



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Využití terapeutických metod u dětí s PAS

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Autor: Tereza Haškovcová

Vedoucí práce: Mgr. Ingrid Baloun, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Využití terapeutických metod u dětí s PAS* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2023

.....

Tereza Haškovcová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především vedoucí své bakalářské práce Mgr. Ingrid Baloun, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady, trpělivost a vstřícný přístup. Dále bych ráda všem informantům, kteří se podíleli na mém výzkumném šetření, bez jejich ochoty a spolupráce by tato práce nevznikla. Také bych chtěla moc poděkovat svým rodičům za pomoc a podporu během mého studia.

Využití terapeutických metod u dětí s PAS

Abstrakt

V bakalářské práci se zabývám využitím terapeutických metod u dětí s PAS. Cílem mé bakalářské práce je shrnout teoretické poznání vymezeného tématu práce a na tomto podkladě prozkoumat možnosti terapií pro děti s PAS v České republice a objasnit, jak tyto terapie v zařízeních fungují. Dále se v práci zaměřuji na to, zda jsou terapie v zařízeních dostačující a jak je možné děti motivovat k dané terapii.

Práce je rozdělena na dvě části – na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části pojednávám o teoretických poznatcích, popisuji zde typy autismu, projevy autismu, práci s dětmi s PAS a také druhy možných terapií pro děti s PAS.

V praktické části prezentuji svůj vlastní výzkum a je zde stanoven cíl této práce a výzkumné otázky. Práce je zpracována na základě kvalitativní výzkumné strategie, výzkumnou metodou je rozhovor zpracován technikou vícezdrojového polostrukturovaného rozhovoru. Byly stanoveny tyto výzkumné otázky: Jaké jsou možné terapie pro děti s PAS? Pracují terapeuti v rozdílném zařízení stejně? Polostrukturované rozhovory byly zpracovány otevřeným kódováním. Z kódu vznikly kategorie, které byly graficky zpracovány v programu Atlas.ti. Výzkumný soubor tvoří deset terapeutů, kteří se zaměřují na práci s dětmi s PAS.

Z výzkumného šetření vyplývá, že v České republice probíhá dostatek terapií, terapeuti si práci v zařízeních chválí, mají dostatek prostoru se dále vzdělávat, navštěvovat kurzy a různá školení. Většině terapeutů přijde míra terapií pro děti s PAS dostačující. Někteří informanti si myslí, že by terapie mohla být intenzivnější, ale chápou, že je to i otázka financí. Někteří informanti se zase domnívají, že by mohli více komunikovat s rodiči a dostávat více zpětnou vazbu.

Klíčová slova:

dítě s PAS; porucha autistického spektra; terapie; terapeutické metody

Use of therapeutic methods in children with ASD

Abstract

In my bachelor thesis I deal with the use of therapeutic methods in children with ASD. The aim of my bachelor thesis is to complete the theoretical knowledge of the defined topic of the thesis, and on its basis to explore the possibilities of therapies for children with ASD in the Czech Republic and to explain how these therapies actually work in institutions. Furthermore, the thesis focuses on whether the therapies in the facilities are sufficient and how to motivate the children to the given therapy.

The thesis is divided into two parts – a practical part and a theoretical part. In the theoretical part I introduce theoretical knowledge, I describe the types of autism, manifestations of autism, work with children with ASD and also types of possible therapies for children with ASD.

In the practical part I present my own research and the aim of this work and research questions are set here. The thesis is based on a qualitative research strategy, the research method is the interview technique of multi-source semi-structured interview. The following research questions were set: What are the possible therapies for children with ASD? Do therapists work the same in different facilities? The semi-structured interviews were processed by open coding. The code produced categories that were graphically processed in Atlas.ti. The research population consists a ten therapists who focus on working with children with ASD.

The research shows that there are enough therapies in the Czech Republic, therapists praise their work in the facilities, they have enough space to further their education, attend courses and various trainings. Most therapists find the rate of therapy for children with ASD to be sufficient. Some informants think that the therapy could be more intensive but they understand that it is also a question of finances. Some informants on the other hand believe that they could communicate more with parents and receive more feedback.

Keywords:

child with ASD; autism spectrum disorder; therapy; therapeutic methods

Obsah

ÚVOD	8
1 TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1 Poruchy autistického spektra	9
1.1.1 Historie PAS	12
1.1.2 Dyáda autismu	12
1.1.3 Triáda autismu	13
1.1.4 Etiologie PAS	16
1.1.5 Typy autismu	16
1.1.6 Projevy autismu u dětí	22
1.1.7 Práce s dětmi s PAS	24
1.2 Terapeutické metody.....	25
1.2.1 Terapeutické metody určené osobám s diagnózou spadající do sféry PAS....	25
1.2.2 Terapie redukující dopady	25
1.2.3 Farmakoterapie	27
1.2.4 Behaviorální terapie	27
1.2.5 Neurovývojová terapie.....	30
1.2.6 Komplexní přístup	30
1.2.7 Strukturované učení	31
1.2.8 Práce se zvířaty	33
1.2.9 Alternativní metody	33
1.2.10 Ostatní metody	34
2 CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
2.1 Cíl práce	36
2.2 Výzkumné otázky	36
3 METODIKA VÝZKUMU.....	37
3.1 Metodika výzkumu	37
3.1.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	37
3.1.2 Popis výzkumného nástroje	38
3.1.3 Harmonogram výzkumu	38
3.1.4 Výzkumný soubor.....	39
3.1.5 Kódování.....	40

4	VÝSLEDKY VÝZKUMU	42
5	DISKUSE.....	56
	ZÁVĚR	60
	SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ.....	61
	SEZNAM TABULEK	70
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	71
	SEZNAM ZKRATEK	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

Úvod

Autismus, který se dnes označuje častěji jako poruchy autistického spektra (dále PAS), je považován za jednu z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–11) patří mezi pervazivní vývojové poruchy, které se projevují narušením v oblastech sociální interakce, představivosti a komunikace, tzv. autistická triáda. Jedinec s PAS je většinou raději sám, málo komunikuje, má rád své zavedené činnosti, které dělá stále dokola, nerad se přizpůsobuje novým věcem a situacím, nerad navazuje přátelství. Na základě projevů chování je PAS diagnostikována většinou u dětí do věku tří let, v některých případech i později. V minulosti se o problematice PAS mezi širokou veřejností příliš nevědělo, ale v současnosti se mění její pohled na lidi s PAS, což vede ke zlepšení kontaktu s těmito lidmi a ke zkvalitnění jejich života.

Rodiny s dítětem s PAS mohou dnes využívat různé sociální služby a zařízení, které jim pomohou s rozvojem dítěte, a hlavně jim zjednoduší péči o dítě. V zařízeních mají děti s PAS individuální přístup a mohou navštěvovat speciální terapie pro děti s PAS. Terapie můžou navštěvovat soukromě, kdy je musí hradit rodiče, nebo v rámci zařízení, kde určité terapie hradí stát či zdravotní pojišťovna. Důležitou roli hraje dostupnost a kvalita nabízených služeb. U každého dítěte s PAS jsou projevy poruchy rozdílné, proto je důležité brát ohled na individuální potřeby a jejich naplňování v rámci nabízených terapií.

Práce je rozdělena na dvě části – na část praktickou a část teoretickou. Teoretická část se z počátku zabývá současným vymezením poruch autistického spektra. Nalezneme v ní historii, etiologii a projevy autismu. Následuje kapitola zaměřená na terapie pro děti s PAS.

Praktická část zahrnuje kapitoly o metodice výzkumu a shrnuje získané výsledky. Pro výzkumnou část je využito metody kvalitativního výzkumu. K získání dat je použita technika polostrukturovaného rozhovoru s deseti terapeuty a následné vyhodnocení je realizováno pomocí otevřeného kódování.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala hlavně proto, že mě toto téma zajímá a v budoucnu bych se chtěla této cílové skupině věnovat.

1 Teoretická část

1.1 Poruchy autistického spektra

„Aby autisté v tomto světě uspěli, musí najít své silné stránky a lidi, kteří jim pomohou se dostat ke svým snům a cílům. Aby se tak stalo, je nutné mít a udržet si kamarády. Mezi kamarády musí být mentoři. Prostředí, které vás podporuje, a ve kterém se mohou učit ze svých chyb, to pro autisty musí společnost vytvořit.“ Bill Wong.

Autismus v dnešní době nejčastěji nazýváme jako poruchy autistického spektra neboli PAS (dále PAS). Dle MUDr. Ošlejškové (2008) patří mezi poruchy dětského mentálního vývoje, projevuje se v prvních letech života, ale dítě jim trpí od narození. Autorka také upozorňuje, že projevy i chování autismu jsou u každého dítěte jiné, mění se s vývojem dítěte a vývoj dítěte je narušen zejména v sociální interakci, komunikaci a představivosti. Autistické děti se jeví jako zdravé, protože nemají zjevné fyzické vady, ale bohužel nejsou většinou schopny vést samostatný život, a to ani v dospělosti, doplňuje autorka. O autismu bylo napsáno mnoho odborných publikací, ale ani odborníci se neshodují na jednom univerzálním vymezení. Existuje celá řada definicí PAS. Thorová (2016, s. 53) uvádí: *„Autismus je neuro-vývojová porucha, jejíž projevy souvisí s vyžíváním mozku, k patologickým změnám dochází jak ve struktuře mozku, tak ve funkcích mozkových systémů.“* Dle Švarcové (2011) PAS nepatří mezi mentální retardace, ale často s ní mohou být spojené. Také je podle ní PAS nejzávažnější poruchou v lidských vztazích. Opatřilová (2006) uvádí, že autismus je hluboké a vážné postižení, které zasahuje hlavně komunikaci, sociální chování a vnímání. Autorka také klade důraz na to, že autismu lze snadno zaměnit s neurózou, psychózou či schizofrenií. Valenta, Michalík a Lečbych (2018) se shodují, že PAS je vývojová porucha, která se projevuje hlavně problémy v sociálním chování a se vzájemnou komunikací. Ošlejšková (2008) uvádí, že PAS patří mezi pervazivní vývojové poruchy. Pervazivní dle autorky znamená, že je to pronikavá, prostupující porucha, která zachvátí celou osobnost. Také dodává, že projevy této poruchy jsou trvalé. Rapin a Tuchman (2006) vysvětlují pervazivní poruchy tak, že zahrnují tři hlavní okruhy. Jako první zmiňují deficity v sociálním chování, dále repetitivní chování i zájmy, což znamená, že dítě má opakující se vzorce chování i jednání. Jako třetí oblast udávají nedostatky ve verbální a neverbální komunikaci. Šporclová (2018) charakterizuje pervazivní poruchy jako trvalé deficity v navazování kontaktů, komunikaci s okolím. Autorka zmiňuje právě ono

typické stereotypní chování. Podle ní se poruchy autistického spektra promítají do osobního, rodinného i sociálního života, ale i do vzdělání a později i v zaměstnání.

Poruchy autistického spektra dle MKN-11—v současné době již lze hovořit o tom, že přístup k pojetí poruch autistického spektra a jejich klasifikace se poněkud pozměnily, a to v souvislosti s prací na publikaci *Mezinárodní klasifikace nemocí* v její 11. revizi. Podle MKN-11 je tak možné k PAS uvést, že tyto zahrnují několik různých subtypů, kdy principem jejich odlišování je zejména úroveň intelektu jedince a zároveň úroveň jeho jazykového vývoje. MKN-11 zahrnuje následujících šest specifických subtypů dané problematiky:

1. poruchu autistického spektra (kódové označení 6a02.0),
2. poruchu autistického spektra s poruchou intelektu a s mírným nebo žádným narušením funkčního jazyka (kódové označení 6a02.1),
3. poruchu autistického spektra bez poruchy intelektu a narušeným funkčním jazykem (kódové označení 6a02.2),
4. poruchu autistického spektra s poruchou intelektu a se zhoršeným funkčním jazykem (kódové označení 6a02.3),
5. poruchu autistického spektra bez poruchy intelektu a absencí funkčního jazyka (kódové označení 6a02.4),
6. a poruchu autistického spektra s poruchou intelektuálního vývoje a absencí funkčního jazyka (kódové označení 6a02.5).

Autorka Linkeová (2019) dle MKN-11 uvádí, že autismus je řazen mezi neurovývojové poruchy, které se můžou u člověka vyskytnout. Vitásková (2019) v tomto ohledu bere v úvahu Mezinárodní klasifikace nemocí, americký manuál označovaný zkratkou DSM v jeho páté revizi, tedy DSM 5.

Uváděné poruchy jsou v dalších odstavcích blíže charakterizovány právě s ohledem na zmíněné dva základní faktory, tedy úroveň intelektu jedince a také úroveň jeho komunikačních dovedností a rozvoje jeho jazykových schopností.

Podle Thorové (2022) dle MKN 11 se v případě *Poruchy autistického spektra* se jedná o situaci, kdy jsou u klienta splněna veškerá kritéria definice poruchy autistického spektra, úroveň intelektu a adaptivního chování dotyčného jsou v odpovídající normě, jazykové schopnosti jsou pouze mírně narušeny – jedinec je tedy schopen užívat

funkční jazyk pro to, aby vyjádřil svá přání nebo upozornil na svoje potřeby – funkční jazyk přitom může být jak v mluvené podobě nebo například i ve znakové.

Co se týče *Poruchy autistického spektra s poruchou intelektu a s mírným nebo žádným narušením funkčního jazyka*, tak podle Thorové (2022) jedinec splňuje podmínky nejen poruchy autistického spektra, ale i podmínky stanovené pro poruchu intelektu. I zde je zachována schopnost komunikovat ohledně vlastních potřeb nanejvýš s pouze mírným narušením.

Další ze zmíněných je pak *Porucha autistického spektra bez poruchy intelektu a narušeným funkčním jazykem*, pro níž podle Thorové (2022) platí, že jedinec naplňuje kritéria stanovená pro poruchu autistického spektra, jeho intelekt i sociální chování odpovídají normě, ale schopnost užívání funkčního jazyka v jakékoliv jeho podobě je zde výrazně narušena – takoví jedinci dokáží užívat maximálně jednoduchá slova nebo velmi jednoduché fráze.

Následuje diagnóza *Poruchy autistického spektra s poruchou intelektu a se zhoršeným funkčním jazykem*, tam Thorová (2022), zde také nositel naplňuje kritéria definice poruchy autistického spektra a stejně tak i definici poruchy intelektu. Funkční jazyk a jeho užívání je v tomto případě velmi narušen – opět používají jen velmi jednoduchá slova a velmi občas jednoduché fráze.

Pro *Poruchu autistického spektra bez poruchy intelektu a absencí funkčního jazyka* podle Thorové (2022) platí, že je postavena na splnění kritérií definice poruchy autistického spektra, přitom jak intelekt, tak i sociální chování odpovídají normě, ale užívání funkčního jazyka téměř chybí.

Poslední z uváděných subtypů v rámci PAS je pak *Porucha autistického spektra s poruchou intelektuálního vývoje a absencí funkčního jazyka*, kdy podle Thorové (2022) jedinec naplňuje kritéria PAS i poruchy intelektu, a navíc není schopen užívat funkční jazyk – mnohokrát chybí úplně schopnost komunikovat.

Podle Vitáskové (2019) z charakteristik jednotlivých subtypů poruch autistického spektra vyplývá, že tyto vycházejí z dyadického náhledu na danou problematiku z hlediska přítomné symptomatiky – daná skutečnost opětovně dokládá to, že MKN-11 reflektuje pojetí problematiky porucha autistického spektra tak, jak jej předkládá už zmíněný manuál DSM 5.

Podle Thorové (2022), jak je možné z uváděného výčtu diagnóz zjistit, se tyto pohybují v rozmezí spektra zahrnujícího jedince s intelektem vysokým, stejně jako i jedince s poruchami intelektu a stejně tak se zde nacházejí osoby, které komunikují bez problémů, nebo ty, které si nebyly schopné jazykové dovednosti vůbec osvojit – škála daných možností je tedy poměrně pestrá.

1.1.1 Historie PAS

Podle Thorové (2016) jsou první známky PAS zaznamenány již ve starověku. Tehdy se neudávala diagnostika PAS, ale tyto děti byly přijímány společností jako svaté. Jinak tomu bylo ve středověku, když děti svým chováním a svými reakcemi nezapadaly do společnosti, mluvílo se o nich jako o posedlých ďáblem. Podle Strunecké (2009) se nahlíželo na autismus jako na psychózu, až později se přicházelo na to, že je to vývojová porucha. Thorová (2016) říká, že v dřívějších dobách se autismus tolik neřešil, ale byly dokumentovány případy dětí, které by byly dneska zařazeny mezi děti autistické. Podle Říčana a Krejčířové (2006) se podrobněji autismu v České republice nikdo nevěnoval do roku 1989. Autoři dále uvádějí, že v roce 1990 vzniklo Občanské sdružení Autistik, které se věnovalo mentálně postiženým. V roce 1994 se sdružení osamostatnilo a věnovalo se pouze autistickým dětem – sdružovalo rodiče autistů a jeho cílem bylo seznámit veřejnost s autismem. Občanské sdružení Autistik vydávalo články, pořádal přednášky pro veřejnost a kontaktoval zahraniční odborníky, kteří už věděli více, vysvětlují autoři. Přímou termín autismus vymyslel švýcarský psychiatr Eugen Bleuler. Inspiroval se řeckým slovem „autos“ – „sám, já.“ Podle Hrdličky a Komárka (2004) se jako první zabýval autismem z výzkumného hlediska vídeňský pedagog Heller na počátku 20. století. Hrdlička s Komárkem také pospali tzv. infantilní demenci, která je dnes v platné 10. revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN10, 2018) a je označována jako Jiná dezintegrační porucha v dětství. Autoři dodávají, že porucha je velmi vzácná a nebývá často diagnostikována.

1.1.2 Dyáda autismu

Existuje mnoho různých kombinací symptomů, proto můžeme pozorovat posun v současných diagnostických systémech užívaných ve světě (DSM-V, MKN-10).

Smolíková (2018) uvádí, že rozdíl mezi nimi se projeví v tom, že MKN-10 označuje tři skupiny symptomů, objevují-li se společně, jako „triádu“. Systém DSM-V slučuje

deficit v oblasti komunikace a interakce do jedné kategorie, proto hovoříme o tzv. „dyádě“. Dle autorů tato kategorie zahrnuje deficity v oblasti sociální komunikace a projevy opakovaných vzorců chování, aktivit anebo zájmů.

Podle Rabocha (2015) koncept „symptomatologické triády“, který dosud byl referenční pro stanovení diagnózy autismu (DSM-IV), byl v novém vydání (DSM-V) redefinován jako „symptomatologická dyáda“. Poznatky o klinických projevech autismu získané v průběhu let nám dávají k dispozici přesný rámec, jakým se projevuje, píše autor. Sociální a komunikační potíže, které byly dříve posuzovány samostatně, jsou nyní sloučeny, protože neodráží dva rozdílné deficity, ale jeden, doplňuje autor.

1.1.3 Triáda autismu

Podle Adamuse, Vančové a Lofflerové (2017) při pokusech o popis diagnostických kritérií poruch autistického spektra odborníci narazili na problém, který by se dal označit jako různorodost. Žádné dítě se neprojevuje stejně. I přesto existuje několik základních oblastí, které mají lidé s PAS více či méně narušeny, vysvětlují autoři. Thorová (2016) uvádí, že pro všechny poruchy autistického spektra jsou tři společné deficitní oblasti vývoje, které nazýváme jako autistická triáda. Jedná se o kvalitu sociálního kontaktu, kvalitu komunikace a v oblasti imaginace neboli vnímání, vysvětluje autorka. Dle Makovské (2007) tyto problémy přetrvávají až do dospělosti.

