu při práci s dětmi s PAS v předškolním věku, vždy ale upozorňovali na to, že nikdy nemůžeme s jistotou říct, jaká metoda bude fungovat a jaká ne, vždy bychom měli hledět hlavně na individualitu dítěte. Například KP 5 považuje za nejdůležitější to, aby byla každá metoda přizpůsobena danému jedinci, jeho věku a dovednostem, ale podstata metody zůstává dle jeho slov vždy stejná.

Metody, podle kterých KP dále pracují jsou uvedeny v Kategorii 3 (viz Tabulka 5).

Všichni KP apelovali také na důležitost rané péče.

K metodě O.T.A. má nejbliže také KP 1 ale vždy záleží na tom, co vyhovuje danému dítěti. KP 1 apeluje také na vhodnou motivaci dítěte, protože bez motivace to dle jeho slov nejde. „*Výběr metod se odvíjí v závislosti na charakteru dítěte, Každému dítěti může vyhovovat něco jiného. Já osobně mám velmi blízko k metodě O.T.A., někomu může vyhovovat metoda jiná. Budu se opakovat, ale při každé metodě je důležitá vlídnost a důsledná laskavost a v neposlední řadě také vhodná motivace*“ odpověděl KP 1.

KP 3 považuje strukturované učení za jednu z neúčinnějších metod práce s dětmi s PAS v předškolním věku. Je toho názoru, pokud dítě v předškolním věku vedeme podle metod SU, dítě se dokáže mnohem lépe rozvíjet, dokážeme pracovat s jeho silnými stránkami, zatímco ty slabší stránky jdou do pozadí: „*... jsem toho názoru, že strukturované učení je jednou z neúčinnějších metod pro práci s dětmi s PAS. Ovšem nejdůležitější je podle mého názoru to, aby stejnou metodu využívali jak jedinci, kteří s dítětem pracují, tak i rodiče dítěte a jeho blízké okolí. Pokud je nastavená vzájemná spolupráce, je jedno jaká metoda je využívána. Důležité je, aby metoda vyhovovala dítěti, aby dobře reagovalo a byly viditelné dílčí pokroky*“ odpověděl KP 3.

KP 5 apeluje na to, že každému jedinci může vyhovovat jiný druh metody, on sám má nejraději metodu O.T.A. Tato intervenční metoda je dle jeho názoru pro práci s dětmi s PAS v předškolním věku nejefektivnější a nejvíce jim dokáže pomoci, dále nás ale také vyzývá k tomu, abychom nezapomněli na individualitu dítěte, každému dítěti vyhovuje něco jiného a na to by se nemělo, dle jeho slov, zapomínat. „*Každý člověk, který pracuje s touto cílovkou to bude mít jinak. Myslím si, že velmi závisí na tom, jaké metodě člověk rozumí a s jakou metodou se ztotožňuje. Já osobně mám ráda myšlenky metody O.T.A.. Ale jak říkám někdo může jako nejúčinnější brát metodu O.T.A. někdo ABA terapii. Apelovat by se dle mého názoru mělo na hlavně na vizualizaci, strukturu, ta pomáhá každému člověku s PAS*“ odpověděl KP 5.

KP 8 se nejlépe cítí, když s klienty v předškolním věku pracuje pomocí metody O.T.A., zároveň nezpochybňuje účinnost této metody také u starších klientů, i u nich je prý skvělým způsobem intervence: „*Já, pokud bych si mohla vybrat, nejraději s klienty*

pracuji pomocí O.T.A. metody, mám s touto metodou dobré zkušenosti, funguje i na starší jedince. “

KP 6 označil metodu O.T.A. jako tu, která mu je nejvíce blízká, avšak nikdy nelze s jistotou říct, jaká metoda je ta neúčinnější, řekl KP 6. Metoda O.T.A. je podle něj pro práci s dětmi s PAS v předškolním věku velmi vhodná, za účinné označil ale také SU: *„Ve většině případů pro práci s dětmi s PAS využíváme více druhů metod, nikdy ne pouze jednu, mně osobně je nejbližší metoda O.T.A. Každá metoda je podle mě účinná. Ta, která fungovala u jednoho dítěte, nemusí mít stejný efekt u jiného. Je potřeba vyzorovat a nastavit dítěti takovou metodu, která mu bude vyhovovat. “*

Také KP 9 se nejvíce přiklání k metodě O.T.A., ale opět dodává, že každému dítěti vyhovuje něco jiného, tak jak je tomu u zdravých dětí, tak je tomu stejně u dětí s autismem, každý jedince potřebuje individuální přístup: *„Osobně si myslím, že většina z metod má něco do sebe, každá z metod může jedinci alespoň v něčem trochu pomoci. Nemůžeme tvrdit, že ta a ta metody bude vyhovovat všem dětem s PAS, je to jako u zdravých dětí, k těm také musíme, měli bychom, přistupovat ke každému zvlášť. “*

KP 9 také upozorňuje na strukturu a vizualizaci, protože ta jediná dle jeho názoru funguje u všech jedinců s PAS: *„Jediné, co můžeme dle mého názoru s jistotou tvrdit je to, že pro děti s PAS je velmi důležitá strukturalizace prostředí, činností a také dobrá názornost. “*

Kategorie 7- Neúčinné metody při práci s dětmi s PAS v předškolním věku

Tabulka 8

Komunikační partneři	Neúčinnost
KP 1	Zázračné metody; Son-Rise
KP 2	Zázračné metody
KP 3	Homeopatika
KP 4	Zázračné metody
KP 5	Animoterapie
KP 6	Zázračné metody; metody nerespektující individualitu
KP 7	Homeopatika; Son-Rise
KP 8	Zázračné metody; homeopatika
KP 9	Son-Rise
KP 10	Animoterapie

Zdroj: Vlastní výzkum

Zázračnými metodami jsou myšlené takové metody, které slibují úplné uzdravení dítěte. Jak uvádí Thorová (2016) ve většině případů se jedná o metody, které nejsou podloženy řádnými výzkumy, které vyplývají ze zkušeností jednotlivců. Tyto metody mnohdy vůbec nejsou zveřejněny v žádných odborných zdrojích a tím se také můžeme přesvědčit o jejich skutečné účinnosti. Mezi tyto metody Thorová (2016) řadí například použití homeopatik, terapii pevným objetím či Son Rise program. Terapie Son Rise je blíže popsána v teoretické části v podkapitole 1.6.3 Son Rise program.

Většina KP se shodla na neúčinnosti metod, které slibují zázračné vyléčení dítěte. „*Je vědecky dokázáno, že PAS nelze vyléčit, proto mi metody, které slibují zázračné vyléčení přijdou zcela zbytečné.*“ odpověděl KP 4.

KP 2 za nejméně účinné metody považuje ty, které nehledí na osobnost dítěte, na to, jaké dítě je, za neúčinné také označil metody, které slibují nereálné zázraky: „*Za neúčinné*

považují metody práce, které neodpovídají věku dítěte, které nehledí na jeho individualitu a dále tako metody, které slibují zázračné uzdravení dítěte s PAS.“

KP 1 za neúčinné považuje metody slibující zázraky jako je například metoda Son-Rise: *„Pro děti s PAS dle mého názoru není vhodný drill, běžné učební postupy, není vhodné na dítě spěchat. Myslím si, že ani žádné příliš zázračné metody dítěti nepomohou. Například nesouhlasím s myšlenkou metody Son-Rise.“*

KP 8 nevěří metodám, které slibují zázračné uzdravení dítěte, také nepřikládá velký důraz užívání homeopatik. Homeopatika jsou podle jeho názoru zcela neúčinné a dítěti s PAS nemohou nic přinést.