1.1.3.1 Porucha sociálního kontaktu

Howlin uvádí (2005, s. 296): „*Většina lidí se narodí s vrozenou schopností porozumět, co jiný člověk cítí, jak bude reagovat, a sami dokážou najít vhodnou reakci na určitou situaci. Bez této vrozené schopnosti a s absencí jakýchkoli formálních pravidel v sociálních interakcích je i ten nejjednodušší sociální kontakt pro člověka s autismem děsivý a stresující.*“ Jelínková (2000) uvádí, že deficit v socializaci autistického dítěte se projevuje tím, že dítě není schopné navazovat sociální vztahy, především emocionálního charakteru. Autorka vysvětluje, že zdravé dítě již brzy po narození reaguje na podněty z bezprostředního okolí, a hlavně se raduje z přítomnosti blízké osoby a vytváří si s ní pouto. Dítě s autismem se takto nechová, tvrdí autorka. Vágnerová (2008) se shoduje, že autistické děti už od počátku svého vývoje nereagují na běžné sociální interakce, jako je oční kontakt, emoční projevy a úsměv. Odmítají a ani nedovedou navázat citový vztah s blízkou osobou, dodává autorka. Dle Hrdličky

a Komárka (2004) se sociální chování rozvíjí už u kojenců. Kojenci s autismem nemají zájem o kontakt, dokonce nemají problém s odloučením od matky a chybí jim citová vazba s matkou, vysvětlují autoři. Dle Thorové (2016) se u dětí s PAS setkáváme s celou řadou forem sociálního chování. Dle autorky existují dva extrémní póly. Pól osamělý, kdy dítě vůbec nemá rádo kontakt a je typickým samotářem. Když někdo dítě ke kontaktu nutí, tak utíká, zaleze si do koutku, přikrývá si obličej či uši rukama nebo si začne samo něco dělat a nevnímá okolí, vysvětluje autorka. Druhým pólem je dle autorky pól extrémní, kdy se pro změnu autistické dítě snaží navázat sociální kontakt všude a s každým, vypráví o věcech pořád dokola a dožaduje se odpovědí, dotýká se i cizích lidí nebo se na ně upřeně dívá. Dle Gillberga a Peeterse (2008) se abnormální vývoj v sociálních vztazích projevuje v již prvním roce života dítěte, u kterého je později diagnostikován autismus. Autoři popisují, že u takových dětí můžeme vidět nezájem o předměty a věci, které je obklopují a pokud něco chtějí, vezmou blízkou osobu za ruku a bez očního kontaktu ji k ní dovedou. Zdravé děti by ukazovaly na svoji oblíbenou věc, to ale autistické děti nedělají, dodávají autoři. Autoři také doplňují, že rodiče zpravidla uvádí, že jejich děti nereagují, neprojevují radost z jejich přítomnosti a nerozlišují příbuzné či kamarády.

1.1.3.2 Porucha komunikace

Gillberg a Peeters (2008) i Thorová (2016) uvádí, že poruchy autistického spektra se projevují hlavně v komunikaci. Dle autorů je prvním nápadným symptomem, kvůli kterému mohou rodiče začít panikařit, opožděný vývoj řeči. Thorová (2016) uvádí, že zhruba polovina dětí s poruchou autistického spektra si nikdy neosvojí řeč na takové úrovni, aby mohla být použita ke komunikaci. Hrdlička a Komárek (2004) souhlasí s tím, že polovina autistických dětí si nikdy řeč na komunikační úrovni neosvojí. Jelínková (2000) uvádí, že osobám s PAS chybí vrozená schopnost porozumět významu komunikace. Nechápu, že řečí a jazykem mohou ovlivňovat své prostředí. Jejich potíže s komunikací si tedy není možné vykládat pouze sníženou mentální úrovní, doplňuje autorka. Gillberg a Peeters (2008) píšou, že pokud děti s autismem komunikují, mají kvalitativní a kvantitativní postižení řeči. Dále uvádějí, že řeč je u dětí s PAS nejen zpožděná, ale vyvíjí se odlišným způsobem než u zdravých dětí. Už v prvním roce života dítěte se může porucha komunikace projevit tím, že se chová dítě tiše, téměř nepláče, nepobrukuje si, dodávají autoři. Také si myslí, že některé PAS děti stádium žvatlání nemají, jiné žvatlají nesrozumitelným způsobem. Dle Říhové (2018) je třeba

vést děti s PAS ke komunikačním gestům, aby své potřeby uměly dát najevo gesty. Autorky doplňují, že je vhodné vědět, co které znamená. Dle Gillberga a Peeterse (2008) okolo prvního roku života zdravé dítě vyžaduje pozornost okolí, reaguje na své jméno a účastní se jednoduchých sociálních her. Autoři dodávají, že u autistických dětí toto nepozorujeme.

Neverbální komunikace

Thorová (2016) píše o problémech v neverbální komunikaci u autistických dětí. Uvádí oční kontakt, gesta, mimiku a haptiku. Vágnerová (2008) popsala neverbální komunikaci u dětí s PAS, nereagují běžným způsobem na obvyklé signály, jako je mimika obličeje, oční kontakt či úsměv. Autorka také zdůrazňuje, že autistické děti nemají empatii, nedovedou se vcítit do ostatních a neumí odhadnout pocity jiných lidí.

Verbální komunikace

Podle Richmana (2008) se u 40 % dětí s PAS řeč nerozvine a ani tyto děti nemají snahu se dorozumívat jiným způsobem. Autor také píše, že jedinci, kteří se mluvit naučí, nejsou schopni řeč normálně využívat v běžném rozhovoru s jinou osobou.

1.1.3.3 Porucha v oblasti imaginace

Třetí oblast triády je spojena s různým pojmenováním a termíny. Hrdlička a Komárek (2004) je popisuje jako abnormality v chování a zájmech. Schopler a Mesibov (1997) jako postižení v oblasti chování. Gillberg a Peeters (2008) zavedl termín problematika představivosti. Dle autorů nemůžeme říct, že těmto dětem představivost úplně chybí. U těch, kteří ji mají, je pak omezena pouze na velmi malý okruh zájmů, vysvětlují autoři. Podle Schoplera a Mesibova (1997) deficit tkví v poruše představivosti, od té se odvíjí omezený repertoár chování, zájmů a činností. Autoři zdůrazňují, že děti s autismem mají rády stereotypy, rituály, opakující se situace a aktivity, dodává jim to totiž pocit bezpečí. To, že neumí předvídat, co se stane v neznámé či nečekané situaci, vede k záchvatům a nechuti, doplňují autoři. Proto říká, že je vhodné mít přesný denní rozvrh, kdy se dané činnosti provádějí. Jelínková (2000) se shoduje, že děti s PAS potřebují rutinu. Popisuje, že potřebují například přesný odchod do mateřské školy, oběd v přesný čas, pravidelné procházky každý den zhruba ve stejný čas nebo pevně stanovené chvíle odpočinku. Autorka uvádí, že když se tato rutina nedodrží každý den, jsou autistické děti vyvedené z míry a může je to velmi stresovat. Schopler

a Mesibov (1997) k tomu doplňují, že některým nečekaným událostem a změnám v životě se nedá vyhnout. Jako příklad uvádí výměnu rozbité hračky za novou nebo výměnu nábytku v bytě. Říkají, že je vhodné shánět věc podobnou, aby jí dítě s klidem přijalo. Jelínková (2000) se zabývá otázkou cestování s autistickými dětmi, občas je nutné navštívit příbuzné, jindy potřebují rodiče někam jet. Autorka vysvětluje, že je třeba dítě na toto připravit dopředu a snažit se dodržovat denní režim i mimo domov.

1.1.4 Etiologie PAS

Příčiny vzniku PAS nejsou v současné době známy. Thorová (2016) uvádí, že PAS jsou vrozené neuro-vývojové poruchy na neurobiologickém základu. Je přesvědčena, že příčinou PAS může být více faktorů, protože se PAS projevuje různě a má velkou variabilitu projevů. Autorka píše, že za vznikem autismu může s vysokou pravděpodobností stát porucha integračních a komunikačních funkcí mozku. Hrdlička a Komárek (2004) se shodují, že etiologie PAS je neznámá a stále je předmětem výzkumu. I Vágnerová (2008) se shoduje, že etiologie není jednoznačná a má mnoho příčin. Také si myslí, že autismus je neurobiologickou poruchou. Gillberg a Peeters (2008) se zabývají souvislostmi mezi medicínskými poruchami a PAS. Popisují, že tyto poruchy poškodí mozkové funkce, které jsou zodpovědné za běžný vývoj sociálních vztahů, představivosti a komunikace. Mezi takové poruchy patří hlavně chromozomální poruchy, tuberózní skleróza, infekce zarděnek matky v prenatálním období, někdy též problémy matky v těhotenství, doplňují autoři. Thorová (2006) upozorňuje na teorii, která se mezi lidmi rozšířila v devadesátých letech, kdy se začalo hojně mluvit o tom, že autismus je spouštěn očkováním, vysvětluje autorka. Souvislost mezi očkováním a PAS byla vyvrácena a odmítnuta, zdůrazňuje autorka. Ošlejšková (2008) se domnívá, že autismus postrádá jednotnou nebo specifickou patologii, medicína jej považuje za syndrom, nikoli jako chorobu.

1.1.5 Typy autismu

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2019) dělíme autismus na několik typů:

1. dětský autismus (f84.0),
2. atypický autismus (f84.1.),
3. Rettův syndrom (f84.2.),
4. jiná dezintegrační porucha v dětství (f84.3.),

5. hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (f84.4.),
6. Aspergerův syndrom (f84.5.),
7. jiné pervazivní vývojové poruchy (f84.8.),
8. pervazivní vývojové poruchy nespecifikované (f84.9.).

1.1.5.1 Dětský autismus

Podle Hrdličky a Komárka (2004) je pro dětský autismus typická značná variabilita symptomů – na světě nenajdeme dvě děti se zcela totožnými projevy. Thorová (2016) uvádí, že dětský autismus má buď málo mírných příznaků, nebo velké množství těžkých příznaků. Mezi tyto příznaky řadí problémy s komunikací, představivostí a sociální interakcí, ale i odlišné až nápadně nevhodné chování. Dále uvádí, že až v polovině případů je dětský autismus spojen s mentální retardací. Dle Lechty (2010) tyto děti nemají adekvátní reakce, vyžadují rituály, stereotypy, jsou většinou upnuté na jeden zájem, nehrají si adekvátně s hračkami a velmi těžce se přizpůsobují jakékoliv změně. Syndrom je podle něj možné diagnostikovat v každé věkové skupině. Ošlejšková (2008) si myslí, že pro diagnózu autismu je nutný nástup příznaků před dovršením třetího roku života. Podle Bazalové (2017) si rodiče většinou okolo dvanáctého až osmnáctého měsíce života dítěte všimají, že se dítě nevyvíjí standardně. V tomhle věku jsou podle ní už znát poruchy řeči – děti neříkají první slova, nesnaží se porozumět, to samé se týká i sociálního kontaktu, dítě si netvoří vazbu na rodiče a bližší příbuzné. Gillberg a Peeters (2008) dodávají, že dětský autismus je většinou doprovázen poruchou pozornosti, hyperaktivitou, labilitou, tendencemi k sebepoškozování, na druhou stranu tyto děti perfektně ovládají prostorovou orientaci, zrakovou a prostorovou paměť. Švarcová (2011) uvádí, že děti s autismem se neradi mazlí, nevyhledávají dotyky a blízký kontakt dospělého nebo jiných dětí. Také si myslí, že tyto děti nejsou schopny sdílet radost z úspěchu s ostatními, nevnímají pocity ani bolest jiných a často nevnímají ani přítomnost dalších osob. Žijí si ve svém světě, vysvětluje Švarcová. Oproti tomu autorka Šporclová (2018) dodává, že děti s autismem mazlení milují a aktivně ho vyhledávají.

Thorová (2016) ve své publikaci popisuje, že u dětí s dětským autismem rozlišujeme tři stupně:

- Nízkofunkční autismus – autorka vysvětluje, že jedinci jsou málokdy schopni navázat kontakt s ostatními, tito lidé nevyhledávají komunikaci, špatně porozumí řeči, mají rádi stereotypy, neradi se přizpůsobují něčemu novému, nespolupracují, jejich chování je problémové a potřebují mít nad sebou dozor, intelektuálně jsou na úrovni těžké mentální retardace.
- Středně funkční autismus – autorka popisuje, že jedinci jsou uzavření, také těžce navazují přátelství, rozumí běžným pokynům, ale občas reagují nepřiměřeně na určitou situaci, mají svoji řeč. Jedinec už lépe dokáže spolupracovat, a když má dostatečnou péči, lze jeho chování zvládnout bez větších problémů. Intelektuálně se jedinci pohybují v pásmu mezi lehkou až střední mentální retardací, doplňuje autorka.
- Vysokofunkční autismus – podle autorky mají jedinci zájem o sociální kontakt, který má ale zvláštní projevy, komunikace jedinců není narušená, ale mají problém vést konverzaci s ostatními, protože se rádi baví do detailů pouze o tématech, která je zajímají. Jedinci s vysokofunkčním autismem mají zvláštní zájmy, například se naučí z paměti celý jízdní řád autobusu, neradi hrají hry s ostatními, drží se striktně svých zájmů, jedinec ale spolupracuje, dobře chápe pokyny, dá se snadno motivovat, pracuje se s ním bez problémů. Intelektově je průměrný až nadprůměrný, ale jeho emoční intelekt je nízký.

1.1.5.2 Atypický autismus

Podle Ošlejškové (2008) se jedná o pervazivní nespecifickou vývojovou poruchu. Hrdlička a Komárek (2004) si myslí, že se jedná o atypický autismus, když pro poruchu neplatí kritéria pro dětský autismus a to tím, že nejsou naplněny tři okruhy diagnostických kritérií nebo je nástup opožděný – oproti dětskému autismu k narušení vývoje dochází až po třetím roce života. Podle autorů je také typické špatné navazování vztahů s vrstevníky, jako tomu je u dětského autismu. Naopak méně jsou narušeny sociální dovednosti, upřesňují. Autoři Gillberg s Peetersem (2008) uvádí, že atypický autismus bývá často spojovaný s těžkou mentální retardací. Opatřilová (2006) popisuje, že typické jsou potíže v navazování kamarádství mezi vrstevníky, neobvyklá přecitlivělost, naopak jsou zde méně narušeny sociální dovednosti i komunikace. Dle Thorové (2016) atypický autismus není stále přesně definován a nemá nastavené přesné hranice, ale často působí jako upozorňující termín pro osoby, u kterých se setkáváme s autistickými rysy.

1.1.5.3 Rettův syndrom

Podle Bartoňové, Bazalové a Pipekové (2007) je Rettův syndrom neurogenetického původu a postihuje výhradně dívky. Průběh, včetně nástupu a závažnosti symptomů je individuální. Dívka se obvykle vyvíjí normálně, i když jsou časté i drobné odchylky už v raném dětství. Většinou se jedná o ztrátu svalového napětí a škubavé pohyby, poté dochází ke zpomalení vývoje, zpomalení mozku, problémům s chůzí, křečím, začíná se rozvíjet mentální postižení, vysvětlují autorky. Říčan a Krejčířová (2006) se shodují, že Rettův syndrom postihuje výhradně dívky, zatímco u chlapců dochází k mutaci chromozomu X, jež vede k samovolnému potratu nebo úmrtí novorozence několik hodin po porodu. Autoři dále uvádějí, že dívky mají autistické chování jen částečně. Podle slovníku Pavla Hartla a Heleny Hartlové (2010) je Rettův syndrom chápán jako pervazivní vývojová porucha, která začíná mezi sedmým měsícem a druhým rokem života. Podle nich je charakteristický zpomalením růstu hlavy, projevuje se ztrátou funkčních pohybů ruky a jemné motoriky, také se vyskytují stereotypní pohyby pažemi, vyplazování jazyka, nekoordinovaná chůze a bývá k tomu často přidružená kyfóza nebo skolióza. Charakteristické je také nedostatečné žvýkání, ztráta nebo nedostatečný vývoj řeči a časté epileptické záchvaty, dodávají autoři. Průběh Rettova syndromu má každá dívka jiný. I přes potíže, které toto onemocnění přináší, je většina dívek schopna dožít se středního věku, vysvětlují autoři. Podle Strunecké (2009) lze v České republice poruchu prokázat genetickým vyšetřením od roku 2001, ale bohužel ne u všech dívek, protože existují doposud nepoznané mutace, které vyšetření nerozezná. Autorka si myslí, že proto je klíčové klinické vyšetření, které lékař indikuje na základě přítomnosti klinických příznaků. Podle Bartoňové, Bazalové a Pipekové (2007) se dívky mohou bez větších problémů vzdělávat ve speciálních školách. Autorky kladou důraz na terapie, které dle ní mohou dívkám velmi pomoci. Jako vhodné terapie pro dívky s Rettovým syndromem uvádí canisterapii, hipoterapii nebo muzikoterapii.

1.1.5.4 Jiná dezintegrační porucha v dětství

Dle Gillberga a Peeterse (2008) byl Rettův syndrom popsán v roce 1908 pedagogem Theodorem Hellerem a byla po něm dříve pojmenována jako Hellerův syndrom nebo také dezintegrativní psychóza. Někdy bývá označována jako „pozdní začátek autismu“, zmiňují autoři. Autoři popisují nástup, který může být někdy náhlý, jindy pozvolný, ale důležité je, že dochází k prokazatelné ztrátě dříve nabytých schopností, kdy se zejména

jedná o oblast komunikace, emoční poruchy, neklid a dráždivost. Po období regrese ve vývoji dochází k pozvolnému vývoji a obnově v oblasti vizuálně motorické, poruchy řeči a sociální interakce však přetrvávají a po celou dobu života jsou velmi výrazné, doplňují autoři. Také dodávají, že většina dětí, jimž tento syndrom diagnostikován, zůstává mentálně retardovaná – 30 % dětí je v pásmu středně těžké mentální retardace a 40 % dětí v pásmu retardace těžké. Thorová (2016) podotýká, že tyto děti netrpí výraznými ztrátami v oblasti sociálních vztahů, kdy důvodem je zachování dříve vybudovaného vztahu k rodičům.

1.1.5.5 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními typy

Jde o poruchu, která není příliš detailně popsána. Podle WHO (2019) můžeme říct, že tato kategorie zahrnuje děti s hlubokou mentální retardací, u nichž dominují problémy v oblasti hyperaktivity nebo pozornosti současně se stereotypním chováním nebo sebepoškozováním. Během dospívání bývá často hyperaktivita nahrazena naopak hypoaktivitou, píše WHO. U této poruchy se nevyskytuje sociální narušení, které je pro jedince s autismem typické a obvykle je spojována s řadou vývojových poruch, doplňuje WHO. Podle Thorové (2016) je IQ nižší než 50 a typické jsou rychlé změny aktivit – dítě mění aktivitu i každou minutu, v situacích, kdy má být dítě v klidu, je hodně aktivní, nedokáže se soustředit na jednu věc a nedokáže posedět na jednom místě a je stále v pohybu.