KP 5 příliš nevěří animoterapiím, na druhou stranu dodává, že každá metoda může dítěti přinést alespoň minimální přínos, proto nemůžeme o žádné metodě hovořit, jako o zcela neúčinné: *„Co se neúčinnosti týká, osobně si myslím, že se o žádné metodě nedá říct, že je úplně neúčinná, spíše nepřikládám velký důraz například různým animoterapiím.“*

Dle KP 6 mohou být všechny metody pro dítě s PAS prospěšné, zdůrazňuje především kladení důrazu na individualitu dítěte. Nepřiklání se k metodám slibující zázraky jsou jakou jsou například terapie pevným objetím nebo užití homeopatik.

Kategorie 8- Pomůcky při práci s dětmi s PAS v předškolním věku

Tabulka 9

Komunikační partneři	Pomůcky
KP 1	Komunikační kartičky; piktogramy; hračky; motorika; komunikace; I Pad
KP 2	Komunikační kartičky; piktogramy, komunikace; motorika; hudební nástroje; I Pad
KP 3	Komunikační kartičky; piktogramy
KP 4	Komunikační kartičky; piktogramy; hudební nástroje; I Pad
KP 5	Komunikační kartičky; piktogramy, motorika; hračky; komunikace; hudební nástroje; i Pad
KP 6	Komunikační kartičky; piktogramy, hudební nástroje; hračky; relaxační pomůcky
KP 7	Komunikační kartičky; piktogramy; hudební nástroje; motorika; komunikace; I Pad; relaxační pomůcky
KP 8	Komunikační kartičky; piktogramy; hudební nástroje; I Pad
KP 9	Komunikační kartičky; piktogramy; hudební nástroje
KP 10	Komunikační kartičky; piktogramy; motorika; komunikace; hudební nástroje

Zdroj: Vlastní výzkum

Většina KP pro práci s dětmi s PAS využívají především různé vizualizační kartičky, které dětem usnadňují průběh všech aktivit, dále jsou také velmi oblíbené různé hudební nástroje, kam KP zařadili například různé bubínky, činely, dřívka. Za velmi prospěšné považují také relaxační pomůcky, díky kterým se jedinci dokážou uklidnit, alespoň na chvíli si odpočinout, ve většině případů za nejúčinnější považují světlené kužely či promítání světelných obrazců na zeď. Nezbytné jsou také pomůcky, které rozvíjejí motoriku jedince. „Pro nácvik jemné motoriky využíváme například modelínu, pokud dítěti nevadí, dále různé čáraní na papír, vkládání korálků do otvoru.“ odpověděl KP 10.

„Samozřejmě využíváme také piktogramy, díky kterým se se dítě s PAS dokáže lépe orientovat, jak v prostoru, tak ale také v čase a v činnosti, kterou má provádět“ dodal KP 10.

KP 2 za nepoužívanější pomůcky pro práci s dětmi s PAS označil pomůcky pro nácvik komunikace, pomůcky pro nácvik motoriky, ale také řekl, že využívají například modelínu, kinetický písek, lego nebo dřevěné kostky: „*Pomůcky pro podporu komunikačních dovedností (magnetický výměnný obrázkový systém, reálné věci, fotografie), názorné manipulační pomůcky na rozvoj dílčích funkcí (motorické labyrinty, dřevěné kostky, lego kostky, korálky, dřevěné věže, dřevěné puzzle...).* Pro práci s dětmi s PAS využíváme i pomůcky, které se ve třídě běžně nachází, tím myslím modelínu, kinetický písek, nádobí z kuchyňky. Pro práci využíváme třídící krabičky.“

KP 1 používá pro práci s dětmi s PAS piktogramy, návodné kartičky, pracovní listy, ale využívají také elektroniky, například počítač či I Pad. „*Nejčastěji používáme různé obrázkové knihy, kartičky s piktogramy, speciální pomůcky, návodné kartičky například k učení se samoobsluhy, různé pracovní listy, ale používáme také například tablety, počítače, různé hračky se zvukovým doprovodem.*“ odpověděl KP 1.

KP 1 doplnil, že I Pady jsou často využívány jako určitá forma motivace, či odměny: „*I Pady využíváme často také jako motivaci pro dítě, pokud se dítěti něco povede, za odměnu může být například deset minut na I Padu.*“ V mnoha případech jsou I Pady využívány také jako určitá forma relaxace, kdy dítě má například po obědě čas si chvíli samo hrát na tomto elektronickém zařízení.

KP 5 pro práci s dětmi s PAS využívá různé druhy pomůcek, nejčastěji ale různé komunikační kartičky pro vizualizaci, pomůcky pro rozvoj komunikace a myšlení. Při využívání pomůcek se fantazii meze nekladou, KP 5 přiznal, že si některé pomůcky vyrábí v zařízení sami: „*Mnoho pomůcek jsme si také sami vyrobili.*“

KP 7 velmi rád pro rozvoj jedinců s PAS využívá hudební nástroje v rámci muzikoterapie.

KP 6 využívá obrázků pomocí, kterých je znázorněný například denní plán, využívá, ale také běžných hraček či hudebních nástrojů: „*Závisí na klientech, ale většinou obrázky (denní plány, výlety), hračky (lego Duplo, plyšáky, puzzle, ...), muzikoterapeutické*

pomůcky (vajíčka, Sundrum, ...). Je toho spoustu a opět se vždy snažím hledět na to, co dáme jednotlivci vyhovuje.“

KP 6 zdůraznil význam relaxačních pomůcek, mezi ty zařadil například světelné válce či světelné vlásky: *„Pro relaxaci velmi rádi využíváme různé světelné válce, světelné vlásky, promítání na zeď, při takovýchto aktivitách se mnoho dětí dokáže velmi dobře uklidnit.“*

KP 4 i KP 8 se shodli na tom, že ke své práci nejvíce využívají komunikačních kartiček, piktogramů, rádi využívají hudebních nástrojů a také elektroniky, a to například I Padu.

KP 5 nezapomněl opět zmínit, aby byl vždy kladen důraz na individualitu jedinci, právě i oří výběru pomůcek je velmi důležitá, každé dítě je jiné a s každým dítětem tedy musíme také pracovat jiným způsobem: *„Užití správných pomůcek je pro práci s dětmi s PAS velmi důležité, opět zde musíme hledět především na individualitu dítěte, ale nikdy nesmíme zapomenout na názornost a strukturu. Podle mého názoru budou vždy fungovat piktogramy, díky kterým se dítě lépe orientuje.“*

Kategorie 9- Nedostatky v systému práce s dětmi s PAS

Tabulka 10

Komunikační partneři	Nedostatky
KP 1	Informovanost; vzdělanost
KP 2	Informovanost; vzdělanost
KP 3	Informovanost; vzdělanost; spolupráce s rodinou
KP 4	Informovanost; vzdělanost; spolupráce s rodinou; stacionáře
KP 5	Spolupráce mezi organizacemi; spolupráce s rodinou; stacionáře
KP 6	Spolupráce s rodinou; informovanost
KP 7	Informovanost; vzdělanost; spolupráce s rodinou; stacionáře
KP 8	Informovanost; vzdělanost; spolupráce s rodinou
KP 9	Informovanost; vzdělanost; stacionáře
KP 10	Informovanost; stacionáře; vzdělanost

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni KP největší nedostatky vidí v tom v nedostatečné informovanosti společnosti o problematice autismu, dále v systému chybí dostatečně erudovaný personál a většina také poukázala na nedostatek organizací, které by se věnovaly dlouhodobějším, odlehčovacím pobytům, které by mohli pomoci rodičům dětí s PAS, kterým často vlivem velké zátěže a stresu docházejí síly.