1.1.5.6 Aspergerův syndrom

Čáslavská s Voytovou uvádí (2012, s. 35): „*Tradiční IQ test pro něj nestačí, jelikož Stanford-Binetův test má škálu pouze do kvocientu 160 a není schopen výsledky změřit. Albert Einstein měl nad tuto hranici, ale vzít si svetr, když byla venku zima, ho nenapadlo. Měl totiž Aspergerův syndrom.*“

Atwood (2012) uvádí, že za základní klinické příznaky Aspergerova syndromu můžeme považovat například nedostatek empatie, jednoduchou interakci, neschopnost nebo velmi omezenou schopnost navázat kontakt, přesnou a jednotvárnou řeč, nemotornost, stereotypní zájmy a nedostatečnou nonverbální komunikaci. Podle Höschla, Libigera a Švestky (2004) jde o vrozenou poruchu autistického spektra, která se vyskytuje častěji u chlapců. Thorová (2016) uvádí, že mají typicky vysoké IQ, zajímají se o jedno téma, o kterém mají ovšem velmi hluboké znalosti. Řeč opožděná nebývá, ale mezi časté

projevy tohoto syndromu patří obsedantně – kompulzivní porucha, úzkostné poruchy, ADHD, dyslexie a dysgrafie, vysvětluje autor. Aspergerův syndrom je vrozený a nevyléčitelný, lze však zlepšit sociální schopnosti například pomocí psychoterapie, dodává. U dětí s diagnostikovaným Aspergerovým syndromem je typické nerovnoměrné rozložení schopností, mají sice na jedné straně nadprůměrné vědomosti z určité oblasti, na straně druhé se nedokážou přizpůsobit náhlým změnám, mají problémy v navazování sociálních kontaktů, nepřiměřeně reagují, jsou nesamostatní nebo nepraktičtí (Šance dětem, 2021). Šporclová (2018) píše, že některé děti jsou ambiciózní a mohou své nadprůměrné výsledky bagatelizovat nebo je považovat za normu, kladou si vysoké cíle, jsou na sebe nároční a v případě neúspěchu jsou nespokojení. Některé děti si neúspěch přikládají za vinu, některé mají tendenci obviňovat okolí, stejně tak některé děti se chovají jinak doma a jinak ve škole, doplňuje autorka. Výchova dítěte s Aspergerovým syndromem je velmi těžká, protože se objevuje hyperaktivita, dítě je většinou velmi cílevědomé a v dospívání většinou nese velmi těžce každý neúspěch. Může to vést k sebepodhodnocování či sebepoškozování (Nautis, 2022). Hrdlička a Komárek (2004) uvádějí, že nemají děti s Aspergerovým syndromem dostatek empatie, neumí se vcítit do jiných, při komunikaci mohou druhého člověka urazit, i když si to neuvědomují. Stejně jako u dětského autismu popisuje Thorová (2016) stupně Aspergerova syndromu, které rozděluje na:

1. Nízkofunkční Aspergerův syndrom – chování jedince je problémové, dožaduje se svých rituálů, jeho chování je velice stereotypní, jedinec odmítá spolupracovat, je bez emocí k ostatním, ignoruje ostatní ve skupině, sociální kontakt navazuje obtížně, je urputný, často hyperaktivní a špatně zvládnutelný. Často se může potkat s nepochopením, posměchem či dokonce šikanou, zdůrazňuje autorka.
2. Vysokofunkční Aspergerův syndrom – autorka píše, že jedinec je schopný spolupracovat a věnovat se něčemu jinému než svým oblíbeným zájmům, navazuje lépe sociální kontakty, emočně chápe ostatní lidi, snadno se s jedincem pracuje, nechá si vysvětlit pokyny. Intelektově je právě velmi často nad průměrem.

1.1.5.7 Jiné pervazivní vývojové poruchy

Podle Thorové (2016) není v Evropě častá a kritéria této kategorie nejsou přesně definována. V praxi jsou do této kategorie řazeny takové děti, které mají narušeny všechny tři části triády, ale ne do takové míry, aby odpovídaly autismu, vysvětluje autorka. Můžeme však najít dva typové příklady.

Prvním příkladem jsou děti s narušenou kvalitou komunikace, sociální interakce a hry. Nicméně míra obtíží neodpovídá diagnóze autismu. Mohou zde být zařazeni také jedinci s větší poruchou pozornosti, mentální retardací nebo vývojovou dysfázií. Jde však o hraniční symptomatiku, některé dílčí znaky se přibližují normě. Druhou kategorií jsou děti s výrazně narušenou představivostí. Takové děti mají vyhraněný zájem o jedno téma, kterému se intenzivně věnují. Tyto problémy se však projevují v kvalitě komunikace a sociální interakce, vysvětluje autorka.

1.1.5.8 Pervazivní vývojové poruchy nespecifikované

Mezinárodní klasifikace nemocí (2018) charakterizuje tuto kategorii vývojových poruch jako poruchu, kterou není možné zařadit do ostatních kategorií. Také uvádí, že jde o přechodnou kategorii, proto je nutné dítě sledovat a zaměřit se na poruchu v pozdějším věku, kdy už bude možné ji specifikovat.

Podle Ošlejškové (2008) zpravidla vzniká až po třetím roce života a je nejvíce diagnosticky problematická. Jsou zde zařazeny děti, které mají behaviorální problémy v základní triádě symptomů jednoznačně disproporčně rozloženy, nebo ty, u kterých problémy v jedné ze tří oblastí téměř chybí. Problémy v chování musí být v jednoznačné disproporci k celkové úrovni intelektu. Větší problém s diagnostikou je u dětí s těžkým a hlubokým mentálním postižením. Pomáhá posouzení úrovně sociálních interakcí. Při IQ pod 20 se ale obě diagnózy mohou kombinovat a rozlišení je velmi problematické.

1.1.6 Projevy autismu u dětí

Muhlpachr (2004) uvádí, že obvykle vznikají diagnostické rozpaky, protože triáda poškození se může projevovat různě. Aby jedinec byl klasifikován jako autista, musí splňovat šest z dvanácti kritérií, které se musí projevovat po delší dobu, i když s různou intenzitou, vysvětlují autoři. Podle Schoplera (1999) první projevy pozorujeme do věku tří let.

Postižení v oblasti vzájemné sociální interakce podle Muhlpachra (2004): Dle autora musí být splněny alespoň dva projevy:

- Zřejmá neschopnost používat obecné formy vystupování – mimika, gesta, pohyby těla, pohled do očí atd. – k vzájemné sociální interakci.
- Absence vytváření vztahů se svými vrstevníky.
- Neschopnost sdílet emoce (smutek nebo radost) a zájmy s ostatními.
- Nedostatek emocionální a sociální vzájemnosti, jako je preference samotářských aktivit, neschopnost se aktivně účastnit jednoduchých her nebo využití ostatních jako „pomocné“ ruky.

Dále je to dle Muhlpachra (2004) poškození v oblasti verbální i neverbální komunikace a v činnostech, které vyžadují představivost. Zde alespoň jeden příznak.

- Vývoj mluvené řeči zcela chybí nebo je opožděn. (Absence pokusů o alternativní způsob komunikace pomocí gest nebo mimiky).
- Když je řeč vyvinuta, tak absence schopnosti začít a udržet konverzaci.
- Použitý jazyk je stereotypní, opakuje se a je svérázný.
- Chybí spontánnost, rozmanitost a představivost i schopnost napodobit pravidla společenského chování při hře přiměřeného věku.
- Značně opakující se a omezený repertoár zájmů a činností.
- Zaujatost na stereotypní činnost, na kterou vyvíjí veškerý svůj zájem.
- Očividné přilnutí ke specifické nefunkční rutině nebo rituálu.
- Stereotypní a opakující se pohybové projevy jako je třepání prsty rukou, kroucení prsty nebo různé pohyby celého těla.

Vocilka (1994) vysvětluje, že výše uvedené příznaky podle Muhlpachra (2004) se zpravidla nevyskytují všechny zároveň. Podle Vocilky (1994) dokonce některé s vývojem zmizí. Autisté nenavazují kontakt s rodiči, okolím, se sebou samými, se světem nebo se společností, doplňuje autor. Dítě je nerado rušeno při hře, vyžaduje uložení věcí na stejná místa, těžce snáší nové oblečení, zvláštní látky, doteky a má bolestivé dojmy, které ostatní nemůžou pochopit, snaží se přiblížit autor. Dále autor píše, jak tyto děti sledují věci ze zvláštního úhlu. Podle něj autistické děti všechno očíhávají, jsou nadmíru pohyblivé a v záchvatech zuřivosti se mohou zranit či ublížit někomu dalšímu.

1.1.7 Práce s dětmi s PAS

Podle Žampachové a Čadilové (2012) je v praxi využívána celá řada metodických postupů při vzdělávání dětí s PAS, které vycházejí z deficitů autismu. Většina z nich respektuje vývojové odlišnosti dítěte s PAS a staví na silných stránkách každého jedince, vysvětlují autorky. Základem je přistupovat ke každému dítěti individuálně, každé dítě je jiné a s dětmi s autismem to je ještě těžší – každé má jinou formu, jiné zažité rutiny a zvyky, vysvětlují.

1.1.7.1 Přístup ve výchově a vzdělávání dětí s PAS

Dle Schoplera, Reichlera a Lansinga (2011), aby byla pomoc optimální a účinná, je potřeba dítě nejdříve pozorovat – jak se chová, jaké má rutinní návyky, jaké má reakce a jak vychází s ostatními. Každé dítě může mít různé problémy, např. s novými úkoly nebo s novými pomůckami, snaží se vysvětlit autoři. Cílem výuky je získání nových dovedností. Abychom tohoto cíle dosáhli, měly by se ve výuce použít různé druhy speciálních metod, doplňují. Žampachová s Čadilovou (2012) si myslí, že obvyklé metody učení jdou využít jen částečně. Je potřeba je přizpůsobit individuálně tak, aby odpovídaly konkrétním potřebám dítěte. K tomu je potřeba dobrá znalost vývojové psychologie.

1.1.7.2 Manipulace

Schopler, Reichler a Lansinga (2011) uvádějí jako dobrou metodu právě manipulaci – s dítětem provádíme všechny pohyby, které jsou nutné pro dokončení úkolu. V některých případech je potřeba pomoc jen na začátku nebo pro získání si pozornosti, vysvětlují autoři.

1.1.7.3 Přímá asistence

Podle Thorové (2016) jde o asistenci, kdy dítěti například podáváme pomůcky a dítě nám má pomoci si pomůcky vzít nebo uklidit. Demonstrace pedagogem či rodičem, kdy úkol napřed předvedou a dítě ho potom zopakuje – opakující se pohyb lze u dětí dle autorky využít u dětí, které mají rádi opakující se rutinní činnosti. Do již známého postupu můžeme zařadit nové úkoly, doplňuje Thorová.

1.1.7.4 Pomocí signálů

Pomocí neverbální komunikace – signálů můžeme dle Schoplera, Reichlera a Lansinga (2011) povzbudit dítě ke splnění úkolu – například pokýváme hlavou směrem ke dveřím nebo dítě popostrčíme. Takové signály lze doporučit jen v případě potřeby a ve chvíli, kdy dítě reaguje správně, tak je můžeme omezit nebo je úplně vynechat, popisují autoři. Také dodává, že pantomima slouží k naznačení úkolu a při použití gest a slovních pokynů by měl být pedagog schopný poznat, kolik informací dítě zjistilo z pokynů a kolik z gest. Švarcová (2011) si myslí, že výchova a vzdělávání těchto dětí je vedena s cílem rozvinout sociální interakci, komunikační dovednosti a vzdělávání.

1.2 Terapeutické metody

1.2.1 Terapeutické metody určené osobám s diagnózou spadající do sféry PAS

Nyní se dostáváme k hlavnímu tématu mé práce, terapeutickým metodám bude věnován prostor v praktické části. Terapeutických přístupů ke zvládání projevů autismu a zlepšování kvality života jedince s autismem (nikoli k jeho plnému vyléčení) existuje celá řada. Jednotlivé metody budou představeny v následujících odstavcích a podrobněji budou rozebrány v praktické části.

1.2.1.1 Stimulační terapie

Dle Müllera (2014) je jednou z metod například terapie sebepoškozování. V USA podobná terapie probíhá za využívání metod poslechu hudby, pozitivní emocionální stimulace a doteků terapeuta – tento přístup je označován jako stimulační terapie, využívá se, aby se snížily projevy sebepoškozování, protože autisté se sebepoškozováním na sebe snaží upoutávat pozornost, vysvětluje autor.

1.2.2 Terapie redukující dopady

Dále je možné podle Gerlichové (2021) uplatňovat metody volné improvizace, kreativní nebo behaviorální muzikoterapie nebo ještě FMT metody. Tyto metody jsou využívány jako terapie, které snižují dopady PAS.

1.2.2.1 Volná improvizace

Volná improvizace v hudbě dle Kantora, Lipského a Weber (2009) umožňuje dosáhnout jedinci nového pozitivního zážitku, který nemusí být spojován či dáván do vztahu

s žádným z případných předchozích selhání jedince, který se jí věnuje. Autoři dále uvádějí, že mnoho dětí s PAS používá hudbu, protože v ní nemusí respektovat žádná pravidla a je pro ně takovým útekem od reality.

1.2.2.2 Muzikoterapie

Kantor, Lipský a Weber (2009) popisují, že je to terapie za pomoci hudby, zvuku, rytmu, melodie či harmonie za přítomnosti kvalifikovaného muzikoterapeuta. Cílem je rozvinout komunikaci, sebevyjádření, rozvinout potenciál a rozvinout jedince tak, aby mohl vést kvalitnější život, vysvětlují autoři. Autoři si také myslí, že hudba má vliv na celé psychosomatické ústrojí člověka. Podle Romanowska (2005) spojují muzikoterapii prvky z různých oblastí, jako je například medicína, psychologie nebo hudební pedagogika. Rakouský psycholog Kehl (Kehl in Zeleiová, 2007) také věří, že hudba má zvláštní a nenahraditelné blahodárné účinky na psychiku člověka. Hudba má bezprostřední vyjádření a osoba s PAS může pomocí hudby vyjádřit své emoce, také má relaxační účinky, takže se klient uvolní, vysvětluje autor. Valenta (2011) si dokonce myslí, že muzikoterapie dokáže změnit chování a myšlení člověka, a můžeme ji tudíž chápat jako léčbu hudbou nebo pomoc člověku hudbou. Podle Pipekové a Vítkové (2000) se můžeme s muzikoterapií setkat v České republice všude v zařízeních pro osoby se speciálními potřebami, kde se využívá jako podpůrná terapie. Osobám s PAS pomáhá hlavně v komunikaci a usnadňuje navazování sociálních vztahů. Thorová (2016) se shoduje, že muzikoterapie je u dětí s PAS velmi úspěšná, nejedná se dle ní o placebo efekt, protože mnoho dětí s PAS má rádo hudbu a hudba je velmi uklidňuje. Moor (2010) zase poukazuje na to, že ne pro úplně všechny děti s PAS je hudba dobrá, protože někteří jedinci mohou být citliví na zvuky, při využívání různých hudebních nástrojů je proto nutné sledovat reakci dítěte na hudbu, aby nedocházelo k tomu, že je dítě ve stresu nebo má strach. U dětí, které mají hudbu naopak rády a muzikoterapie na ně zabírá, zase upozorňuje na riziko, že mohou být na hudbě závislé a odmítat jiné terapie.

1.2.2.3 FMT

Dle Grochalové (Grochalová in Kantor, 2009) se jedná o tanečně pohybovou terapii, švédskou metodu muzikoterapie, která se zaměřuje na stimulaci celého těla. Dle autorky FMT ovlivňuje a stimuluje vývoj motorických a kognitivních funkcí, emocionálních funkcí a vnímání. Nejvíce je vhodná pro děti s Aspergerovým syndromem. Metoda

FMT používá klavír a bicí nástroje, má přesnou strukturu a klientům přináší pocit uvolnění a relaxace (Autismus bez cenzury, © 2021).

1.2.3 Farmakoterapie

Ošlejšková (2006) popisuje, že obecně je možné terapii autistických jedinců rozlišit do tří základních proudů – farmakoterapie, pedagogické vedení a psychoterapie. Podle Kumara (2012) můžeme v rámci terapeutických metod hovořit o farmakologických naopak nefarmakologických metodách.

Podle Leifer (2004) nelze možnosti farmakoterapie v případě jedinců s PAS opomíjet, protože autistům bývají ve většině případů předepisována speciální léčiva. Schmidtová (2016) vysvětluje, že farmaka se využívají u autistů za účelem zlepšování jejich celkového stavu, tak aby je bylo možné zapojit do školní práce a rodinného života. Tyto léčiva mohou přispět k lepšímu vnímání sociálních signálů a k utváření přiměřených reakcí na okolní podněty a na společnost jiných lidí, popisuje autorka. Doplnuje, že díky farmakoterapii, ale i jiným terapiím (musí být kombinace různých metod) dochází ke zlepšování kvality života jedince s autismem, ale i celé jeho rodiny. V zahraničních zdrojích je možné se dozvědět, jak uvádí Matson (2009), že psychoaktivní medikamenty mohou v terapii osob s PAS hrát velkou roli zejména v případech, kdy jedinec vykazuje chronické a závažné rysy problematického chování a nedochází u něj k uklidnění a pozitivním výsledkům při nefarmakologických způsobů zmírňování projevů autismu. Kumar (2012) zmiňuje, že k farmakům podávaným autistům je možné doplnit psychotronika, což jsou látky působící proti neurozánětům nebo látky určené k imunologické léčbě.

1.2.4 Behaviorální terapie

Ošlejšková (2006) zmiňuje, že ačkoliv mohou farmaka zlepšovat některé symptomy autismu, přesto je nezbytné včasné zahájení nefarmakologických terapeutických postupů. Autorka zejména hovoří o kognitivně behaviorální terapii a také o speciálně pedagogickém vedení autistického jedince a jeho rodiny. Tyto informace potvrzuje i autorka Pátá (2007) a ve své publikaci jako jedinou prokazatelně úspěšnou metodu pomoci dětem s diagnostikou PAS uvádí speciálně pedagogickou péči, která využívá metodiky kognitivně behaviorální terapie – na základě dané metody dochází k tomu, že

je dětem umožněno pochopení okolního světa, a právě k tomu dopomáhají speciální pedagogové.

1.2.4.1 Kognitivně behaviorální terapie

Šedibová a Vladová (Šedová a Vladová in Lechta 2010) mají názor, že metody terapie autistických jedinců hodně souvisejí s jejich edukací. KBT je přitom podle nich využívána ve snaze terapeutické zvládnání problémového chování jedinců s autismem, jako je agrese, křik, jejich nejrůznější rituální chování nebo nezvladatelná hyperaktivita. Leifer (2004) uvádí, že je to terapeutický přístup, který pomáhá jedinci porozumět tomu, jak přemýšlíme o světě, okolí a o něm samotném. Web Psycholog Praha (2022) uvádí, že KBT terapie je krátkodobá, ale strukturovaná. Podle webu je terapie krátká, cílená a terapeutický vztah je založen na otevřené, aktivní spolupráci, zaměřuje se na konkrétní a jasně definované problémy a hlavním cílem KBT je soběstačnost klienta.

1.2.4.2 Loovasova intenzivní behaviorální terapie

Podle Říčana a Krejčířové (2006) je jednou z metod kognitivně behaviorální terapie například takzvaná Loovasova intenzivní behaviorální terapie. Thorová (2016) popisuje, že autorem této terapie je behaviorální terapeut amerického původu Ole Ivar Lovaas a tato metoda je schopna při četnosti 30–40 hodin uplatňování na dětech v raném věku za týden snižovat nebo alespoň vyrovnávat vrozené deficity, které jsou pro autisty charakteristické.

1.2.4.3 Aplikovaná behaviorální analýza

Další metodou spadající do kategorie behaviorálních terapií je takzvaná aplikovaná behaviorální analýza – uváděná též pod zkratkou ABA.

Dle Richmana (2008) se jedná o metodu, kdy sledujeme chování klienta, které hodnotíme, a učíme jej chování nové. Vysvětlit to podle autora můžeme například na případu, kdy dítě zahodí hračku. Abychom se dozvěděli, proč ji zahodilo, musíme vědět, co tomu předcházelo nebo proč to chtělo udělat. Po vyhodnocení situace a zjištění příčiny jeho konání jej můžeme učit novému chování, vysvětluje autor. Autor také zmiňuje, že nové chování by mělo být zafixováno, ať už pochvalou, něčím novým nebo třeba i oblíbeným jídlem dítěte. ABA je Podle Integračního centra SASOV (2021) ABA vychází z principů učení a chování, kdy se zabývá funkčním vztahem prostředí člověka a jeho chováním – na základě podrobně provedené analýzy je zjišťováno,

„pročurčité chování vzniká a jak ho modifikovat“. Thorová (2016) píše, že zkratka vzešla z anglických slov Applied Behavior Analysis. Počátky analýzy jsou datovány do 60. let 20. století – jejím autorem a průkopníkem byl Lovaas, ABA vzniká z již dříve zmiňované intenzivní behaviorální terapie daného terapeuta. V internetovém článku s názvem Co je autismus, jaké to je být autista, nebo mít Aspergerův syndrom (2021) je možné se k analýze dočíst, že to je poněkud kontroverzní metoda, jelikož vychází z myšlenky, že chování autistů je vlastně špatné a dobré projevy jsou naopak v rámci analýzy pod dohledem terapeuta posilované a odměňované. Dále se v článku uvádí, že je daná metoda velmi časově a finančně náročná a je téměř nemožné, aby se jí věnovali rodiče doma, přesto je v České republice jako jediná veřejně dostupná pro osoby s PAS. Perlínová (2019) píše, že by měla být v České republice do budoucna zákonem ustanovena profese terapeuta neurovývojových poruch, který by měl přehled o jednotlivých terapiích, které jsou vhodné pro děti s autismem.

1.2.4.4 Kognitivní terapie

Vedle kognitivně-behaviorální či behaviorální terapie jsou u autistů v praxi užívány také postupy kognitivní. Dle Integračního centra SASOV (2021) v rámci kognitivní terapie dochází ke snaze působit na to, jakým způsobem konkrétní osoba vnímá a následně také interpretuje určité podněty, protože za příčinu psychických poruch jsou v jejím rámci považovány iracionální myšlenky nebo předpoklady. Podle webu Arcada (Neuro Medical Center, 2021) působí se snahou na kognitivní fungování osob s diagnózou autismu terapeutické metody orientované na neurorehabilitaci.

1.2.4.5 Multismyslově koncipované programy

Dle Perlínové (2019) se v České republice na aktivaci kognitivních center soustředí například multismyslově koncipované programy označované jako AUTIS, které jsou vhodné pro děti s PAS a pro jedince, kteří vyžadují ucelenou rehabilitaci zahrnující například fyzioterapii nebo logopedii, a jsou založeny na kombinaci hudby, jazyka a pohybu.

„Čím více se zlepšuje tělesná organizace, tím více se zlepšuje organizace mozku. Čím více se zlepšuje organizace mozku, tím lépe člověk dokáže zpracovávat informace z prostředí a zároveň se zlepšuje jeho pozornost a schopnost učení“ (ARCADA: Neuro Medical Center, 2021). Podle Vingrálkové (2016) má na autisty pozitivní vliv pohyb

a cvičení v rámci terapeutické snahy. Takahashi, Matsushima a Kato (2019) píšou, že se pohybové metody terapie autistů odrážejí také v aplikaci tanečně pohybové terapie, která je právě směřována ke klientům s danou diagnózou. Použití této terapie jako léčebné metody pro děti i dospělé s PAS bylo zkoumáno odborníky, kteří přišli na to, že například díky principu zrcadlení dochází u lidí s autismem ke zlepšení jejich sociálních dovedností.

1.2.5 Neurovývojová terapie

Podle JAN (Jdeme autistům naproti, 2019) příčinou problému v oblasti učení a chování mohou být přetrvávající primární reflexy, které je nutné na základě cvičení přirozeně potlačovat, aby bylo možné díky posturálním reflexům nastartovat celkový vývoj dítěte. AUT centrum o. p. s. (Centrum terapeutické péče a dětí s autismem a poruchami chování, 2021) udává, že když zmíněné reflexy u jedince přetrvávají, jde potom o kontraproduktivní stav, protože mohou negativně zasahovat smyslové vnímání, řečové schopnosti nebo procesy učení a celkově celou komunikaci. Podle Kukly (2016) je neurovývojová terapie vhodná pro jedince s PAS, protože autismus je sám považován za neurovývojovou poruchu. Jedná se o terapeutickou metodu, která může najít příčinu mnoha problémů učení a chování, ale je dobré jí doplňovat o postupy fyzioterapie, postupy speciální pedagogiky nebo o senzorickou integraci. Neurovývojové metody práce v rámci terapií pak úzce souvisejí také s ergoterapeutickými postupy (Krivošíková in Jelínková, 1999).

1.2.6 Komplexní přístup

Dále je podle CTA (Centrum terapie autismu, 2017) možné v návaznosti na neurovývojové metody terapie zmínit také metodu označovanou v angličtině jako Open Therapy of Autism, která je pro děti a představuje komplexní terapeutický přístup. Je určena především pro děti s pervazivní vývojovou poruchou, neurovývojovou poruchou nebo behaviorální poruchou, vysvětlují v článku. Tato metoda terapie osob s PAS je založena na mikroanalýze chování jedince, principech kontaktu a principech úspěšné komunikace – dle webu se v podstatě jedná o variaci úspěšné ABA metody. Web dále uvádí, že terapie zahrnuje například video trénink pozitivních interakcí, který se označuje zkratkou VTI v jazyce anglickém, potom vizualizaci, zpětnou vazbu, podporu attachmentu, podporu rodiny, individuální přístup a řadu dalších faktorů. V online interaktivním katalogu jevů a služeb pro rodiny a děti (2019) je uvedeno, že metodou

terapeutického přístupu k osobám s autismem je také právě video nácvik interakcí, který může být prováděn i mimo uváděnou Open Therapy of Autism metodu.

1.2.7 Strukturované učení

Při terapii autistů nemůžeme zapomenout na takzvané strukturované učení. Podle Průvodce RVPPV (2016) metodika strukturovaného učení totiž vychází z teorií učení a chování, její základ vychází z TEACCH programu a Loovasově intervenční terapii. Pasz a Plechatá (2020) uvádí, že strukturované učení umožňuje nácvik sociálních dovedností u autistů. Vermeulen (2006) píše o tom, že právě nácvik sociálních interakcí je také jednou z metod terapie autistů. Strukturované učení bylo vytvořeno zejména pro děti a žáky s autismem a obecně pro jedince s vývojovými poruchami, kteří mají problémy s komunikací, dodává autor. Pro osoby s PAS jde tuto metodu využívat pro pestrost a odlišnost – dané učení vychází z vývojového modelu, kdy na základě psychologických poznatků dochází k porovnání odlišností zdravých dětí a vývoje dětí s vývojovým opožděním, proto aby bylo možné si zapamatovat potřeby dítěte a přizpůsobit mu tak učení, vysvětluje autor.

Pro metodu strukturovaného učení jsou podle Informačního centra SASOV (2021) charakteristické tyto body:

- úzká spolupráce s rodinou;
- aktivní generalizace dovedností – díky ní dochází k prostupnosti školního prostředí s prostředím doma;
- integrace autistů do společnosti;
- přímý vztah ohodnocení a intervence;
- aktivní pedagogická intervence – řešení problematického chování;
- pozitivní přístup k jedincům s problematickým chováním nebo těžkým mentálním handicapem (i tyto děti lze vzdělávat).

1.2.7.1 TEACCH program

Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children – Léčba a vzdělávání dětí s autismem i jiným komunikačním handicapem – zkráceně tedy TEACCH. Podle webu Autism speaks (2021) je tento program terapie autistů založen právě na zmiňovaném strukturovaném učení, poskytuje pedagogům nástroje a strategie, které lze využívat při vzdělávání žáků ve třídách, a napomáhat tak žákům

s autismem k tomu, aby dosáhli stanovených cílů nejen vzdělávacích, ale i terapeutických, a to díky podpoře smysluplného zapojování se do aktivit. Výhoda daného programu spočívá v tom, že je možné ho aplikovat i s dalšími terapiemi, uvádí web. TEACCH program podle Richmana (2008) vznikl v USA za spolupráce rodičů a terapeutů z toho důvodu, že mnoho lidí i odborníků tvrdilo, že děti s autismem jsou nevzdělatelné. Touto metodou se mělo dokázat, že vzdělatelné jsou, vysvětluje autor. Autor také shrnuje, že TEACCH program je založený na třech základních principech a individuálním přístupu, strukturalizaci a vizualizaci.

1.2.7.2 Komunikační terapie

Podle Kejklíčkové (2016) je nutné osoby s autismem podporovat hlavně v oblasti komunikačních dovedností. U jedinců s PAS jsou proto využívány postupy komunikační terapie a logopedie (Centrum terapie autismu, 2017). Thorová (2016) vyjadřuje přesvědčení o pozitivním působení terapie objektivním na osoby s PAS – cílem by mělo být navození zájmu o sociální kontakt a doslova postupné osvobození od autismu jako takového. S autisty je v praxi pracováno také metodou drama terapie, což je terapie zaměřená na hraní divadla, jak píše Müller (2014). V případě malých dětí lze dle autora mluvit o možnosti využívání metody jednak už zmiňované hudební terapie, arteterapie, což je terapie výtvarným uměním, herní terapie. Všechny tyto metody spatřuje jako vhodné hlavně pro děti, protože jsou pro ně zábavné, a reagují na ně tudíž pozitivně. Herní terapie je podle Valenty (2011) pro autisty také vhodná, ale zároveň je nutné brát ohledy na nízký stupeň jejich herních dovedností a budovat herní poslušnosti pomocí jednoduchých technik, jako je zrcadlení nebo napodobování. U dětí s PAS je možné také do určité míry využívat terapeutickým způsobem počítačové hry, jak píše Vávrová (2016). Ponechalová a Lištiaková (2010) uvádějí, že poměrně zajímavou terapeutickou metodu práce s autisty je možnost využití Snoezelenu. Podle Fertalové a Ondriové (2020) funguje Snoezelen na základě zážitku a prožitku, který vyvolává určitou zkušenost a klient se tuto zkušenost postupně učí. Jedná se o místnost, která působí na smysly klientů – je v přítmí, využívá různé projekce, hudbu, různé světelné pásy, a díky tomu klienty stimuluje, popisují autorky. Dle Kumara (2012) můžeme o tomto zařízení uvažovat jako o možnosti terapie v oblasti senzorické integrace jedince. Možnost pozitivního působení na autisty představuje i pracovní a činnostní terapie. Müller (2014) i Valenta, Michalík a Lečbych (2018) se shodují, že se v zásadě jedná o dvě překrývající se terapeutické metody, přičemž jsou obě založeny na manipulaci

s materiálním okolím – předměty, materiály nebo suroviny, které by měly vést ke změně chování, přemýšlení, ale i emočního prožívání člověka společensky přijatelným směrem. Terapie také využívá prvky dětské hry, doplňuje autor. Podle JAN (Jdeme Autistům Naproti, 2019) je přitom herní terapie sama o sobě považována za vhodnou podpůrně terapeutickou metodu práce s autisty. Jako další doporučovanou podpůrnou terapeutickou metodu práce s autisty jmenují metody ergoterapie. Krivošíková (2011) píše, že ergoterapie znamená v překladu léčba prací, jedná se tedy o odlišné pojmenování pro již popsanou pracovní terapii. Bumin, Huri, Salar a Kayihan (2015) si myslí, že ergoterapie poskytuje výhodu při řešení problémů každodenního života, které musí autisté a jejich rodiny běžně řešit. Pracovní terapeuti v rámci výkonu své profese nabízejí plno terapií určených jednotlivcům s PAS – tyto jim jsou doporučovány nebo přiřazovány na základě jejich problémů a deficitů, zmiňují autoři Gee, Peterson a Nwora (2018).

1.2.8 Práce se zvířaty

Mezi metody práce s autistickými klienty také patří postupy, při nichž jsou využívána různá zvířata. Podle JAN (Jdeme Autistům Naproti, 2019) jde například o canisterapii – terapii se speciálně vycvičeným psem, hipoterapii – terapii, která využívá koně, nebo felinoterapii – terapii za pomoci speciálně vycvičených koček.

Podle Říhové (2018) je také možná kraniosakrální terapie – jedná se o jemnou metodu založenou na dotyku, kdy jemně působíme na kosti a tkáně, čímž uvolňujeme napětí, které může způsobovat senzorické, motorické nebo mentální dysfunkce. AUT (Centrum o. p. s. Centrum terapeutické péče a děti s autismem a poruchami chování, 2021) uvádí, že pro autisty je daná terapie vhodná kvůli tomu, že během ní dochází ke snižování abnormální citlivosti mozku a těla, jejich tenze, zánětlivých procesů, a naopak k ustavování přirozeného rytmu organismu – všechny tyto principy vedou k navýšení účinnosti nervového systému, a tedy často i k redukování příznaků PAS – dochází tímto způsobem například k přirozenému zvýšení socializace dítěte.

1.2.9 Alternativní metody

Mezi další terapeutické metody, jak uvádí Říhová (2018), spíše alternativně zaměřené, patří i speciální stravovací přístup, například GFCF dieta, tedy způsob výživy, kdy autista vylučuje z jídelníčku lepek a kasein, a naopak do něj začazuje množství jiných,

mnohem prospěšnějších látek, jako jsou multivitaminy a stopové prvky. Toto tvrzení potvrzuje i autorka Schmidtová (2016), podle které strava může přispět k lepšímu vývoji autismu. O tom, že terapie autistů vedená skrze stravování je skutečně alternativní metodou práce s klienty s PAS, vypovídá i fakt, že toho o ní není příliš mnoho napsáno v odborných publikacích, ale na druhou stranu tuto možnost doporučuje řada moderních kuchařek a dalších alternativních publikací určených pro širokou veřejnost, zmiňuje Roberts s Pillowem (2013).

Podle Říhové (2018) jako další alternativní metodu můžeme zmínit apiterapii, která využívá působení včel a jejich produktů na organismus a je možné ji využívat u autistů. Autorka jako další terapeutickou pomoc autistům zmiňuje aminokyselinovou léčbu, která zejména u dětského autismu může vést ke zlepšení vnímání okolí a sebe sama, dále také ovlivňuje plynulost řeči nebo samostatnost jedince. Autorka také představuje málo známou metodu tzv. biofeedbacku, jež je zaměřena na harmonizaci, stabilizaci a zrychlení mozkové činnosti v důsledku vzniku nových nervových spojení a zvyšování plasticity mozku. Můžeme to využívat při terapii vrozených poruch nebo v rámci tréninku schopností jedince. Další podpůrná terapie je podle JAN (Jdeme Autistům Naproti, 2019) relaxace, která blahodárně působí na tělo i duši jedince s autismem.

1.2.10 Ostatní metody

V závěru bude věnována pozornost metodám práce s autisty, které jsou označovány jako Handle program, Floortime a Son-Rise program.

1.2.10.1 Handle Program

The Handle (Institute, 2015) vede ke zlepšování tělesných funkcí, které u autistů dále mohou vést k lepší organizaci fungování mozku a lze skrze něj podporovat schopnosti jako například oční kontakt. Program funguje na základě každodenních pohybových aktivit s pomůckami, které vedou ke snížení prožívaného stresu u klienta. Bazalová (2017) uvádí, že program je hodně individuální, pro každého jedince je speciálně vytvořený plán.

1.2.10.2 Son-Rise

Programu Son-Rise se věnuje Bazalová (2017) a nelíbí se jí, že zakladatelé ho prezentují jako výjimečnou terapii, která dítě vyléčí. Podle ní je program účinný, ale dítě rozhodně nevyléčí, protože k léčbě autismu terapií ještě nikdy nedošlo. Thorová

(2016) si také myslí, že prvky terapie jsou účinné, ale nevedou k vyléčení a že tato metoda nevede ani k výraznému zlepšení. Dále uvádí, že rodiče mají metodu hodně v oblibě, protože se mylně domnívají, že umí zázraky a dokáže autismus vyléčit. S tím rozhodně nesouhlasí. Podle webových stránek The Son-Rise Program for Autism (2021) jde o americkou metodu, která nabízí pomoc osobám s PAS, tato pomoc probíhá prostřednictvím interaktivní hry, kdy hlavním prvkem je princip připojování a cílem je rozvoj autistického jedince v sociální oblasti – přesně si můžeme přecíst, že „*prioritou je posílení vztahu autistického dítěte s blízkými lidmi, rozvoj smysluplné komunikace, prevence a řešení stresových situací*“ (Šance Dětem, 2021). Ti právě také píšou, že program umožňuje autistickým dětem dramatické zlepšení ve všech oblastech učení, komunikace, rozvoje i nabývání dovedností na základě udržování stimulačního individuálního domácího programu, který je orientovaný na dítě. Autorka také vysvětluje, že je lepší, když dítě pracuje s rodičem, protože ten se umí vžít do světa dítěte, což pedagog nebo terapeut nedokáže nikdy tak dobře jako rodič.

1.2.10.3 Floortime

Podle Šporclové (2018) je to program, který probíhá hravou formou a je určen hlavně pro menší předškolní děti, jimž má pomoci v komunikaci nebo v motorice. Autorka také vysvětluje, že se v tomto programu můžou hodně uplatnit rodiče, kteří tak mají možnost poznat svět svého dítěte. Během programu je aktivní hlavně dítě, dospělý přebírá nápady a je mu nápomocný, doplňuje autorka. Podle JAN (Jdeme Autistům Naproti, 2019) se jedná o metodu založenou na behaviorálních technikách podporujících rozvoj emočních a také intelektuálních schopností dítěte s autismem s tím, že bere v potaz také senzomotorické charakteristiky jednotlivých dětí. Metoda sestává z 6 až 8 sezení denně v délce trvání okolo 30 minut, a to v domácím prostředí s rodiči.

2 Cíl a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je charakterizovat jednotlivé terapie, které se využívají u dětí s PAS a dále prozkoumat možnosti terapií v České republice ve speciálních zařízeních, tj. jak tyto služby fungují, jaké terapie pro děti s PAS nabízí, jak často děti můžou dané terapie navštěvovat, jestli jsou terapie dostačující, případně jak terapeuti v zařízeních pracují.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou možné terapie pro děti s PAS?
2. Pracují terapeuti v rozdílném zařízení stejně?

3 Metodika výzkumu

V rámci této kapitoly bakalářské práce je představena metodika výzkumu a jsou popsány konkrétní výsledky realizovaného výzkumu v centrech pro děti s PAS.

3.1 Metodika výzkumu

V rámci metodiky výzkumu je představen nejprve samotný výzkum, jeho cíle, výzkumný soubor, harmonogram výzkumu a kódování. Pro tvorbu praktické části byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Jako metoda sběru dat byla vybrána technika vícezdrojového polostrukturovaného rozhovoru s terapeuty, kteří nezabývají dětmi s PAS. Polostrukturovaný rozhovor vychází s předem připraveného seznamu otázek. Pro obsahovou analýzu bude použita metoda kódování, z kódu vzniknou kategorie, které budou zpracované v ATLAS.ti. Výběrovým souborem budou terapeuti, kteří se zabývají s dětmi s PAS. Ve vztahu k vymezenému cíli bakalářské práce tvořili výzkumný soubor terapeuti ze zařízení z České republiky, konkrétně z hlavního města Praha, z Českých Budějovic, Tábora a Brna. Tito byli mnou osloveni přes telefon nebo e-mail uvedený na stránkách zařízení, případně byli osloveni vedením zařízení na moji žádost. Pokud měli terapeuti o výzkum zájem, domluvili jsme si termín osobního setkání za účelem realizace polostrukturovaného rozhovoru, kam jsem s sebou vzala informovaný souhlas, a uskutečnili jsme zhruba 20 minutový rozhovor. Rozhovory byly provedeny celkem s deseti terapeuty (informanty).