KP 2 poukázal na nedostatky v oblasti informovanosti společnosti, společnost není dle jeho názoru dostatečně informována o problematice autismu, o tom, co vlastně autismu je, a co všechno toto pervazivní onemocnění obnáší: „*Ze své praxe shledávám nedostatky v oblasti informovanosti a vzdělanosti lidí. Společnost je podle mého názoru stále nedostatečně informovaná o problematice pervazivních poruch.*“

KP 2 ve svém okolí často vidí také nízkou vzdělanost pedagogických pracovníků pracujících s dětmi s PAS: „*Učitelky toho často o této problematice moc nevědí a pokud je ve třídě asistent pedagoga, který je problematikou PAS nepolíbený, práce nemůže mít dobré výsledky.*“ Na tomto názoru se shodl i KP 1. KP 1 na téma o vzdělanosti jedinců

pracujících s dětmi s PAS odpověděl: „*Myslím si, že by se mělo zapracovat především na tom, abychom měli více erudovaných a kvalifikovaných asistentů pro tyto děti, aby děti měly asistenty již od mateřské školy.*“

Také KP 1 apeluje na to, aby společnost byla více informována o problematice autismu, osvěta je podle něj nedostatečná: „*Myslím si, že je běžná společnost nedostatečně informovaná o problematice autismu.*“

KP 5 navrhuje, aby spolu začali spolupracovat jednotlivé organizace, organizace si dle jeho slov v mnoha případech spíše obrazně řečeno podkopávají nohy, než spolupracují: „*Chybí multidisciplinární týmy, které by společně koordinovali péči o tyto děti. Ani organizace spolu společně nekomunikují. Například škola se sociálním zařízením. Každý si s dítětem pracuje na svém písečku a o ostatní se nezajímá.*“

KP 5 také hovořil o problému odlehčovacích pobytů, kterých je nedostatek, rodiče dětí s PAS by si často potřebovali odpočinout, ale své děti nemají možnost tak často někam umístit. Mělo by vzniknout více míst, kde by mohly probíhat odlehčovací pobyty, výchova dítěte s PAS je velmi psychicky i fyzicky náročná a rodiče těchto dětí většinou nemají příliš času na to, aby si alespoň trochu odpočinuli a nabrali nové síly: „*Chybí služby pro rodiny, aby si odpočinuli – větší kapacity odlehčovacích služeb, odborníků. Chybí stacionáře, místa, kam lidé s PAS půjdou, až rodiče péči nebudou zvládat nebo po absolvování školní docházky. Chybí odborníci, kteří by mohli podporovat a mluvit s rodiči a vědět čím si prochází, znát problematiku – psycholog, kouč, psychoterapeut.*“

KP 6 hovoří o nedostatcích v oblasti informovanosti společnosti, apeluje ale také na spolupráci rodinou, která je dle jeho slov mnohdy velmi složitá.

KP 10 ve své odpovědi upozornil na nedostatky v systému. Dle jeho slov chybí organizace, které by se o jedince s PAS postarali, pokud jeho rodiče již nejsou schopni opatrovnictví zvládnout: „*Myslím si, že společnost stále není dostatečně informovaná o problematice dětí s PAS, chybí dostatečné množství odborníků a prostředí, kde by děti s PAS mohly být vzdělávány. Chybí také zařízení, kam by děti mohly docházet na odlehčovací pobyty. Je také nedostatek zařízení, která by se věnovala péči o děti, když nastane situace, kdy se rodiče o své dítě již nedokážou postarat samy.*“

KP 3, KP 4 i KP 8 největší problémy vidí v nedostatečné informovanosti společnosti, společnost často neví, co přesně autismus znamená, dále apelují na vyšší vzdělanost všech

pracovníku pracujících s dětmi s PAS a dodávají, že problémem ve většině případů bývá nespolupráce rodiny. KP 4 dodal: „*Nespolupráce rodiny bývá mnohdy kamenem úrazu, ale není se čemu divit, rodiče bývají často tak vysílení, že už jim nezbývá sil na to, aby své dítě ještě více rozvíjeli, zde vidím další nedostatek, mělo by vznikat více organizací, stacionářů, které by se mohli o dítě s PAS postarat dlouhodoběji a rodiče by si díky tomu mohli odpočinout.*“

KP 7 stejně jako většina KP upozornil také na nedostatky ve spolupráci s rodinou, nízkou informovanost, ale také nízkou vzdělanost jedinců pracujících s lidmi s PAS. KP 7 hovořil o tom, že jejich práce je často komplikovaná přístupem, rodiny, pokud rodina nespolupracuje, je to pro odborníky pracující s dítětem s PAS potažmo s jeho rodinou často až demotivující: „*Nedostatky často pociťuji při spolupráci s rodinou, která má často pocit, že jejich dítě dokážeme předělat. Nechci, aby to vyznělo špatně, chápu, že to, že jejich dítě má PAS, musí být velmi těžké, náročné a vyčerpávající. Ale samozřejmě se nám lépe pracuje s rodinami, které s námi spolupracují a vědí, že i oni se musí pro své dítě snažit dělat, co nejvíce mohou.... Velký problém je také v nízké informovanosti společnosti, v nedostatku terapeutů, asistentů, v nedostatku zařízení pro tyto děti.*“

Kategorie 10- Náprava nedostatků v systému práce s dětmi s PAS

V reakci na předchozí otázku jsem se KP zeptala, jak by se nedostatky v systému práce s dětmi s PAS daly napravit. Podle slov většiny KP by se společnost měla zaměřit především na to, aby byli lidé o problematice PAS více informováni. Aby byli jedinci pracující s lidmi s PAS více a dostatečně vzděláváni. Apelují také na ranou intervenci jedinců s PAS. Velmi důležitá je dle jejich názoru supervize odborníků pracujících s lidmi s PAS. Ne vždy je ale supervize prováděna, tak, aby byla terapeutům, pedagogům či sociálním pracovníkům prospěšná.

KP 2 apeluje na to, aby si lidé pracující s dítětem s PAS prošli minimálně kurzem, který by je seznámil alespoň okrajově s problematikou PAS: „*Institute, jako SPC, by měla osobám, které se budou podílet nebo už se podílejí na vzdělávání dítěte s PAS, doporučit alespoň seminář zaměřený na problematiku PAS, vzdělávání dětí s PAS, strukturované učení v praxi.*“

KP 5 upozorňuje na nedostatky v systému sociálních služeb, podle něj by měl být celý sociální systém přenastaven a až poté by mohlo dojít k nějakým kladným změnám: *„Začátek je asi u celého systému sociálních služeb, který je celkově nastaven na úplně jiné cílové skupiny než na osoby s PAS – například ve formuláři na příspěvek na péči je konkrétně bod – pohyblivost. Tento bod lidé s PAS splní, protože jsou pohybliví, ale nedokážou se, většinou sami orientovat v prostoru, jsou smyslově přecitlivělí, nekomunikují, ale zvládnou chodit po nohou.“*

Na nedostatky v systému upozornil KP 5 svou další odpovědí, kdy hovořil o tom, jak jednotlivá zařízení mezi sebou vedou pomyslný boj, což znemožňuje spolupráci, která je ale pro fungování celého systému práce s dítětem s PAS tak důležitá: *„Školy, školská zařízení, sociální služby spolu nekomunikují a nekooperují z mého pohledu, protože si myslí, že si konkurují. Bohužel konkurují – mají stejnou cílovou skupinu – tudíž všechny projekty, granty atd. píšou na stejné věci a jsou ve stejném krajském městě, takže buď dostane peníze ten, nebo ten, nikdy všichni stejně. Péče o lidi s PAS je velmi finančně náročná je potřeba hodně personálu, velké prostory, specifické pomůcky a podobně.“*

KP 10 apeluje na to, aby byla také zlepšena supervize terapeutů, která je dle jeho názoru nedostatečná: *„... je velmi důležité se více zaměřit na supervizi terapeutů, která je často ještě opomíjená, nebo není vykonávána, tak jak by měla být.“*

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou metod práce s dětmi s poruchou autistického spektra. Výzkum probíhal ve většině případů přes aplikaci Skype, osobní kontakt nebyl možný kvůli pandemii COVID 19, pouze jeden rozhovor proběhl osobně. Rozhovorů se zúčastnilo celkem 10 komunikačních partnerů.