3.1.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Jak bylo uvedeno v teoretické části práce, při realizování edukace dětí s PAS není prakticky možné užívat striktně pouze jeden edukačně-terapeutický program nebo metodu. Je třeba se zamýšlet nad vhodnou kombinací programů a metod, přičemž je zcela na místě využít některou z forem alternativní a augmentativní komunikace a do edukace ji tak vhodně zařadit. Proto cílem praktické části této bakalářské práce je: analyzovat terapeutické programy a metody, které jsou při práci s dětmi s PAS využívány. Tento cíl bakalářské práce navazuje na následující výzkumné otázky:

- Které edukačně-terapeutické programy a metody jsou v analyzovaných centrech pro práci s dětmi s PAS nejčastěji využívány?
- Jaký je přínos terapeutických metod z pohledu pracovníků v centrech pro práci s dětmi s PAS?

- Která motivace při terapeutických metodách je z pohledu pracovníků v centrech pro práci s dětmi s PAS nejčastěji využívána?
- Je nabídka vzdělávání v České republice pro terapeuty dostatečná?

3.1.2 Popis výzkumného nástroje

Výzkumným nástrojem, který je zde použit, je kvalitativní výzkum. Jak uvádí např. Hendl (2016), jedná se o proces hledání porozumění. Tento nástroj je založen na zkoumání lidských nebo sociálních problémů.

Konkrétní metodou, která je zde využita je polostrukturovaný rozhovor. Hendl (2016) se o metodě polostrukturovaného rozhovoru vyjadřuje jako o rozhovoru, který představuje soubor základních otázek, které je nutno probrat, ale dovoluje informantovi hovořit o vlastních zkušenostech a perspektivách. Klíčem v rámci tohoto rozhovoru je dle Chráska (2016) vytvořit řadu otázek, které představují jakési závazné schéma. Otázky je možné v rámci rozhovoru zaměňovat podle situace a také je možné využívat otázky doplňující, které mohou pomoci blíže objasnit problematiku sledovaného jevu nebo zodpovědět, co tazatele zrovna k odpovědi zajímá. Chráska (2016) dále vysvětluje, že v kvalitativním výzkumu jde o porozumění jednotlivci v prostředí, ve kterém žije, studuje a které ho formuje a ovlivňuje. Rozhovory byly realizovány v centrech pro děti s PAS s deseti informanty. Součástí polostrukturovaných rozhovorů je i metoda aktivního naslouchání. Díky ní je potom možné předat komunikujícímu partnerovi informaci o tom, že jsou jeho názory, postoje a informace důležité. Je možné mu vyjádřit empatii a porozumění.

3.1.3 Harmonogram výzkumu

V první řadě byl vytyčen cíl výzkumu, následně byly stanoveny výzkumné otázky. Poté byly definovány otázky do rozhovoru. Dále byla dvě vybraná zařízení dotázána, zda je možné rozhovory uskutečnit. Po kladných reakcích byly poté realizovány samotné rozhovory s deseti pracovníky, a to v kanceláři nebo na zahradě daného zařízení. Jeden rozhovor byl na přání informanta realizován v kavárně dle jeho výběru, protože vedení si nepřálo osobní návštěvu v centru. Délka jednoho rozhovoru byla kolem 20 minut. V rámci rozhovoru došlo nejprve k seznámení se, potom byl představen informantům smysl mé práce a samotného výzkumu. Následně byli informanti požádáni o svolení s pořízením audio záznamu rozhovoru na mobilní telefon. Všichni odpověděli kladně. Ještě dostali mnou sepsaný informovaný souhlas, že souhlasí s rozhovorem i natáčením

pouze zvuku bez obrazu, kde byli informanti ujištěni, že výsledky výzkumu budou použity jen v rámci tohoto výzkumu. Rozhovory byly vedeny klidně, v přátelském duchu. Po samotném rozhovoru mnohdy debata pokračovala, přičemž byly pokládány doplňující otázky k tématu, které mě zajímaly. Po ukončení rozhovorů došlo interpretaci výsledků. Samotný harmonogram je uveden v tabulce 1.

Tabulka 1 Harmonogram výzkumu

Aktivita	Harmonogram
Cíl práce	1. 2. 2022 – 10. 3. 2023
Výzkumné otázky	6. 4. 2022 – 7. 3. 2023
Vytvoření otázek k rozhovoru	11. 4. 2022 – 15. 4. 2022
Dotaz na zařízení	16. 4. 2022 – 11. 2. 2023
Realizace rozhovorů	18. 4. 2022 – 8. 3. 2023
Interpretace dat a výsledků	8. 3. 2023- 29. 3. 2023

Zdroj: vlastní zpracování, 2023

3.1.4 Výzkumný soubor

Výzkum byl proveden s deseti informanty, zaměstnanci center zaměřených na práci s dětmi s PAS v České republice.

Tabulka 2 Identifikační údaje o informantech

Informant	Pracovní zařazení	Pohlaví
I1	Terapeut – terapie s prvky ABA a terapie s prvky O. T. A., terapeut zařazuje i prvky logopedie nebo prvky fyzioterapie, zooterapie.	Žena
I2	Terapeut –skupinové, individuální terapie, pohybové terapie.	Žena
I3	Terapeut – prvky metody O. T.A., výjezdy k rodinám – raná péče	Žena
I4	Terapeut – prvky ABA terapie, cvičení ve formě O.T.A.	Žena
I5	Terapeut – zooterapie, konkrétně canisterapie, hipoterapie.	Žena
I6	Terapeut – muzikoterapie.	Žena
I7	Terapeut – metoda ABA	Žena
I8	Terapeut – metoda O. T. A., prvky Teacch program	Žena
I9	Terapeut – metoda O.T.A., prvky ABA	Žena
I10	Terapeut – metoda VOKS, O.T.A. metoda	Žena

Zdroj: vlastní výzkum, 2023.

3.1.5 Kódování

Při zpracování této bakalářské práce byla použita analýza dat podle principu zakotvené teorie pomocí kódování. Podle Strauss, Corbinová (1999) jsou během této fáze údaje rozebrány, porovnávány podobnosti a rozdíly, vše je pečlivě prostudováno. Zde je voleno tzv. otevřené kódování. „*Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmu pomocí pečlivého studia údajů. Během kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly a také jsou kladeny otázky o jevech údajů reprezentovaných.*“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 44). „*Rozebíráním a konceptualizací je myšlen rozbor věty nebo odstavce a přidělení jména tomu, co bude zastávat nebo reprezentovat tento jev. V procesu kategorizace seskupujeme pojmy podobné s podobnými, ty, které se zdají, že přísluší stejnému jevu.*“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 44). V této práci byly porovnávány odpovědi informantů, tyto odpovědi byly rozděleny na odpovědi totožné, respektive podobné, a odpovědi rozdílné. Výsledky kvalitativního výzkumu byly v závěru zhodnoceny ve vztahu k danému cíli. V tabulce 3 je patrný výčet jednotlivých kategorií a kódů. Kategorie jsou tvořeny z otázek položených jednotlivým informantům. Na základě odpovědí na tyto otázky prostřednictvím otevřeného kódování vznikly jednotlivé kódy, které jsou v následující části práce podrobněji popsány. Ke grafickému zpracování jednotlivých kategorií a kódů byla využita aplikace Atlas.ti.

Tabulka 3 Kódování

Kód	Kategorie	Kódy
1	Odlišnost využití metod v různých centrech.	Ano Ne
2	Charakteristika terapií pro děti s PAS a typy metod v centrech	Stimulační teorie Farmakoterapie Behaviorální terapie Neurovývojová terapie Strukturované učení Zooterapie Muzikoterapie Handle Program Son-rise Floortime Logopedie
3	Důvody využití rozdílných terapeutických metod v různých centrech	Zaměření centra Vzdělání terapeutů Individuální preference terapeutů Odlišné potřeby jedinců
4	Standardní délka terapeutické jednotky.	30 minut 45 minut 60 minut
5	Spolupráce s rodinou	Rodiče

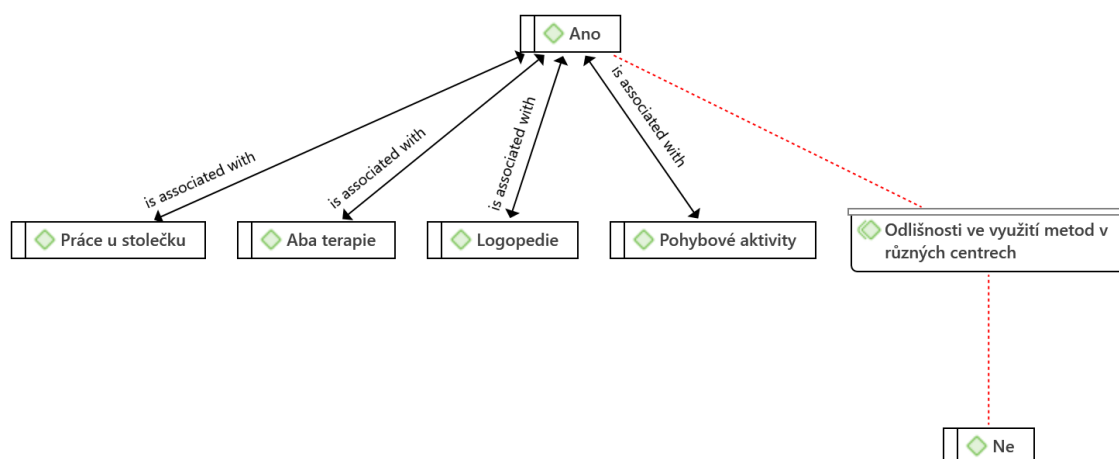
		Sourozenci Prarodiče Asistenti
6	Podstata spolupráce	Denní výměna informací o dítěti Spolupráce při terapii doma Edukace rodičů
7	Metody práce nebo komunikace během terapií u stolu či v místnosti	Jemná motorika Hrubá motorika Vizuální podpora
8	Motivace dětí s PAS	Pochvala Sladkosti Zvířata Pozitivní komunikace
9	Zásady při terapii s dětmi s PAS	Komunikace Individualita Respekt Motivace Struktura dne
10	Přínosy terapie s dětmi s PAS	Lepší komunikace Sebevědomí Ovládání emocí

Zdroj: vlastní výzkum, 2023

4 Výsledky výzkumu

Ve druhé kapitole této bakalářské práce jsou již představeny výsledky výzkumu.

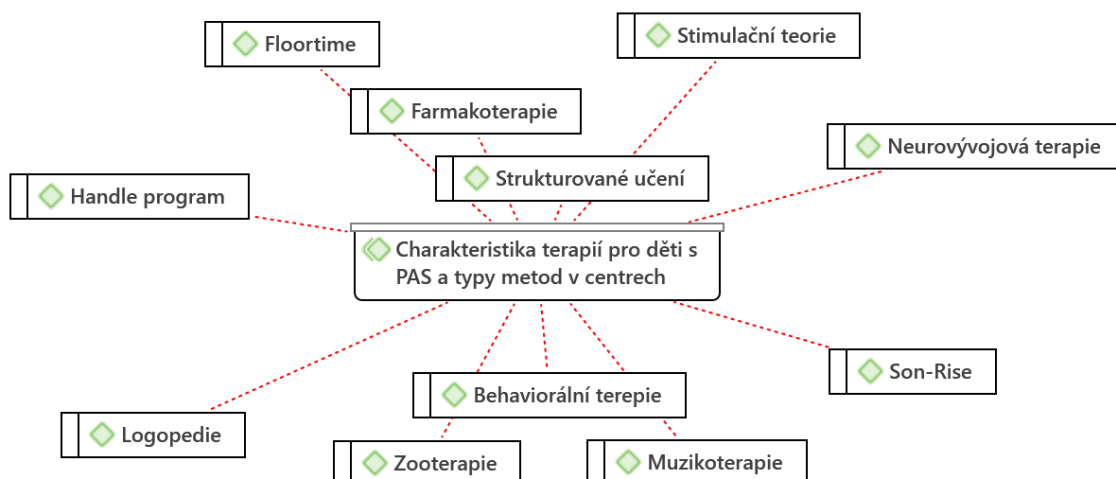
Odlišnosti ve využití metod v různých centrech



Obrázek 1 Odlišnost využití metod v různých centrech
Zdroj: vlastní výzkum, 2023.

Nejen v popsáných centrech jsou užívány různé terapie. Dotázaní jedinci se shodli na tom, že různá centra využívají různé terapeutické metody při práci s dětmi s PAS. Záleží také na současném rozpořádání klientů. Ti někdy chtějí u terapie např. více pohybu, nebo se nemůžou soustředit, terapeut si tak musí poradit a mnohdy mísí různé prvky různých terapií. Někdy terapeuti terapeutické metody okořeňují různými prvky, např. logopedií, pohybovými aktivitami nebo prvky ABA terapie. Na tom, že se při terapiích mísí prvky různých terapií se shodlo všech 10 informantek, nikdo neuvedl, že by používal striktně jen jednu metodu. Informantka I4 uvádí i zajímavý postřeh, že metody se liší nejen v každém centru, ale jsou různě užívány i v různých zemích. Konkrétně uvádí, že „v Americe se ABA dělá jinak, v Polsku se dělá úplně jinak, než se dělá v České republice. Tady je to vlastně úplně jako česká patlanice ABY, vůbec to není, jak to má být“.

Charakteristika terapií pro děti s PAS a typy metod v centrech

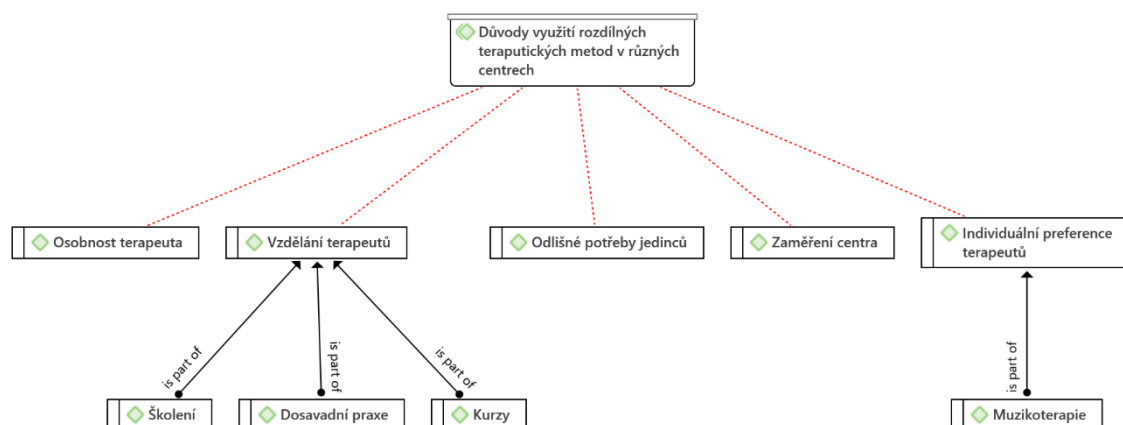


Obrázek 2 Charakteristika terapií pro děti s PAS a typy metod v centrech
Zdroj: vlastní výzkum, 2023.

Bylo zjištěno, že existuje široké spektrum terapií, které je možné při práci s dětmi s PAS využívat. Mezi nejzákladnější terapie se podle všech informantů řadí jednoznačně O. T. A terapie, jejíž prvky se v České republice používají dle informantů nejčastěji. Shodli se na tom všichni dotazovaní. Dále je to hipoterapie, fyzioterapie, logopedie, aplikovaná behaviorální analýza, Son-rise a Teacch program. Přitom v dotazovaných zařízeních jsou užívány různé metody. V konkrétních centrech se poté užívají různé metody. Informantka I1 uvedla, že u nich v centru se používá O.T.A metoda a terapie za pomoci zvířat – konkrétně mají poníka na hipoterapii, psa na canisterapii a kočku na felineoterapie. Informantka I2 poté doplnila metodu ABA terapii, O.T.A terapii, strukturované učení. Informantka I3 zde konkrétně uvedla: „V našem centru v současné době žádná vystudovaná terapeutka, proto se při práci vychází z O.T.A. podle Romany Štrausové z Prahy, který vede CTA – to je vlastně Centrum Terapie Autismu. Tedy metoda je volena proto, aby byla práce prováděna správně.“ V dalším zařízení je užívána ve velké míře zooterapie, tedy terapie za pomoci zvířat. Informantka I5 uvedla, že v centru „využíváme canisterapii, kde se využívají pejsci, využíváme hipoterapii, kdy mají terapeutického mini koníka, na kterém tedy děti nejezdí, je to terapie, kde s koníkem různě pracuje. Ještě máme tedy kocourka, a to je felineoterapie a máme tu ještě morčátka, a to je cavioterapie.“ Shodla se s informantkou I1, že děti terapie za pomoci zvířat mají velmi rádi. Obě informantky mi také říkaly, že některé děti se zvířat bojí, ale během terapie si zvyknou a odbourají i strach ze zvířat a terapii si užívají. Informantka I6 ze stejného zařízení dále zmínila, že se v centru kromě zooterapie

využívá dále muzikoterapie, fyzioterapie a arteterapie. Informantka I6 sama v centru vede muzikoterapii, proto o ní také mluvila. „Terapie jsou buď individuální, nebo skupinové. Ze začátku se doporučuje spíše individuální terapie. Z toho důvodu, aby se navázal kontakt s tím dítětem, abych si to dítě mohla nějakým způsobem pozorovat, diagnostikovat, v čem je problém nebo v čem budeme stanovovat cíle a po tomhle nějakým zhodnocením vlastně se začíná tedy většinou nějakou tou individuální terapií, kdy po stanovení těch cílů navazujeme kontakt, začínáme pracovat s tím daným cílem, postupně když už se to dítě aklimatizuje, tak se třeba i těší na tu danou terapii. Potom tedy jde už to dítě zařazovat i do té skupinové terapie.“ Informantka I7 vede v zařízení ABA terapii. Informantka I8 používá O.T.A. metodu a uvedla. „V podstatě vycházím ze strukturovaného učení – Teacch Programu. Z toho nejvíce využívám strukturu času, nějaký denní režim, cestovní proužky, aby se vědělo, kam se jde, strukturu při práci u stolečku, aby dítě vědělo, co má dělat, jak dlouho bude pracovat a kolik těch úkolů bude.“ Informantka I9 též používá O.T.A. metodu, ale využívá k ní prvky ABA. Informantka I10 používá VOKS metodu a prvky O.T.A. Uvedla, že s O.T.A. metodou je seznámená, může jí používat, ale není přímo terapeutka. Přesně uvedla: „My používáme hlavně metodu VOKS, což je výměnný obrázkový komunikační systém. Do toho používám Teacch Program, což je tak nějak propojený a tu O. T. A. metodu, jak jsem říkala na začátku, s tou jsem seznámená, můžu jí používat, i když nejsem přímo terapeut té metody, nepracuje se na tom.“

Důvody využití rozdílných terapeutických metod v různých centrech

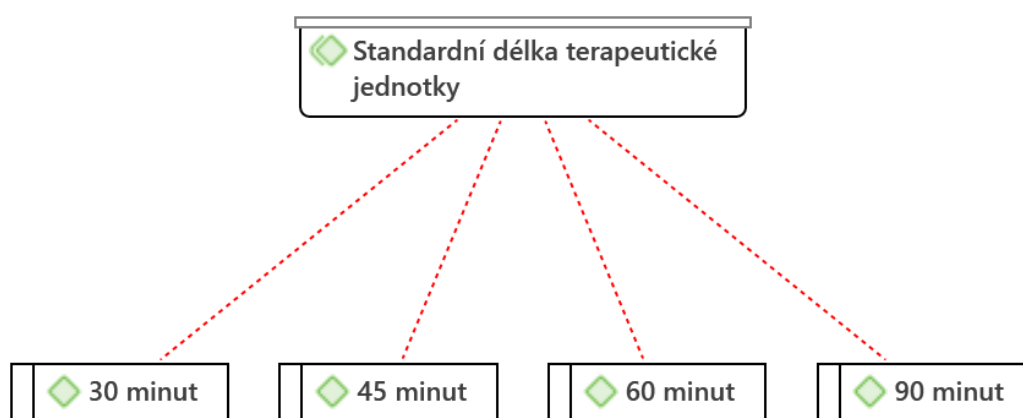


Obrázek 3 Důvody využití rozdílných terapeutických metod v různých centrech
Zdroj: vlastní výzkum, 2023.

Důvody využití rozdílných terapeutických metod jsou dány především různými terapeuty. Každý terapeut má své výstupy, podle toho se mění volené metody. Většinou práce terapeutů stojí na stejných principech, záleží ale i na osobnosti daného terapeuta. Shodný princip a základ vychází z použité terapeutické metody. Jako příklad uvedu canisterapii, kde je možné volit různé metody, přístup by měl být vždy individuální, ale podstata samotné práce je vždy shodná nebo alespoň velmi podobná. Jedním z faktorů, který má vliv na rozdílnost terapeutických metod je, kde daný terapeut vystudoval školu. Mezi další faktory patří kurzy, které terapeut absolvoval, a jeho dosavadní praxe. Informantka I3 tedy shrnuje: „*Tedy pro mě určitě je každý terapeut individuální člověk a myslím si, že do toho zasahuje jeho povaha, jeho znalosti, zkušenosti a to, jaké zkušenosti má s dětmi, jaké děti má v péči. Proto si myslím, že každá práce toho terapeuta musí být úplně rozdílná, protože míří pokaždé na někoho jiného a v našem oboru, kde pracujeme s dětmi s autismem, tam je to jako opravdu specifická skupina tak moc, že si myslím, že opravdu i terapeut musí na každého jinak působit a jiné metody využívat.*“ Informantka I6 uvedla, že rozdílnost v metodách je značná. „*Dost se liší, protože třeba muzikoterapie u nás není ještě úplně dobře zakotvená a každý ten muzikoterapeut má třeba trošičku jiné vzdělání, kurz, protože škola vlastně pořádne ještě v České republice není žádná škola, která by se na tuto problematiku zaměřila, kromě magisterského vzdělání v Olomouci. Takže vlastně ti muzikoterapeuti si prošli různými kurzy a každý ten kurz je vedený trošku jinou formou, takže je to rozdílné.*“ Informantka I8 si jako jediná z dotazovaných myslí, že by se užívané metody lišit neměly, i když připouští, že v tom hraje roli i osobnost terapeuta, jaký je to člověk.

Konkrétně uvedla: „Každý terapeut by měl pracovat ve všech zařízeních stejně a tu danou terapii vést podle pravidel, má něco vystudované, jsou na to principy a těch by se měl každý držet a postupovat podle nich. Ty lidi by měli mít stejné vzdělání, tudíž stejné poznatky. To nejde, aby pracovali terapeuti dané terapie rozdílně. I když každý člověk je jiný, nějaký terapeut je klidný a nějaký třeba hodně aktivní, tak se tam potom promítá spíš povaha konkrétního člověka.“ Jinak se ostatní terapeuti shodli, že se to trochu liší, že každé zařízení funguje jinak, každý terapeut do toho dá svoji osobnost, každé konkrétní dítě potřebuje něco jiného a důležitý je individuální přístup.

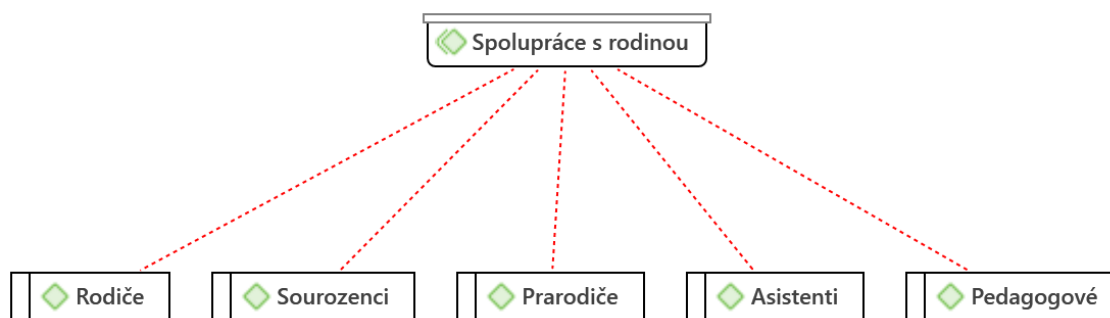
Standardní délka terapeutické jednotky



Obrázek 4 Standardní délka terapeutické jednotky
Zdroj: vlastní výzkum, 2023.

Informantky se shodly na tom, že délka terapeutické jednotky kolem 30 minut až 90 minut. 30 minut odpověděla jedna informantka a 90 minut odpověděla též jedna informantka. Ostatní informantky mluvily buď o 45 minutách nebo 60 minutách. Žádné jiné odpovědi zaznamenány nebyly.

Spolupráce s rodinou



Obrázek 5 Spolupráce se subjekty

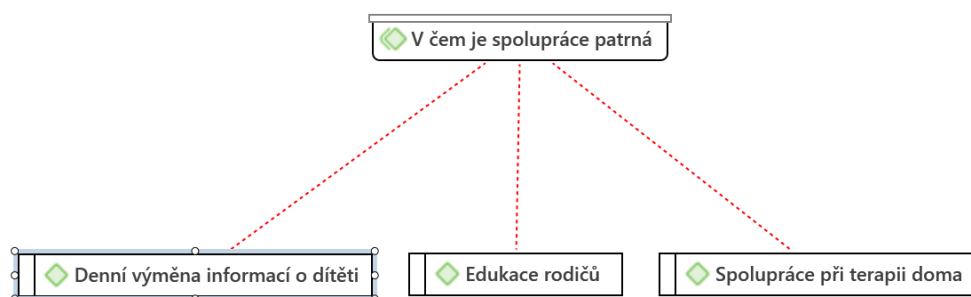
Zdroj: vlastní výzkum, 2023.

Spolupráce s rodinou a její edukace je podle informantek důležitá. Klíčovou úlohu zde hrají rodiče. S žádnými jinými lidmi, kteří znají dané dítě, většinou terapeuti do styku nepřijdou. Děje se tak pouze v ojedinělých případech, kdy např. dítě dovezou prarodiče nebo starší sourozenec.

Všechny informantky, s výjimkou informantky I6, se shodli na tom, že spolupráce je pro děti i pro ně samotné klíčová. Informanti se snaží ve velké míře s rodiči spolupracovat, a to při práci s dětmi, při jejich vzdělávání atd. Snaží se nastavit nejvyšší možnou míru spolupráce a mnohdy co nejvíce přátelský vztah, aby věděli o daném dítěti co nejvíce. Spolupráce je vesměs rodiči přijímána velmi kladně. Všichni se ale shodli na tom, že určité problémy existují a situace není vždy ideální. Záleží vždy na konkrétních rodičích, jestli to přijmou v plné míře nebo ne. Informantka I2 však uvádí, že někdy je problémem, že se rodiče nemohou shodnout, jak s dítětem pracovat. Informantka I2 k tomuto uvedla: „*Leckdy se setkávám, že maminka by hrozně ráda pracovala podle doporučení, ale tatínek to odmítá, protože si třeba ještě nedokáže tu poruchu u dítěte přijmout. Tím pádem tam ale není nastavený jednotný režim, kterým to dítě prochází, ani komunikační kanály, všechno je jinak každý den a v tom se s dítětem pracuje těžko.*“ Informantka I4 uvedla, že rodiče někdy také přímo neříkají, že s dítětem necvičili, neprobírali, co měli. Buď se za to stydí, nebo prostě jen nechtějí přiznat, že nestíhají. Takže někdy není spolupráce stoprocentní. Informantka I6 uvedla, že přímo v centru s rodiči dětí málo kdy přijdou do kontaktu, protože muzikoterapie probíhá ve stacionáři. Ale i přesto uvedla, že se již s několika rodiči setkala a mluvila s nimi. Zjistila, že jsou velmi spokojení. Poté uvedla: „*Vlastně jsem měla odezvu, že když si třeba dítě vyzvedli hned po muzikoterapii, že vnímali, že to dítě bylo jakoby klidnější, že i autistické dítě bylo najednou v klidu a někteří rodiče mi začali vlastně dávat i děti do*

individuální péče, takže k nim dojíždím domů. “ Nejvíce si na spolupráci s rodiči zakládá informantka I8, kde mají v centru dokonce v podmínkách, že když rodiče nechtějí spolupracovat, trénovat s dětmi doma, co je centrem doporučené, nemůžou zařízení navštěvovat, i když si to hradí. Konkrétně se mi k otázce vyjádřila: „Rodič musí spolupracovat, u nás to máme jako podmínku ve smlouvě, než dítě k nám začne docházet. Nestací něco dělat hodinu jednou za týden s dítětem v zařízení. Aktivně se musí zapojit celá rodina a věnovat se tomu dítěti každý den, co jim doporučíme. S rodiči po skončení terapie se vždy bavím, kolikrát je to delší rozhovor, než daná terapie a vysvětluju. Když to rodič nepochopí, tak k nám jeho dítě nemůže docházet i když si to platí. My nechceme, aby nám tu dítě někdo odkládal, my chceme vidět, jak se dítě posouvá a chceme vidět namotivovaný rodiče. Když to nefunguje, jak říkám, rozvážeme spolupráci. Těch dětí je hodně, čeká se tu dlouho a nechceme dávat energii do rodičů, co nechtějí. Rodiče a jejich práce je to gro a ne naše hodina jednou v týdnu. “

Podstata spolupráce



Obrázek 6 Podstata spolupráce
Zdroj: vlastní výzkum, 2023.

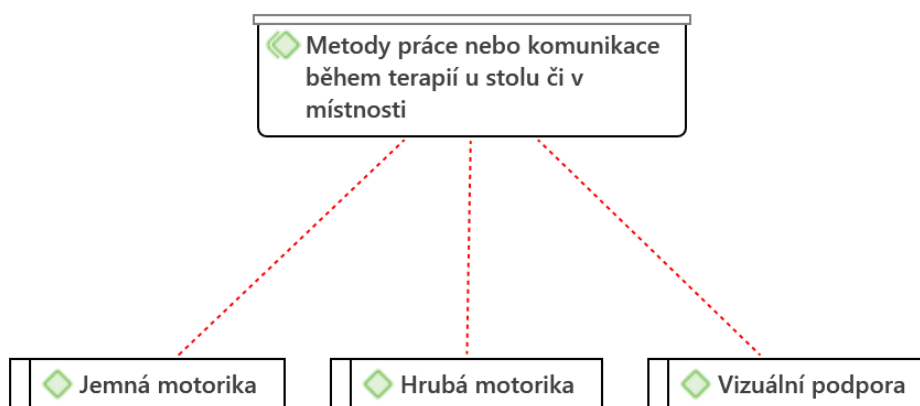
Spolupráce v první řadě staví na edukaci rodičů, jak se shodly všechny informantky, kromě informantky I6. Mnohdy podle informantky I1 rodiče malých dětí sami neví, jak s daným dítětem mají pracovat. Jak konkrétně informantka uvedla, je „*takzvaně úplně nepolíbený a neví, jak s tím svým vlastním dítětem pracovat, protože je to nějaká nestandardní situace a zjišťuji, že rodiče opravdu nejsou v České republice zrovna dvakrát edukováni. Ale není to tedy jen v Čechách, já si myslím, že je to celosvětově*“. Dále informantka I3 konkrétně uvedla: „*Učím vlastně rodiče, jak se k těm dětem chovat, jak se jim věnovat, vysvětluji jim určitá specifika. Po nějakém základním školení nám rodiče ukazují, jak s dítětem pracují, jak to u nich funguje a my jim případně poskytneme ještě nějakou zpětnou vazbu. Také rodičům představujeme pomůcky, ukážeme je i dětem, děti se s nimi nějak zabaví, my jim ukazujeme jak, pomáháme jim, dopomáháme,*

popisujeme. Takže je tam z mé strany nejdůležitější právě to popisování, že pojmenováváme všechno, co dítě vidí, slyší, dělají, cítí a podobně. To, co cítí i druzí, aby dítě vidělo a chápalo, vlastně co prožíváme. Takže jim ve své podstatě děláme takové zrcadlo, dalo by se říct.“

Informantky I1, I3, I4 se shodly na tom, že záleží na typu rodiče. Někteří chtějí spolupracovat a chtějí pomoci dítěti. Jiní naopak dítě jen dovezou, pak si ho odvedou a nic víc v tom není. Informantka I8 automaticky rozváže spolupráci s rodičem, který nespolupracuje a dítě v centru „odkládá“. Informantky I1 a I9 si myslí, že větší motivace je u rodičů, kteří si služby pro dítě platí sami. Informantka I1 k tomu konkrétně uvedla: *„Když je to placená služba, tak se rodič chová trochu jinak. My v zařízení sice máme služby zdarma, ale zkušenosti zrovna tady mám s rodiči dobré. Myslím si ale, že by mohli být ještě víc motivováni, kdyby si platili služby.“* V zařízení, kde pracuje informantka I9 se služby hradí a vyjádřila se: *„U nás jsou rodiče hodně namotivovaný a ten posun opravdu chtějí a spolupracují, jak můžou. Jdou k nám, že chtějí vidět výsledky, protože si za to zaplatí a ne málo. Vy byste chtěla platit 350 korun za hodinu, že někam dáte dítě a pak nebudete s centrem spolupracovat? To je průser třeba u logopedie. Dítě má na ní nárok zdarma, navštěvuje jí a rodič má doma dělat určité cvičení. Ne všichni to dělají, protože je to služba zdarma a ten rodič není potom tak dobře motivovaný.“*

Dále je spolupráce s rodiči patrná každý den při kontaktu s dítětem. Konkrétně zde informantka I2 uvedla, že je velmi podnětná obecná komunikace s rodiči. *„Např. ráno, kdy terapeut zjišťuje, jaký má dnes dítě den, jak dneska pracuje a jakou má vlastně náladu. A i po terapii opět sdělujeme, jak se mu při ní vedlo, jak probíhala, co se dělalo, jestli mělo dítě nějaký afekt nebo jestli nechtělo pracovat, ale i naopak, v čem se mu zrovna dařilo. Rodiče pak mají lepší zpětnou vazbu.“*

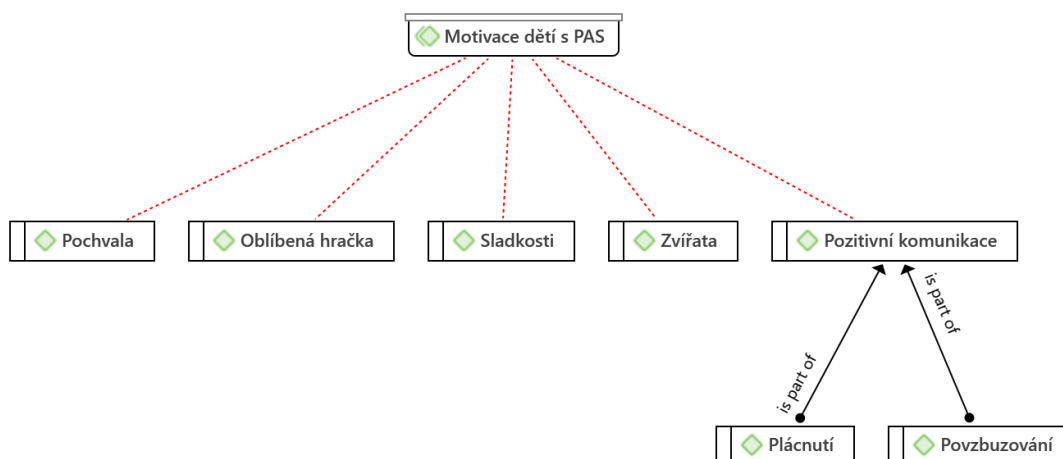
Metody práce nebo komunikace během terapií u stolu či v místnosti



Obrázek 7 Metody práce nebo komunikace během terapií u stolu či v místnosti
Zdroj: vlastní výzkum, 2023.

V případě práce u stolu, jsou děti s terapeutem u stolu. Zde jsou většinou užity aktivity zaměřené na jemnou motoriku. Pokud je problém v pohybových aktivitách, zaměřuje se terapeut i na hrubou motoriku. V případě problémů v chování, je možné pozornost zaměřit i na tyto problémy. Z pohledu komunikace je při práci s dětmi využívána vizuální komunikace, která je nejvíce využívaným nástrojem při práci s dětmi s PAS. Zde je využívána v největší míře komunikace terapeuta s kartičkami, kdy je využívána vizuální podpora. Když dojde dítě do centra, má hned v šatně u své fotografie obrázky toho, co se bude daný den dělat, jaké aktivity ho čekají. Informantka I4 přesně řekla: „Vizuálně se strukturuje celý ten čas, celá ta hodina, že třeba dítě bude pracovat, že nejdříve se třeba bude číst pohádka, potom si o tom budeme povídat a jako vždycky se to ještě úplně upraví. Na té příchodové tabuli to je jakoby obecně a potom na těch hodinách se to jakoby ještě více specifikuje těmi obrázky.“ Informantka I10 řekla: „Pracuji s dítětem pomocí vizuálních kartiček, aby vědělo, co má dělat, jaké úkoly ho čekají, jestli bude následovat třeba odpočinek nebo to používám, aby dítě vidělo, co má ještě před sebou.“ Informantka I3 uvedla, že díky tomu, že pracují metodou O. T. A, je ve své podstatě vše založeno na „efektivní komunikaci, podmiňování, což vlastně zase přichází z ABA, behaviorální techniky“. Informantka I3 zároveň dodala: „Hojně se při práci využívá i komunikace přes zvířata. Zvířata jsou silným motivačním prostředkem, i ten kůň je motivace pro to dítě, i fyzioterapie zase na rozvoj pohybu a tak, takže určitě ano“.

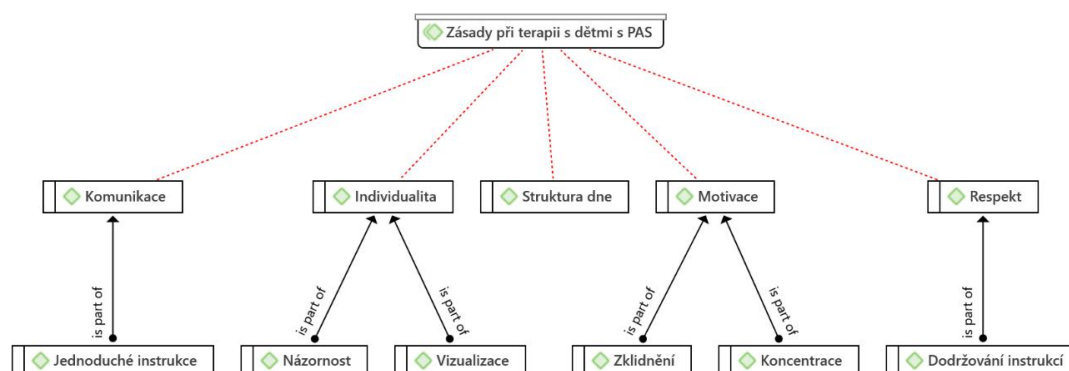
Motivace dětí s PAS



Obrázek 8 Motivace dětí s PAS
Zdroj: vlastní výzkum, 2023.