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat problematiku práce s dětmi s PAS, a to konkrétně v předškolním období. Dalším cílem práce bylo zjistit jaké pomůcky se pro práci s dětmi s PAS v předškolním věku používají.

V rámci výzkumu byly zkoumány tři výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou metody práce s dětmi s PAS?

Na tuto výzkumnou otázku KP odpověděli, že znají metodu O.T.A, ABA terapii, AAK, kde zdůraznili především VOKS, dále také Snoezelen, nezapomněli se zmínit také o Son Rise programu, Strukturovaném učení, Muzikoterapii či Arteterapii.

Pro práci s dětmi s PAS můžeme využívat ABA terapii, která ale v České republice není příliš rozšířená. Z mého výzkumu vyplynulo, že ABA terapii používají KP především k nápravě problémového chování. Terapie je neoblíbená především kvůli své finanční náročnosti, je však náročná také po stránce fyzické a psychické (Moor, 2010). ABA terapie je velmi obtížná, jak po stránce psychické, fyzické, tak i finanční. Rodiny, které si tuto metodu vyberou jsou ve většině případů ochotné svému okolí tuto metodu co nejvíce přiblížit (Moor, 2010).

Další využívanou metodou, kterou uvedli všichni dotazovaní KP je metoda O.T.A., tuto metodu označili KP zároveň za tu, která je nejvíce používaná. Dále výsledky výzkumu souhlasí s Thorovou (2016), která ve své knize jako jednu z možností intervence uvádí Strukturované učení. Jako další možnost intervence pro děti s PAS uvedli KP Snoezelen, díky kterému se dokážou klienti uklidnit a odpočívat. Z výzkumu také vyplynulo, že práce s dětmi s PAS by se neobešla bez AAK, díky AAK jsou jedinci s PAS schopni lépe komunikovat se svým okolím. S tímto výsledkem souhlasí také Hanák et al. (2011), který účinnost AAK potvrzuje. Všichni dotazovaní uvedli, že AAK používají, s dětmi pracují především za pomoci VOKS.

Z výzkumu vyplývá, že výbornou formou intervence je také působení na děti s PAS muzikoterapií či arteterapií. Tento výsledek souhlasí například s Gerlichovou (2014) nebo s Gonzalez-Dolginko (2019).

Výzkumná otázka č. 2: Jaké pomůcky můžeme využít k rozvoji dětí s PAS?

Z výzkumu vyplynulo, že nejpoužívanějšími pomůckami pro práci s dětmi s PAS v předškolním věku jsou pracovní listy, speciálně upravené učebnice a pracovní sešity. Dále KP označili jako nedílnou součást práce s dětmi s PAS komunikační kartičky a piktogramy. Výzkum potvrzuje použití hudebních nástrojů, ale také využití elektronických zařízení jako je například I Pad.

Čadilová a Žampachová (© 2020) uvádějí, že pro práci s dětmi s PAS můžeme využít různé pracovní listy, pracovní sešity či speciálně upravené učebnice. Toto bylo potvrzeno ve výzkumu, všichni KP pro práci s dětmi s PAS využívají výše zmíněných pomůcek. V dnešní době nedílnou součástí práce s dětmi s PAS je také využití elektronických pomůcek, jako je například I Pad či počítač, využití elektroniky potvrdilo šest z deseti dotazovaných KP. Hanák et al. (2011) označuje využití elektroniky pro práci s dětmi s autismem jako velmi vhodné.

Nedílnou součástí života lidí s PAS jsou piktogramy, na které klade velký důraz Hanák et al. (2011). Využití piktogramů potvrdilo deset z deseti dotazovaných KP. Stejný počet KP potvrdil použití komunikačních kartiček. K práci s dětmi s PAS jsou také velmi často využívány různé nástroje v rámci muzikoterapie. Účinnost muzikoterapie potvrzuje Gerlichová (2014). Prostřednictvím muzikoterapie, a tedy i prostřednictvím různých hudebních nástrojů jsou děti schopny lépe komunikovat s okolním světem (Gerlichová, 2014). Osm z deseti KP využití hudebních nástrojů ve své praxi potvrdilo. Výzkum ukázal oblíbenost relaxačních pomůcek u většiny KP, nejoblíbenějšími relaxačními pomůckami jsou světelné válce, světelné vlásky, promítání obrazců na zeď nebo relaxační hudba.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké metody jsou nejvíce využívány?

Jak ukazuje výzkum, nejpoužívanějšími metody pro práci s dětmi s PAS v předškolním věku je metoda O.T.A., Strukturované učení, Muzikoterapie a Arteterapie. Nesmíme opomenout ale ani Alternativní a augmentativní komunikaci, bez které by to při práci s dětmi s PAS jednoduše nešlo.

Za nejužívanější metodu označili všichni KP metodu O.T.A., vždy však apelovali na to, že každému jedinci vyhovuje jiný přístup, ke každému jedinci by se mělo přistupovat individuálně, proto nikdy nelze říct jaká metoda je opravdu ta nejúčinnější. Podle grafu od Straussově a Vágnerové (2016) je zřejmá prospěšnost metody O.T.A. pro děti s PAS. Graf ukazuje následující: 38 % dětí, které se zúčastnily intervenčního programu O.T.A. úplně vystoupily ze skupiny PAS, 25 % dětí nadále prokazovalo vývojovou dysfázii, další kategorii tvořily děti, u kterých byla nadále prokazatelná hraniční symptomatika PAS, ale jen u 6 % dětí se stále prokazoval klinický obraz PAS (Straussová a Vágnerová, 2016). Terapie O.T.A. respektive její účinnost byla ověřována také Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky (Open Therapy of Autism, 2017). Účinnost metody O.T.A. potvrdili také všichni dotazovaní KP, kteří řekli, že metodu O.T.A. považují za jednu z nejúčinnějších intervenčních metod pro práci s dětmi s PAS, tuto metodu či prvky této metody pro práci s dětmi s PAS v předškolním věku využívají nejčastěji.

V průběhu výzkumu jsem zjistila výborný vliv muzikoterapie na děti s PAS, tyto výsledky se velmi dobře shodují s Gerlichovou (2014). Byl dokázán, výborný vliv muzikoterapie na děti s PAS, tato alternativní intervenční metoda se v posledních letech stává velmi oblíbenou, a to nejen v pedagogické či sociální oblasti, ale také v oblasti lékařské (Music therapy for children..., 2019).