Motivace dětí s PAS pro práci je nesmírně důležitá až klíčová, jak se informantky shodly. Všechny informantky s tímto jednoznačně souhlasily. Pokud totiž není dítě motivováno v dostatečné míře, tak prostě pracovat nebude. Jak uvádí první informantka I1, je to „úplně takové „gro“ těch všech terapií. Je to taková alfa a omega pro toho terapeuta, že se musí naučit, jak dobře motivovat to dítě, aby to dítě s ním chtělo pracovat. Je to hrozně důležité“. Informantky se shodly na tom, že při motivaci se využívá především pochvala, pozitivní komunikace. Dle informantky I3 se jedná např. o samotné „plácnutí nebo i povzbuzování: To je super! Jde Ti to! A jakoby zvyšujeme intenzitu hlasu“. Dle informantky je tato motivace poté důležitá, protože „to dítě potom ví, že uspělo a jde mu to potom lépe“. Dále informantky I1, I2, I3 a I4 uvedly, že dále děti motivují sladkostmi, dále hračkou či jejich oblíbenou věcí. Jedná se zde i o motivaci sociální, což dle informanta znamená „třeba i pohladit od maminky, když třeba uděláme tenhle úkol“. Informantka I3 k tomu ještě dodala: „Jo, takže tam se využívá široké spektrum těch pomůcek a motivací. Informantky I4, I5 a I6 uvedly, že jsou motivací i samotné hry. Informantky se také zaměřují na oblast očního kontaktu a na podporu. Informantky I7 a I9 se shodly, že nemají rádi, když se děti motivují sladkostmi, protože je s nimi potom těžší spolupráce, nehledají, co dětem udělá radost, aby měli nějakou odměnu. Může to být relaxační cvičení, chvíle malování s dítětem nebo informantka I9 uvedla, že dítě si kolikrát rádo jen tak povídá o něčem, co ho zajímá.

Zásady při terapii dětí s PAS



Obrázek 9 Zásady při terapii dětí s PAS

Zdroj: vlastní výzkum, 2023.

Zásady při práci s dětmi s PAS jsou dle informantek různé. V první řadě je důležitou zásadou jednoduchá komunikace, v krátkých a holých větách. Na tom se shodly všechny informantky. Informantka I1 doplnila: „Instrukce by tedy měly být jednoduché. Vhodné je dětem nepokládat moc otázek, prostě spíš dát instrukci, aby dítě provedlo nějakou činnost.“ Dle první informantky je to proto, „že kolikrát to dítě ani té otázce pořádně nerozumí, takže abychom jim to usnadnili, to jejich vnímání a chápání“.

Dále se informantky shodly na tom, že důležitou zásadou při práci s dětmi s PAS je rozhodně respekt. Je to respekt k tomu dítěti jako k živé bytosti a nechovat se k nim jako ke kusu hadru nebo jako k psovi, jako se to někde děje.

Další zásadou je to, že se musí vždy dodržet to, co dítěti terapeut řekne, na tom se shodly informantky I1, I2, I3, I5, I6, I9 a I10. Dle informantky I1 to znamená: „Když mu řeknete, že teď bude práce a potom bude přestávka, tak to fakt takhle udělat a navzdory tomu, jak on na to bude reagovat. V momentě, kdy by třeba chytil nějaký záchvat, tak zase to adaptujete na tu danou situaci, takže mu třeba řeknete: jo, tak to rychle doděláme, já ti pomůžu a potom bude přestávka.“

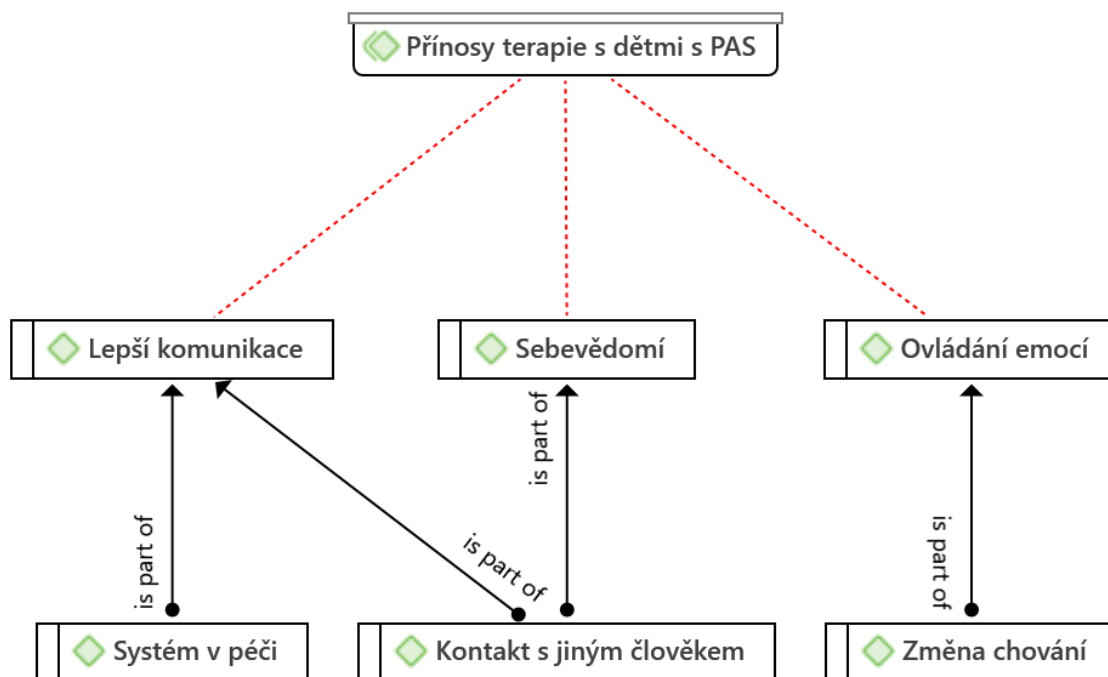
Další zásadou je podle všech informantek vhodná struktura práce s dětmi. Struktura práce by měla být přizpůsobena dítěti. Celkově i čas, který je dítěti věnován, musí být přizpůsoben jeho potřebám. Jednotlivé aktivity by neměly být příliš dlouhé. Dále zde informantky I1, I2, I3 a I10 doplnily, že je nutné přizpůsobit prostor, kde se s dítětem pracuje. Je vhodná práce v místnostech, které jsou k tomu uzpůsobené, kde není tolik podnětů. Cílem je podle informantek tedy hlavně to, aby se děti soustředily opravdu jen na tu danou práci a v té dané chvíli je nezajímalo nic jiného.

Informantky I5 a I6 doplnily, že je nutné dodržovat zásady speciální pedagogiky. Jak již představil Komenský, jedná se o názornost, konkrétnost a systematickosti. *„To znamená, že k dítěti přistupujeme vždycky individuálně. Musíme jít od těch lehčích úkolů k těm těžším. Musíme mu to ukazovat názorně, zvlášť pro naše děti je vizualizace strašně podstatná, protože prostě všechno vnímají, ještě více než my, protože jiný, třeba sluchový kanál můžou mít přetížený, ten zrak je pro ně většinou základ.“*

Informantky I3, I4 doplnily, že často řeší, že se dětem nechce něco dělat. Podle něj je v tomto případě vhodná taková zásada, že *„je dobré ho třeba nechat být a vrátit se k tomu později, třeba využívat alternativní přístup, kdy je na prvním místě individualita a dítě si volí svůj plán, co chce dělat, a je vlastně na něm, kdy si to splní.“* Zde informantka I6 smýšlí velmi podobně, když dodává, *„že v případě, že dítě nemá svůj den, tak je lepší tu terapii udělat jakoby volnější a spíše ho namotivovat ke zklidnění, vnímání toho svého těla, dechu, aby se nějakým způsobem zkoncentroval a netlačit na to, respektovat to pohodlí toho klienta, aby ta terapie mohla probíhat co nejlépe“.*

Zásadu individuality poté zmínily všechny informantky. Při práci je však dle informantky I3 rozdíl v tom, jestli se mu nechce něco dělat z lenosti, nebo proto, že nemůže tak dělat z nějakého důvodu té poruchy. *„V tomto případě je vhodné mu nechat čas. Prostě je to jeho specifikum a my ho musíme respektovat a chápat a podpořit to. Na druhou stranu, když to dítě nechce vysloveně jen z lenosti, jako to může být i u běžných dětí, tak se snažíme to dítě namotivovat. Určitě se o to snažíme víc, než když vidíme, že je přetížené. Je tam důležité opravdu umět rozlišit, kdy to dítě opravdu nemůže a kdy nechce.“* Informantka I8 se k tomu zase vyjádřila: *„Mám většinou děti, co se jim to dělat nechce, ale mám zaplacenou terapii, tak k tomu musím přistupovat zodpovědně vůči rodičům, že si něco platí. Chápu, že je nutný individuální přístup, ale snažím se to dítě opravdu rychle dostat k terapii a čas mu moc nedávám, protože by se nic neudělalo.“*

Přínosy terapie s dětmi s PAS



Obrázek 10 Přínosy terapie s dětmi s PAS
Zdroj: vlastní výzkum, 2023.

Přínosy terapií jsou dle informantek obrovské a je jich skutečně mnoho. V první řadě je možné podle informantek přínos spatřit ve změně chování. Chování dětí s PAS je totiž často vzdorovité, dětem se něco prostě nechce dělat nebo se z nějakého důvodu vztekají a trvají na svém. Při terapiích se terapeuti na tyto projevy chování často soustředí. Zde by se daly vyzdvihnout pozitivní změny v chování dětí s PAS během terapií. Přitom důvodů uvedeného chování je více, jak informantky uvedly. Informantka I1 uvedla, že třeba, „*když má dítě problémy s jemnou motorikou, tak má často problémy i s tím chováním a nejde to úplně oddělit*“.

Dále je přínosem terapie také edukace rodičů dětí s PAS. Rodiče si v péči dítě najdou nějaký systém, naučí se nějaké věci. Problém je, že rodiče dle informantky I2 příliš spoléhají na odborníky. „*At' to jsou učitelé v MŠ nebo odborníci terapeuti a rodiče si leckdy myslí, že je zachrání, ale tak to není.*“ S tím se shodují i informantky I8 a I9, ale rozhodně takový postup neakceptují a když rodiče spoléhají pouze na centrum a odborníky, okamžitě s nimi rozváží spolupráci.

Dalším přínosem je podle informantek I1, I2, I3, I7 a I10 určitě kontakt s jiným člověkem. Výhodou pro tyto děti je změna prostředí, jiný přístup, obzvlášť když jsou

pořád v rodině. Problémem bylo podle informantky I1 především období krize vyvolané pandemií covid-19, „*kdy nechodily děti do školek, kdy bylo všechno uzavřené, neměly jiný kontakt*“. „*V té době to bylo velmi těžké a je možné chápat terapie ještě jako potřebnější. Děti jsou zde hrozně rády, těší se, na pomůcky, hračky, něco nového, co doma nemají.*“

Děti se podle informantek I3, I4, I6 a I7 naučí základním dovednostem, mají nějaké sebevědomí, sebepojetí, sebeúctu. Jsou také schopny lépe vnímat náš svět, naučí se v něm lépe orientovat. Podle informantky I3: „*S nimi terapeut cvičí i smyslovou přecitlivělost, takže dokážou potom třeba fungovat i v různých prostředích.*“ Konkrétně informantka uvedla příklad jedenáctileté holčičky, která nikdy nebyla v kině, nikdy nebyla v nákupním centru. „*Bylo to proto, že je to na ní hlučné, hodně světla. Kdyby nechodila na terapie, nikdy by se do těchto prostor nedostala. Díky terapii se jí to povedlo.*“

Informantky I1, I2 a I10 se také shodly na tom, že se vlastně snaží spíše o společenskou integraci. Školní integraci řeší méně, protože zrovna mají na starosti klienty s těžší formou autismu. Informantka I10 se k tomu vyjádřila: „*Pro mě je v tomto případě důležitější společenská integrace do světa než školní. Dítě se musí nějak orientovat ve společnosti, aspoň trochu navázat sociální vazby a tu školní integraci nechávám na jiných.*“ Informantka I7 má zase naopak klienty s lehčí formou autismu a ta zase klade větší důraz na školní integraci, jejím cílem je, aby děti byli v hlavním vzdělávacím proudu.

5 Diskuse

Bakalářská práce se zabývá terapeutickými metodami u dětí s PAS a možnostmi jejich využívání v České republice. Cílem bakalářské práce je hlouběji proniknout do terapií v jednotlivých zařízeních, zjistit, jak probíhají, jak terapeuti během terapií s dětmi pracují, jak je k práci motivují, jak často a v jakém trvání se terapie konají, zda jsou vůbec dostačující a zda k nim rodiče poskytují zpětnou vazbu. Práce se zabývá i tím, jaké terapie doposud vedli terapeuti v jiném zařízení a zda jsou v současném zařízení spokojeni a mají možnost dalších školení, kurzů nebo rekvalifikací. V rámci tohoto kvalitativního výzkumu bylo zjištěno mnoho zajímavých a důležitých informací o dětech s PAS ve spojitosti s terapiemi.

Deset informantů bylo osloveno telefonicky nebo e-mailem uvedeném na internetových stránkách zařízení a následně s nimi byl sjednán termín setkání. Rozhovory byly realizovány v prostorách jednotlivých zařízení s výjimkou jednoho, který byl realizovaný v kavárně, protože vedení centra si nepřálo návštěvu v provozní době. Terapeuti byli seznámeni s tím, že rozhovor bude pro potřeby přesnějšího zpracování výsledků nahráván na mobilní telefon bez pořízení obrazového záznamu. Informanti obdrželi informovaný souhlas, jehož podpisem stvrdili, že se vším uvedeným souhlasí.

Autismus (PAS), představuje v mnoha ohledech velmi specifickou diagnózu. Klienti potřebují individuální přístup a důležitou úlohu zde hraje jejich motivace. Když se zrovna dítě nechce spolupracovat, je i terapeut ve složité situaci, kdy řeší, jak jej namotivovat. Bývá to těžké, protože na každé dítě platí něco jiného a některé děti dokážou být hodně tvrdohlavé a terapeut během krátké chvíle (společný čas vymezený na terapii) musí přijít na to, co bude fungovat a jak dítě přimět ke spolupráci. Tohle vystihuje i Kejklíčková (2016), že motivace u dětí hraje velikou roli při jakékoliv práci s dítětem a u dětí s autismem to platí dvojnásob. Autorka vysvětluje, že je také kolikrát velmi obtížné přijít na to, co na dítě platí.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že terapie dětí s PAS jsou velmi důležité a přínosné. I Müller (2014) uvádí, že dětem s autismem je možné pomoci v raném věku hlavně terapiemi.

Informanti se shodli, že existuje široké spektrum terapií, které je možné využít. Jedná se například o v České republice velmi oblíbenou O.T.A. terapii, hipoterapii, fyzioterapii, logopedii, aplikovanou behaviorální analýzu, Son-rise a Teacch program. Informantka,

která pracuje jako terapeutka v oblasti muzikoterapie, vyzdvihla poté především tuto metodu a vyjádřila politování nad tím, že tato metoda zatím není v České republice příliš využívána. Zde je možné tedy odpovědět na první výzkumnou otázku. V analyzovaných centrech mezi edukačně-terapeutické metody pro práci s dětmi s PAS nejčastěji patří O. T. A. terapie a ABA terapie, která je náročnější a rodiče ji v podstatě nemohou doma moc trénovat. V některých centrech využívají rádi zooterapii, protože děti ji mají rády a je pro ně účinná a relaxační. V České republice se v rámci zooterapie nejčastěji praktikuje canisterapie s pejskem, hipoterapie s poníkem, felinoterapie s kočkou a začíná se poměrně často využívat cavioterapie s morčetem, která je vhodná v případech, kdy se dítě zvířat bojí. Na malé morče si dítě zvykne totiž snáze než třeba poníka. Informanti si většinou myslí, že rozdílnosti ve využívání terapeutických metod jsou dány osobností a temperamentem terapeuta, jeho vzděláním nebo dalšími zkušenostmi z oboru, například absolvovanými kurzy, stážemi v zahraničí. Svoji roli hrají také potřeby konkrétního dítěte, které je nutné plně respektovat, protože každé dítě je osobnostně jiné, funguje na něj něco jiného. Na to poukazuje i Thorová (2016), podle které je každé dítě individuální osobností a potřebuje jinou péči, metody práce atd.

Přínos terapií je poté velmi různorodý, na čemž se vybraní informanti shodují. Zde je možné tedy zároveň odpovědět na druhou výzkumnou otázku. Přínos je však především patrný v sociální integraci, nikoliv ve školní integraci. Většina informantů se spíše soustředí na sociální integraci. Konkrétně je možné spatřit přínos v lepší socializaci dětí, kdy dítě navazuje alespoň částečný sociální kontakt nebo se mu urputně nebrání, v lepším zvládnutí krizových situací, kontaktu s jiným člověkem, případně v tom, že dítě není tak bázlivé. Výhodou pro tyto děti je změna prostředí, jiný přístup, kontakt s jiným člověkem než s rodinou, pravidelnost i jiné hračky atd. Velmi časté u dětí s PAS je, že se upínají na jedno prostředí, trvají na svých rituálech a mají jen své hračky a odmítají používat jiné. V tom jim terapie také pomáhají, už jen to, že jsou v zařízení, jsou s terapeutkou, na kterou si postupně zvyknou. Velmi podobně na přínosy nahlíží i server Autismport (2022). Dále informanti vidí potenciální přínos v lepší edukaci rodičů, která je, jak bylo zjištěno, v České republice nízká. Někteří informanti jsou toho názoru, že služby, které jsou v některých centrech poskytovány zdarma a hrazeny z veřejných zdrojů, by mohly být zpoplatněny, což by mohlo vést k lepší edukaci a práci rodičů. V centrech, které mají tyto služby zpoplatněny, byli informanti se spoluprací s rodinou spokojenější. V jednom zařízení, které jsem navštívila, mají nastavený řád tak, že když

rodina nespolupracuje, dítě je vyloučeno a je s ním i s rodinou ukončena spolupráce. Tam, kde se neplatí, se informanti shodovali, že kdyby rodiče museli tyto služby hradit, více by si jich vážili a snažili by se více spolupracovat. Stále jsou zde rodiče, kteří do centra své dítě jen odloží, aby měli klid pro sebe, a doporučeními z terapií se doma už neřídí. Zajímavostí je informant, který uvedl, že jsou rodiče někdy problémem, protože se neshodnou na výchově, což může být pro dítě velkou komplikací. Také dodal, že kolikrát situaci velmi často nezvládne otec dítěte, odejde od rodiny a na vše zůstane jen matka, která potřebuje čas, aby se srovnala s tím, že je na vše sama, a udělala si nějaký řád dne. Právě i Jelínková (2000) ve své knize popisuje zvýšenou rozvodovost v rodinách, které mají dítě se zdravotním postižením. Uvádí, že ve většině případů zůstává s postiženým dítětem jeho matka, protože otec neunesse jeho postižení. Přitom spolupráce rodičů při terapiích je nesmírně důležitá. Spolupráci s jinými členy rodiny nepovažují většinou informanti za důležitou. Stačilo by jim, kdyby spolupracovala např. matka. Většinou tomu tak je, ale ne vždy je to pravidlem, jak jsem zmínila výše.