Z výzkumu také vyplynula oblíbenost arteterapie při intervenčním působení na děti s PAS, kterou KP označili jako nedílnou součást spolupráce s dětmi s autismem, řekli, že je velmi důležitá jak pro rozvoj dítěte, tak také například pro rozvoj vztahu mezi dítětem a učitelem, terapeutem či rodinou. KP označili arteterapii jako výborný způsob k tomu, aby se dítě otevřelo a projevilo své city. Tento výsledek potvrzuje také Thorová (2016). Arteterapie je podle Thorové (2016) pro mnoho dětí velmi prospěšná, děti si u ní často odpočinou, uvolní.

Strukturované učení (dále jen SU) označili KP také jako nejčastěji používanou metodu, zároveň tuto metodu označili jako velmi účinnou. Čadilová a Žampachová, 2008 in Čadilová a Žampachová et al. (2012) potvrzují účinnost SU, jako nedílnou součást SU označují spolupráci s rodinou, rodina musí být do intervence zapojena, aby mohlo být dosaženo kýžených výsledků. S tím souhlasí například KP 7, který staví spolupráci s rodinou na první místo.

Díličí výsledky ukazují nedůvěřivost KP vůči metodám, které slibují zázračné uzdravení jedinců s PAS. Za zázračné metody označili například metodu Son-Rise, či užití homeopatik. Upozorňují na to, aby byla vždy brána v potaz individualita dítěte, protože pokud na jedinečnost dítěte není hleděno, nemůže ani vývoj dítěte probíhat, tak jak by měl.

KP v průběhu polostrukturovaných rozhovorů upozornili také na určité nedostatky, které se v systému práce s dětmi s PAS objevují. Upozorňovali především na nedostatek odborníků, kteří by mohli s těmito jedinci pracovat. Dále negativně hodnotí nekvalitní komunikaci a spolupráci mezi organizacemi, které jsou spjaté s péčí o dítě s autismem. Na tento nedostatek upozornil především KP 5. V neposlední řadě výzkum ukázal nedostatek stacionářů v systému sociálních služeb, které by poskytovali rodinám s dětmi s PAS odlehčovací pobyty.

Výzkum sice ukázal, jaké jsou pravděpodobně nejúčinnější či nejvíce používané metody při práci s dětmi s PAS, ale vždy musí být brán zřetel na to, jaké dítě je, na jaké vývojové úrovni se nachází, jaké metody mu vyhovují, díky jakým metodám se rozvíjí stále více a více. Cottini a Vivanti (2016) upozorňují na důležitost psychoedukační intervence a na její včasné zahájení, pokud je tato intervence prováděna systematicky a na základě spolupráce se všemi zúčastněnými, je to ta nejvíce efektivní forma působení na dítě s autismem, jakou můžeme zvolit.

Ke každému dítěti, ať už je to dítě s PAS či jiným onemocněním, nebo je to dítě zdravé, bez ohledu na to, bychom ke každému měli přistupovat, tak jak dané dítě potřebuje a jak mu to nejvíce vyhovuje.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala metodami práce s dětmi s PAS v předškolním věku. Cílem bylo odhalit jaké metody můžeme k práci s dětmi s PAS využít a jaké pomůcky jsou pro tuto práci vhodné. V teoretické části jsou sepsány informace z odborných zdrojů o problematice PAS, o možnostech intervence, dále je zde shrnuto, jak vypadá vývoj zdravého dítěte a dítěte s PAS v předškolním období. Praktická část byla zpracovávána s pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který byl prováděn s deseti komunikačními partnery pracujícími s dětmi s PAS v předškolním věku.

V rámci výzkumu jsem zjistila, jaké metody práce jsou využívány. KP upozornili především na metodu O.T.A., Strukturované učení, Alternativní a augmentativní komunikaci, VOKS či Snoezelen. Cílem výzkumu bylo zjistit jaké metody pro práci s dětmi s PAS v předškolním věku jsou nejvyužívanější. Z výzkumu vyplynulo, že nejvyužívanější metodou je metoda O.T.A. dále prvky Strukturovaného učení, Muzikoterapie, Arteterapie a Alternativní a Augmentativní komunikace. Dalším stanoveným cílem bylo zjistit jaké pomůcky se pro práci s dětmi s PAS a nejpoužívanější pomůcky označili dotazovaní piktogramy, komunikační kartičky, elektronické pomůcky, pracovní listy či učebnice a v neposlední řadě hudební nástroje.

Tato bakalářská práce může sloužit jako teoretický návod k tomu, jak s dětmi s PAS pracovat. Ráda bych však upozornila na potřebu individuálního přístupu, každé dítě v podstatě potřebuje svou vlastní metodu, která mu bude vyhovovat. Podle mého názoru nikdy nemůžeme s jistotou označit jednu jedinou metodu, jednu jedinou pomůcku za tu nejvhodnější a neúčinnější, protože každému může vyhovovat něco jiného.

Na závěr bych jen chtěla dodat, že bych si přála, aby se rodinám a samotným lidem s poruchou autistického spektra v budoucnu věnovalo více pozornosti a oni tak měli možnost žít kvalitnější a veselejší život.

Seznam literatury

1. BAZALOVÁ, B. 2012. *Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie*. Brno: muni Press. 280 s. ISBN 978-80-210-5930-6.
2. BAZALOVÁ, B. 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0693-4.
3. BAZALOVÁ, B., 2017. *Autismus v edukační praxi*. Praha: Portál. 208 s. ISBN 978-80-262-1195-2.
4. BENDOVIÁ, P. et al., 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogu*. Hradec Králové: Gaudeamus. 227 s. ISBN 978-80-7435-422-9.
5. BETTS, D., JACOBS, D., 2013. *Nácvik Sebeobsluhy a sociálních dovedností u dětí s autismem*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0498-5.
6. BONCI, B., CENTRA, R., 2017. *Autismus: Jak pracovat s dětmi a dospívajícími s poruchami autistického spektra, Pracovní kniha 1*. Praha: Logos. 191 s. ISBN 978-80-906707-1-6.
7. BONDI, A., FROST, L., 2007. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. Praha: Grada. 132 s. ISBN 978-80-247-2053-1.
8. CLERQ, H., 2007. *Mami, je to člověk, nebo zvíře?* Praha: Portál. 104 s. ISBN 978-80-7367-235-5.
9. COTTINI, L., VIANI, G., 2017. *Autismus: Jak pracovat s dětmi a dospívajícími s poruchami autistického spektra, Průvodce*. Praha: Logos. 96 s. ISBN 978-80-906707-1-6.
10. ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z., 2008. *Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-7367-475-5.
11. ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. et al., 2012. *Metodika práce se žákem s poruchami autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 144 s. ISBN 978-80-244-3309-7.
12. ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ Z., © 2020. *Didaktické pomůcky*. [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. [cit. 2020-06-08]. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra-nebo-vybrana-psychicka-onemocneni/pomucky/4-4-1-didakticke-pomucky-3/>
13. ČERNÁ M. et al., 2015. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 224 s. ISBN 978-80-246-3071-7.

14. FISCHER, S. et al., 2014. *Speciální pedagogika*. Praha: Triton. 304 s. ISBN 978-80-7387-792-7.
15. FRANKE, S., 2018. *Kinder Mit Asperger-Syndrom Erkennen Und (Ein Wenig) Verstehen Lernen*. Norderstedt: Books on Demand. 66 s. ISBN 978-37-528-8018-2.
16. GERLICOVÁ, M., 2014. *Muzikoterapie v praxi: Příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-4581-7.
17. GONZALEZ-DOLGINKO, B., 2019. *Art Therapy with Adults with Autism Spectrum Disorder*. London: Jessica Kingsley Publishers. 128 s. ISBN 978-17-859-2831-4.
18. GULOVÁ, L., ŠÍP, R., 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-4368-4.
19. HANÁK, P. et al., 2011. *Zkušenosti z aplikace nových metod práce při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Coprint. 133 s. ISBN 978-80-254-0022-8.
20. HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
21. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
22. HOSÁK, L. et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. 647 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
23. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2016. *Vady řeči u dětí: Návody pro praxi*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3941-0.
24. KOŤÁTKOVÁ, S., 2014. 2. vydání. *Dítě a mateřská škola. Co by měli rodiče znát, učitelé respektovat a rozvíjet*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4435-3.
25. KROUPOVÁ, K. et al., 2016. *Slovník speciálně pedagogické terminologie: Vybrané pojmy*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-271-9345-5.
26. LEMER, P., 2019. *Outsmarting Autism*. Berkeley: North Atlantic Books. 432 s. ISBN 978-16-231-7320-3.
27. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 978-80-247-1362-5.
28. MIŠOVIČ, J., 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon. 292 s. ISBN 978-80-7419-285-2.

29. *MKN- 10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*, 2020. [online]. ÚZIS. [cit. 2020-06-23]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008312/mkn-10-tabelarni-cast-20200515.pdf>
30. MOOR, J., 2010. *Hry a zábavné činnosti pro děti s autismem: praktické nápady pro každý den*. Praha: Portál. 208 s. ISBN 978-80-7367-787-9.
31. *Music therapy for children with autism: investigating social behaviour through music*, 2019. [online]. The Lancet. [cit. 2020-06-22]. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(19\)30265-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(19)30265-2/fulltext)
32. MÜLLER, O. et al., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
33. Open Therapy of Autism, 2017. [online]. Centrum terapie autismu. [cit. 2020-06-23]. Dostupné z: <https://www.terapie-autismu.cz/o-t-a/>
34. PATRICK, N., J., 2008. *Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra: typy a strategie pro každodenní život*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-7367-867-8.
35. PEŠEK, R., 2017. *Co často zajímá rodiče a učitele dětí a Aspergerovým syndromem*. Praha: Pasparta. 100 s. ISBN 978-80-88163-65-7.
36. *Process Evaluation of Animal-Assisted Therapy: Feasibility and Relevance of a Dog-Assisted Therapy Program in Adults with Autism Spectrum Disorder*, 2019. [online]. MDPI. [cit. 2020-06-22]. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2076-2615/9/12/1103/htm>
37. RABOCH, J. et al., 2015. *DSM 5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Portál. 1088 s. ISBN 978-80-86471-52-5.
38. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
39. RICHMAN, S., 2006. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Praha: Portál. 128 s. ISBN 80-7367-102-6.
40. SAINSBURYOVÁ, C., 2016. *Marťan na hřišti*. Praha: Pasparta. 136 s. ISBN 978-80-905993-8-3.
41. SLOWÍK, J., 2016. *Speciálně pedagogická diagnostika*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8.
42. STRAUSSOVÁ R., KNOTKOVÁ M., 2011. *Průvodce rodičů a dětí s poruchou autistického spektra*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-262-0002-4.

43. STRAUSSOVÁ R., VÁGNEROVÁ M., © 2016. Intervenční metoda O.T.A. u dětí s PAS raného věku [online]. Autismus-screening [cit. 2020-06-25]. Dostupné z: https://terapie-autismu.cz/_files/200003667-10993118f4/Intervencni_metoda_OTA.pdf
44. ŠPORCLOVÁ, V., 2018. *Autismus od A do Z*. Praha: Pasparta. 124 s. ISBN 978-80-88163-98-5.
45. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
46. THOROVÁ, K., 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí*. Praha: Portál. 576 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
47. THOROVÁ, K., 2016. *Poruchy autistického spektra*. 3. vydání. Praha: Portál. 504 s. ISBN 978-80-262-0768-9.
48. VALENTA, M. et al., 2014. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-262 0602-6.
49. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. 536 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
50. VÁGNEROVÁ M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

Seznam příloh

Příloha 1: Soubor otázek pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha 2: Obrázky prostředí, kde se dítě pohybuje

Příloha 3: Obrázky prostředí, kde se dítě pohybuje

Příloha 4: Pracovní list: Třídění předmětů

Příloha 5: Pracovní list-Rozpoznávání nálady

Příloha 6: Zapínání a rozepínání knoflíků

Příloha 7: Jak použít toaletu

Přílohy

Příloha 1: Soubor otázek pro polostrukturovaný rozhovor

Dobrý den,

jmenuji se Barbora Furišová, v současné době studuji Jihočeskou univerzitu v Českých Budějovicích, obor Speciální pedagogika-vychovatelství a zpracovávám bakalářskou práci na téma: Metody práce s dětmi s poruchou autistického spektra. Ráda bych Vás poprosila o Váš čas a o zodpovězení několika otázek, veškerá data budou sloužit pouze pro studijní účely. Výzkum bude probíhat s pomocí polostrukturovaného rozhovoru, níže jsou uvedeny okruhy otázek, na které bych se při rozhovoru ráda zaměřila.

- 1) Jak dlouho se věnujete práci s dětmi s PAS?
- 2) S jakým druhem tohoto pervazivního onemocnění jste se setkal/a?
- 3) S jakou věkovou skupinou dětí s PAS pracujete?
- 4) Jaké metody pro práci s dětmi s PAS nejčastěji používáte?
- 5) Účinné a neúčinné metody pro práci s dětmi s PAS
- 6) Nedostatky v systému práce s dětmi s PAS
- 7) Pomůcky pro práci s dětmi s PAS

Moc Vám děkuji za Váš čas!

S přáním hezkého dne

Barbora Furišová

Zdroj: Vlastní výzkum

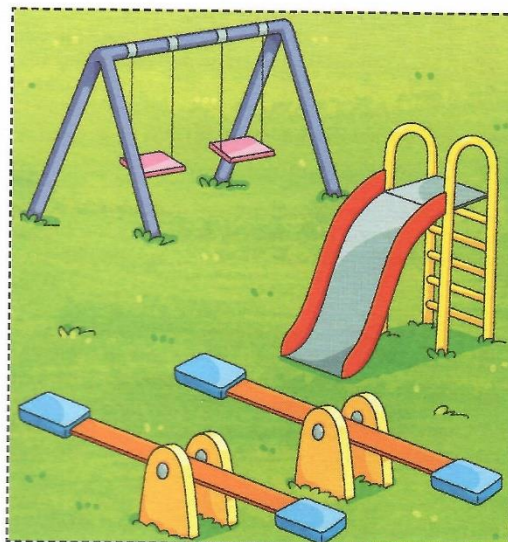
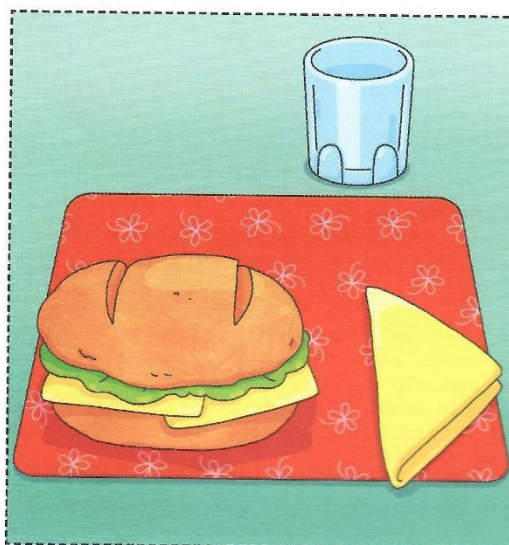
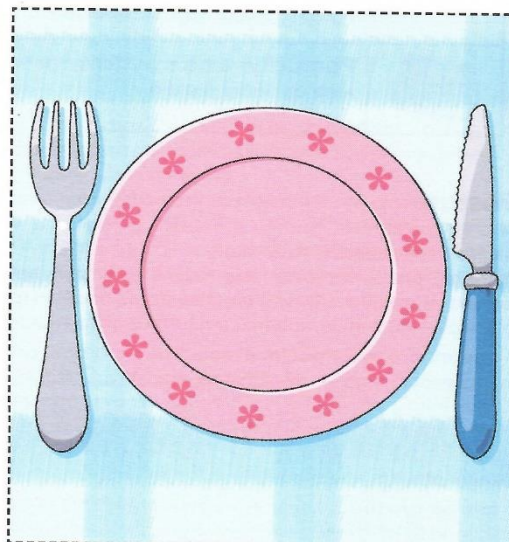
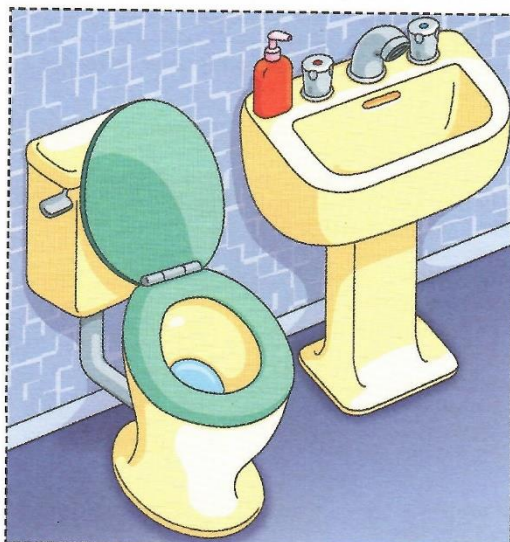
Příloha 2: Obrázky prostředí, kde se dítě pohybuje

PRACOVNÍ LIST 1

JMÉNO..... TŘÍDA..... DATUM.....

Etikety pro různá prostředí / 1

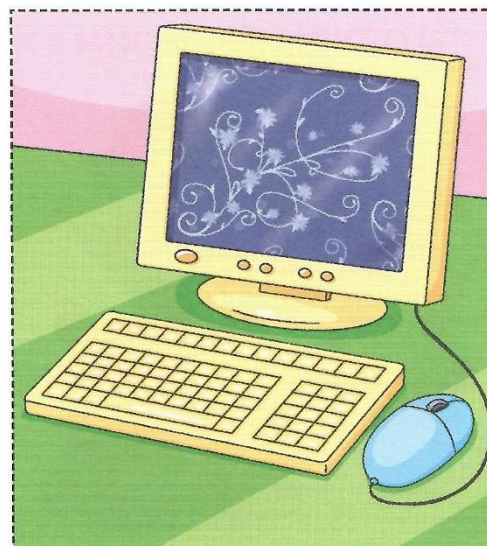
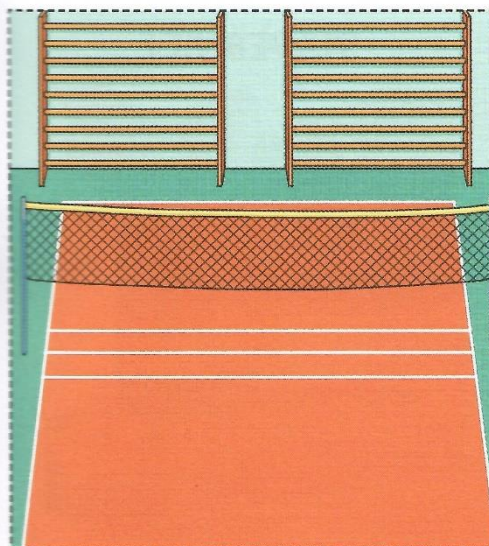
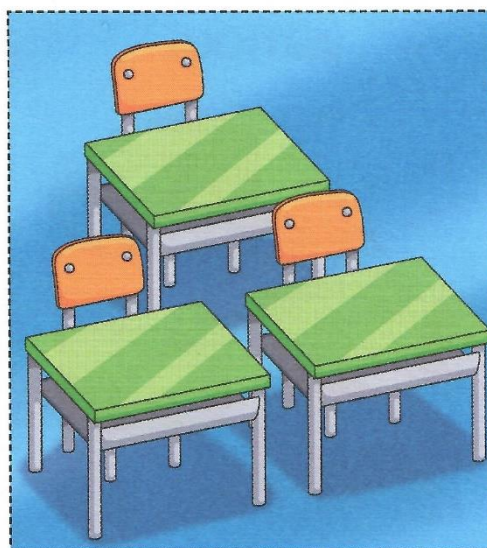
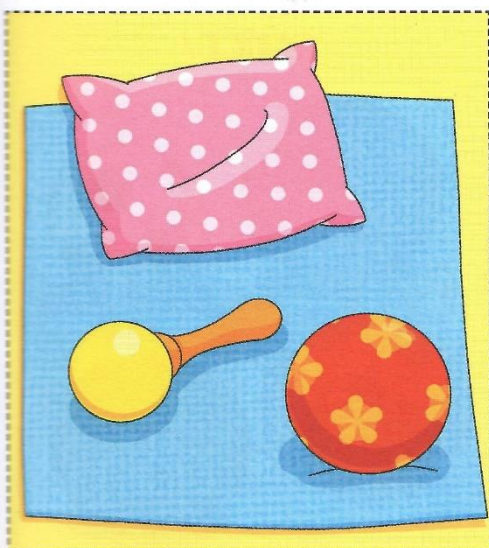
- Vystříhni a nalep etiketu na dveře toalety, jídelny, místnosti, kde svačíš, a na branku venkovního hřiště.



JMÉNO..... TŘÍDA DATUM

Etikety pro různá prostředí / 2

- Vystříhni a nalep etiketu na dveře herny, na dveře školní třídy, tělocvičny a učebny informatiky.

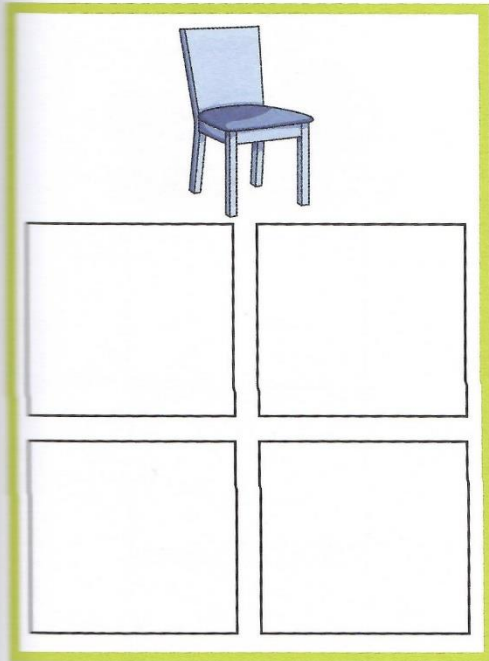


JMÉNO TŘÍDA DATUM

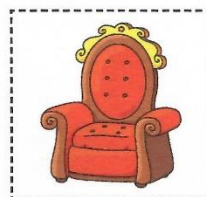
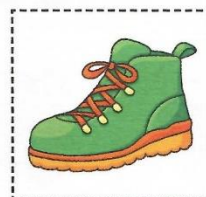
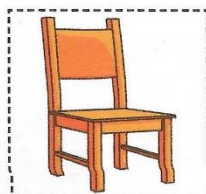
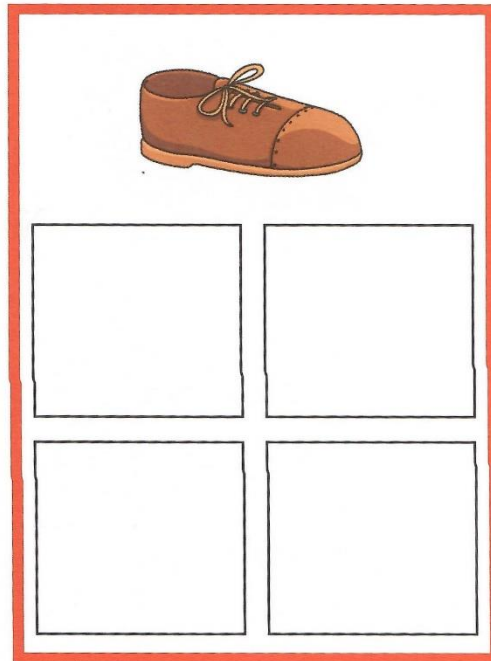
Roztříd' předměty

- Vystříhni obrázky a nalep je do příslušného rámečku.

ŽIDLE



BOTY



Příloha 5: Pracovní list-Rozpoznávání nálady

PRACOVNÍ POSTUP 35 Poznáváme emoce / 1

MATERIÁL PRO UČITELE

OBLAST AFEKTŮ A EMOCI

RADOST		SMUTEK	
VZTEK		STRACH	

126 © 2017 Nakladatelství Logos s.r.o.

Zdroj: Bonci a Centra, 2017

PRACOVNÍ LIST 75

JMÉNO TŘÍDA DATUM

Zapínání a rozeptání knoflíků

- Prohlédni si obrázky. Zapni si a rozeptni knoflíky podle návodu na obrázcích.

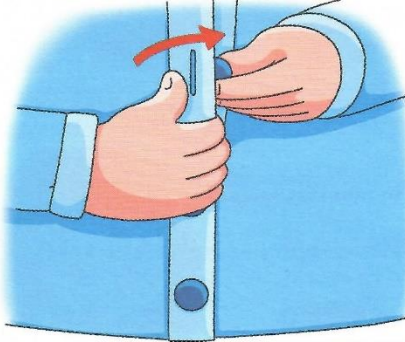
1 Uchop jednou rukou místo, kde je knoflíková dírka, a druhou rukou místo, kde je knoflík.



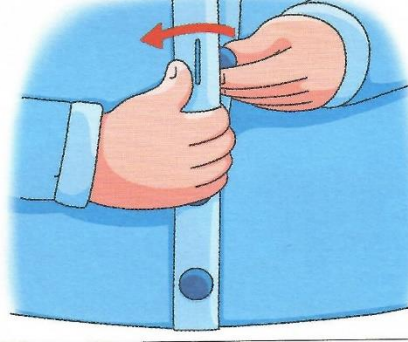
1 Uchop jednou rukou místo, kde je knoflíková dírka, a druhou rukou místo, kde je knoflík.



2 Přidrž místo s knoflíkovou dírkou a provlékni knoflík z dírky ven.



2 Přidrž místo s knoflíkovou dírkou a provlékni knoflík do dírky



3 Máš rozeptný knoflík.



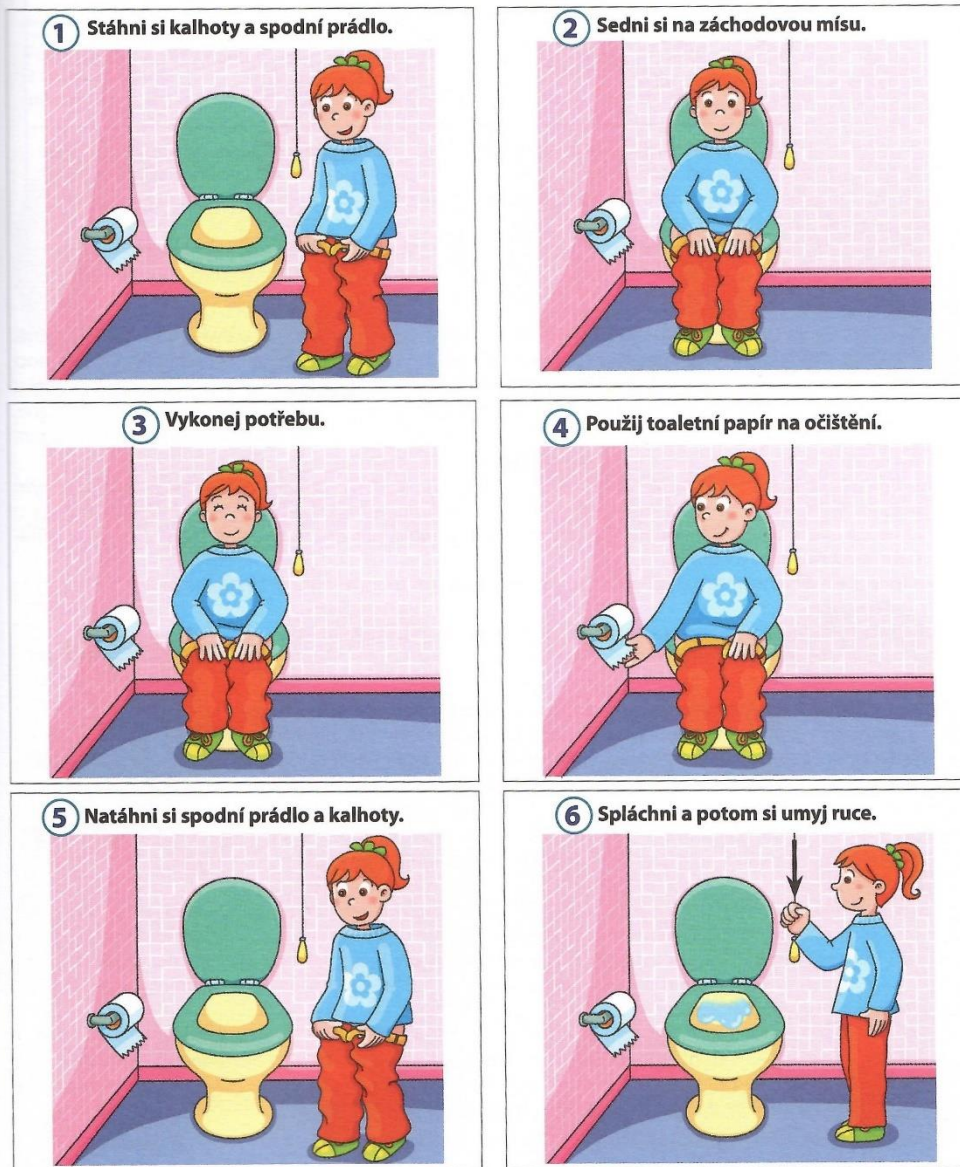
3 Máš zapnutý knoflík.



JMÉNO TŘÍDA DATUM

Vykonání potřeby

- Prohlédni si obrázky. Jdi na záchod a proved' jednotlivé kroky podle návodu.



Seznam zkratk

PAS- Poruchy autistického spektra

AS- Aspergerův syndrom

AAK- Alternativní a augmentativní komunikace

VOKS- Výměnný obrázkový komunikační systém

SU- Strukturované učení

KP- Komunikační partner

O.T.A.- Open Therapy of Autism

ABA- Aplikovaná behaviorální analýza

NS- Nervová soustava

TEACCH- Treatment and Education of Autistic and Communication Handicaped Children