Také jsem se zaměřila na to, jak často může dítě danou terapii navštěvovat a co si terapeuti myslí o jejich frekvenci. Zhruba polovina informantů si myslí, že je četnost terapií dostačující, že když rodič spolupracuje a pracuje s dítětem pravidelně doma, tak stačí terapii navštěvovat 1x za 14 dnů. Polovina informantů si zase myslí, že by terapie mohly být častěji, že by bylo pro dítě přínosnější ji mít i 3x do týdne i za předpokladu, že rodič spolupracuje. Všichni informanti se ale shodli na tom, že klientů je hodně a nemají prostor, aby dítě chodilo na terapii několikrát týdně.

Dále byla pozornost zaměřena na motivaci dětí s PAS, bez které by, dle výsledků výzkumu, nebyla práce s nimi vůbec možná. Na motivaci se také zaměřila třetí výzkumná otázka této práce. Informanti využívají k motivaci spíše pochvaly, dále hraní her, pozitivní komunikaci, někteří i sladkosti. Na využívání sladkostí přitom nahlíží různé publikace odlišně. I informanti na odměny ve formě sladkostí nahlíží různě. Někteří je hodnotí kladně a někdy je k motivaci dítěte používají, jiní je striktně odmítají, a dokonce odsuzují ty, kteří na to mají jiný pohled. Navíc je pravda, že někteří dnešní rodiče nechtějí svým dětem podávat cukr, takže i z pohledu rodičů může být toto problematické. Také je třeba brát v úvahu potravinové alergie, které jsou častější. Terapeut musí na 100% vědět, že ve sladké odměně není žádná látka, na kterou je dítě alergické. Jako odměna se často používá čokoláda s ořechy či laktózou, což jsou časté alergen. Někteří poukazují na negativní vlivy sladkostí na dítě a jeho organismus. Ale

např. Hutyrová (2017), uvádí, že se jedná oběžně užívané postupy, např. v logopedických poradnách, a zastávají názor, že dříve se dětem cukr běžně podával a že se v dnešní době vše přehání. Oproti tomu Ošlejšková (2008) nedoporučuje sladkosti autistům podávat vůbec, podporuje ketogenní druh stravování s minimálním množstvím sacharidů. Vysvětluje to, že cukr u autistických dětí podporuje nesoustředěnost a není vhodný k motivaci, protože se potom dítě nesoustředí na práci.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá terapeutickými metodami u dětí s PAS. Cílem bakalářské práce bylo zkompletovat teoretické poznání vymezeného tématu práce a na jeho podkladě prozkoumat možnosti terapií pro děti s PAS v České republice a zjistit, jak terapie v jednotlivých zařízeních fungují. Dílčím cílem bylo zmapovat pohled terapeutů na dané terapie, tj. jak vidí jejich dostupnost, dostatečnost a jak jsou s těmito službami spokojeni. Praktická část byla zpracovávána pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který byl prováděn s deseti informanty, kteří vedou terapie pro děti s PAS.

Zjištěné informace v rámci výzkumu ukazují, že nabídka terapií pro děti s PAS je široká. Jedná se například o: O.T.A. terapii, ABA terapii, arteterapii, canisterapii, hipoterapii, fyzioterapii, muzikoterapii, aplikovanou behaviorální analýzu, Son-rise nebo Teacch program.

Komunikační partneři se shodli v tom, že terapie je silně individuální a musí odrážet především potřeby dítěte. Promítají se do ní zkušenosti, vzdělání a osobnost terapeuta. Jde tedy o poměrně unikátní kombinaci a nedá se říci, že by byly všechny terapie stejné. Nejčastěji zmiňovanou motivací je pozitivní zpětná vazba, pochvala, případně stimulace sladkostmi. Hlavním přínosem není školní integrace, ale integrace sociální. Pomáhá tak zvládat krizové situace a kontakt s cizím člověkem. Vedlejším efektem je pak edukace rodičů, která je v České republice spíše na nižší úrovni. S tím souvisí i menší míra spolupráce nebo motivace pracovat s dítětem. Přitom toto je poměrně zásadní aspekt úspěšné terapie. Terapeuti oceňují další možnosti vzdělávání, které jim pomáhá získávat nové poznatky a metody pro další rozvoj. V rámci práce v zařízeních navštěvují různé kurzy. Jako problematický bod pak shodně označují nízkou frekvenci terapií.

Tato bakalářská práce může široké veřejnosti přiblížit, jak terapie pro děti s PAS fungují a jak se v rámci nich s dětmi pracuje. Ještě jednou bych ráda zmínila, že každé dítě je jiné a potřebuje svou vlastní metodu, která mu bude vyhovovat.

Na závěr bych chtěla dodat, že bych si moc přála, aby se dětem s PAS v budoucnosti věnovalo ještě více pozornosti a aby měly k dispozici dostatek terapií a všeho, co potřebují ke kvalitnějšímu a veselejšímu životu.

Seznam literatury a zdrojů

1. ADAMUS, P., VANČOVÁ, A., LÖFFLEROVÁ, M., 2017. *Poruchy autistického spektra v kontextu aktuálních interdisciplinárních poznatků*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7464-957-8.
2. ATTWOOD, T., 2012. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Vyd. 2. Přeložil Dagmar BREJLOVÁ. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-262-0193-9.
3. AUTIS, 2021. *AUTIS - program léčby dětí s PAS, ADHD, ADD, hyperaktivní apod.* [online]. [cit. 2022-07-22]. Dostupné z: <https://arcada-center.com/cs/programy/autis/a-114/>.
4. BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J., 2007. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-161-4.
5. BAZALOVÁ, B., 2017. *Autismus v edukační praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1195-2.
6. BUMIN, G., HURI, M., SALAR, S., KAYIHAN, H., et al., 2015. Occupational Therapy in Autism. In: FITZGERALD, Michael, ed. *Autism Spectrum Disorder – Recent Advances* [online]. InTech, 2015-04-02 [cit. 2023-03-07]. ISBN 978-953-51-2037-7. Dostupné z: doi:10.5772/59168
7. FERTAĽOVÁ, T., ONDRIOVÁ, I., 2020. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2479-4.
8. GEE, B., NWORA, A., PETERSON, W., 2018. Occupational Therapy's Role in the Treatment of Children with Autism Spectrum Disorders. In: HURI, Meral, ed. *Occupational Therapy - Therapeutic and Creative Use of Activity* [online]. IntechOpen, 2018-11-21 [cit. 2022-07-22]. ISBN 978-1-78984-410-8. Dostupné z: doi:10.5772/intechopen.78696.
9. GERLICOVÁ, M., 2021. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1791-8.

10. GILLBERG, C. PEETERS, T., 2008. *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Vyd. 3. Přeložil Miroslava JELÍNKOVÁ. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-498 4.
11. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.9.
12. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
13. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J., 2004. *Psychiatrie*. 2., dopl. a oprav. vyd. Praha: TIGIS. ISBN 80-900130-7-4.
14. HOWLIN, P., 2005. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-041-0.
15. HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V., ed., 2004. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-813-9
16. HUTYROVÁ, M., RŮŽIČKOVÁ, V., ed., 2017. *IV. Olomoucké speciálněpedagogické dny: sborník příspěvků konference: XVII. mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami, IV. konference mladých vědeckých pracovníků: konference se konala 15.-16. března 2016 v Olomouci: téma konference: Koheze speciální pedagogiky v současnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5256-2.
17. CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
18. Jdeme Autistům Naproti z.s., 2019. *Abc o.p.s. - Autismus bez cenzury* [online]. [cit. 2022-07-20]. Dostupné z: <http://www.jan-olomouc.cz/pro-rodice/terapie>.
19. JELÍNKOVÁ, M., 1999. *Autismus I.: problémy komunikace dětí s autismem*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 10 s. MÁ TAM BÝT I NETUŠIL
20. JELÍNKOVÁ, M., 2000. *Autismus II.: Problémy v sociálních vztazích dětí s autismem*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 19 s.

21. KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J., 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9.
22. KEJKLIČKOVÁ, I., 2016. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3941-0.
23. *Klinická logopedie : Terapie-autismu* - [online]. 2017 [cit. 2022-07-19]. Dostupné z: <https://www.terapie-autismu.cz/klinicka-logopedie>
24. Kraniosakrální terapie, 2021. *Aut-centrum o.p.s.* [online]. [cit. 2022-07-22]. Dostupné z: <https://aut-centrum.cz/kraniosakralni-terapie/1/116>
25. KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.
26. KUKLA, L., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3874-1.
27. KUMAR, B., et. al., 2012. Drugtherapy in autism: a present and future perspective. *Pharmacological Reports* [online]. **64**(6), 1291-1304 [cit. 2022-07-20]. ISSN 17341140. Dostupné z: doi:10.1016/S1734-1140(12)70927-1.
28. LECHTA, V., (ed.). 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-679-7.
29. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.
30. LINKE, D., 2019. *Dost dobře nenormální: můj báječný život s autismem a ADHD*. Přeložil Marie VOŠLÁŘOVÁ. V Praze: Paseka. ISBN 978-80-7432-950-0.
31. MAKOVSKÁ, Z., 2007. Aspergerův syndrom v kontextu poruch autistického centra. *Československá psychologie*. **51**(2), 198-203. ISSN 0009-062X.
32. MATSON, J., ed., 2009. *Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders* [online]. New York, NY: Springer New York [cit. 2022-07-19]. ISBN 978-1-4419-0087-6. Dostupné z: doi:10.1007/978-1-4419-0088-3
33. MOOR, J., 2010. *Hry a zábavné činnosti pro děti s autismem: praktické nápady pro každý den*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-787-9.

34. MÜHLPACHR, P., 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.
35. MÜLLER, O., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
36. National Institute of Neurological Disorders and Stroke [online], 2009. [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://www.ninds.nih.gov/>
37. National Institute of Neurological Disorders and Stroke [online], 2015. [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://www.ninds.nih.gov/>
38. OPATŘILOVÁ, D., 2006. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3977-9.
39. OŠLEJŠKOVÁ, H., 2006. Autismus. Neurologické, behaviorální a kognitivní projevy. *Neurologie pro praxi*. (4), 189-191. ISSN 1213-1814.
40. OŠLEJŠKOVÁ, H., 2008. Poruchy autistického spektra: poruchy vyvíjejícího se mozku. *Pediatric pro praxi*. 9(2), 80-84. ISSN 1213-0494.
41. PASZ, J., PLECHATÁ, A., 2020. *Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. Brno: Host. ISBN 978-80-275-0389-6.
42. PÁTÁ, P. K., 2007. *Mé dítě má autismus*. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2185-9.
43. PERLÍNOVÁ, D., 2019. Vznikne profese, která pomůže rodině. 'Novela zákona o terapiích pro autisty má odbornou podporu. *IROZHLAS - spolehlivé zprávy* [online]. 21. srpna 2019 [cit. 2022-07-22]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/pas-autismus-novela-zakona-senat-psychytri-pedagogove-psychologove-aba-terapie_1908210931_per.
44. Pervazivní vývojové poruchy, c2023. *MKN-10* [online]. 01. 01. 2023 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F84>

45. Overactive disorder associated with mental retardation and stereotyped movements, 2019. *ICD-10 Version:2019* [online]. [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F84>
46. Pervasive developmental disorders, 2019. *ICD-10 Version:2019* [online]. [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F84>
47. Pomáháme lidem s autismem. *Integrační centrum Sasov* [online]. [cit. 2022-07-22]. Dostupné z: <https://www.icsasov.cz/o-nas/>
48. PONECHALOVÁ, D., LIŠTIAKOVÁ, I., 2010. *Snoezelen pre deti a mladých ľudí s poruchou autistického spektra*. Bratislava: Autistické centrum Andreas, 27 s. ISBN 9788097054984.
49. RABOCH, J., et. al. 2015. *DSM-5®: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum. ISBN 978-80-86471-52-5.
50. RICHMAN, S., 2008. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Vyd. 2. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-424-3.
51. Rozhovor o muzikoterapii s PhDr. Katarínou Grochalovou, c2007-2011. *Muzikoterapie.cz* [online]. 17. 03. 2006 [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/rozhovory/grochalova-katarina-2006-rozhovor-vedl-zdenek-vilimek>.
52. ROBERTS, A. G., PILLOW, C., 2013. *Život bez lepku - kuchařka pro pevné zdraví: jak si pochutnat a zároveň posílit svůj imunitní systém a neutralizovat zánět*. [Olomouc]: ANAG. ISBN 978-80-7263-804-8.
53. Rodinné integrační centrum, z.s. *Interaktivní katalog jevů a služeb pro rodiny a děti* [online]. 2022 [cit. 2022-07-22]. Dostupné z: <http://ppvss.mpsv.cz/mpsv/adresar.nsf/i/10789>.
54. ROMANOWSKA, B., 2005. *Muzikoterapie: ladičky a léčení zvukem*. Frýdek-Místek: Alpress. Klokán (Alpress). ISBN 80-7362-067-7.
55. ŘÍČAN, P., a KREJČÍŘOVÁ D., 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. A dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.

56. ŘÍHOVÁ, L., *Přehled přístupů pomoci lidem s poruchou autistického spektra. Mise naděje*. [Online] 2018. [cit: 22. 02 2021.] <http://misenadeje.cz/autismus/prehled-autismus.pdf>.
57. SCHMIDTOVÁ, J., 2016. Poruchy autistického spektra, Aspergerův syndrom. *Asociace dětské a dorostové psychiatrie* [online]. [cit. 2022-07-22]. Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/autismus/>
58. SCHOPLER, E., 1999. *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje: výchova a vzdělávání dětí s autismem : [jak řešit problémy dětí v rodině i ve škole]*. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-202-5.
59. SCHOPLER, E., MESIBOV G. B., 1997. *Autistické chování*. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-133-9.
60. SCHOPLER, E., REICHLER, R. J., LANSING, M., 2011. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami: příručka pro učitele i rodiče*. Vyd. 2. Přeložil Miroslava JELÍNKOVÁ, přeložil Věra POKORNÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-898-2.
61. SMOLÍKOVÁ, M., 2018. *Poruchy autistického spektra*. [Online] [Cit. 27. 05 2021.] <https://www.pdf.upol.cz/student/odborne-seminare-2018/#c26223>.
62. Specifika práce s dětmi s autismem - metodické postupy, 2016. *Metodický portál RVP.CZ* [online]. [cit. 2022-07-22]. Dostupné z: <https://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=12500>.
63. STRAUSS, A. L., CORBIN, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.
64. STRUNECKÁ, A., et al., 2009. *Přemůžeme autismus?: průvodce pro rodiče, použitelný i pro pediatrii, psychiatrii a všechny obětavé bytosti, které se snaží pomáhat dětem s autizmem*. Blansko: ALMI. ISBN 97880-904344-0-0.
65. ŠPORCLOVÁ, V., 2018. *Autismus od A do Z*. V Praze: Pasparta. ISBN 978-80-88163-98-5.

66. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I., 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.
67. TAKAHASHI, H., MATSUSHIMA K., KATO, T., 2019. The Effectiveness of Dance/Movement Therapy Interventions for Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *American Journal of Dance Therapy* [online]. **41**(1), 55-74 [cit. 2022-07-19]. ISSN 0146-3721. Dostupné z: doi:10.1007/s10465-019-09296-5
68. Terapie, 2022. *Abc o.p.s. - Autismus bez cenzury* [online]. [cit. 2022-07-20]. Dostupné z: <http://www.autistickedite.cz/lecba-terapie>.
69. How HANDLE can help with Autism, c2015. *The HANDLE Institute* [online]. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://handle.org/autism>.
70. THOROVÁ, K., 2016. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.
71. THOROVÁ, K., 2022. Porucha autistického spektra dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 11). *AutismPort* [online]. [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru/detail/porucha-autistickeho-spektra-dle-mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>.
72. TUCHMAN, R., RAPIN, I., 2006. *Autism: a neurological disorder of early brain development*. London: Mac Keith Press for the International Child Neurology Association. ISBN 978-1898683490.
73. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
74. VALENTA, M., 2011. *Dramaterapie*. 4., aktualiz. a rozš. vyd., V nakl. Grada 2. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3851-2.
75. VALENTA, M., MICHALÍK J., LEČBYCH, M., 2018. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.
76. VÁVROVÁ, I., 2016. Počítačové hry mohou i léčit. Autistické děti mohou pochopit, co znamená úsměv. *IROZHLAS - spolehlivé zprávy* [online]. 26. ledna

- 2016 [cit. 2022-07-22]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/clovek/pocitacove-hry-mohou-i-lecit-autisticke-deti-mohou-pochopit-co-znamena-usmev_201601262105_mkopp
77. VERMEULEN, P., 2006. *Autistické myšlení*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1600-3.
 78. VINGRÁLKOVÁ, E., 2016. *Cvičení a terapie pro děti s autismem, Aspergerovým syndromem, ADD, ADHD, poruchou smyslového zpracování a jinými poruchami učení*. Olomouc: Fontána. ISBN 978-80-7336-844-9.
 79. VITÁSKOVÁ, K., 2019. *Výzkum specifických parametrů řeči, jazyka, komunikace a orofaciálních procesů v kontextu logopedické diagnostiky a terapie: využití kvalitativních, kvantitativních a experimentálních metod v logopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5646-1.
 80. VÍTKOVÁ, M., PIPEKOVÁ, J., ed., 2000. *Terapie ve speciálně pedagogické péči: [sborník z mezinárodní konference : Brno 4.-6. února 2000]*. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-83-4.
 81. VOCILKA, M., 1994. *Výchova a vzdělávání autistických dětí: pro učitele speciálních škol*. Praha: Septima. ISBN 80-85801-33-7.
 82. VOTYOVÁ, S., ČÁSLAVSKÁ, M., ed., 2012. *Nedávejte do hrobu motýla živého: příběhy lidí s autismem*. [Praha]: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, střední Čechy. ISBN 9788026028017.
 83. What is TEACCH? ,c2021. *TEACCH | Autism Speaks* [online]. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.autismspeaks.org/teacch-0>
 84. What is The Son-Rise Program?,c2021. *Autism Treatment Center of America* [online]. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://autismtreatmentcenter.org/what-is-the-son-rise-program/>
 85. ZELEIOVÁ, J., 2007. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-237-9.

86. ŽAMPACHOVÁ, Z. ČADILOVÁ, V., 2012. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s poruchami autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3377-6.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Harmonogram výzkumu	39
Tabulka 2 Identifikační údaje o informantech	39
Tabulka 3 Kódování.....	40

Seznam obrázků

Obrázek 1 Odlišnost využití metod v různých centrech	42
Obrázek 2 Charakteristika terapií pro děti s PAS a typy metod v centrech.....	43
Obrázek 3 Důvody využití rozdílných terapeutických metod v různých centrech	45
Obrázek 4 Standardní délka terapeutické jednotky	46
Obrázek 5 Spolupráce se subjekty	47
Obrázek 6 Podstata spolupráce	48
Obrázek 7 Metody práce nebo komunikace během terapií u stolu či v místnosti	50
Obrázek 8 Motivace dětí s PAS	51
Obrázek 9 Zásady při terapii dětí s PAS.....	52
Obrázek 10 Přínosy terapie s dětmi s PAS	54

Seznam zkratk

ABA	Aplikovaná behaviorální analýza
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
CTA	Centrum terapie autismu
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FMT:	Funktionsinriktadmusikterapi
IQ:	Intelligenční kvocient
JAN:	Jdeme autistům naproti
KBT:	Kognitivně behaviorální terapie
MKN:	Mezinárodní klasifikace nemocí
O.T.A.:	Open Therapy of Autism
PAS:	Porucha autistického spektra
RVPPV:	Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
TEACCH:	Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children
VIG:	Video Interaction Guidance
VTI:	Video trénink pozitivních interakcí
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Seznam příloh

Příloha 1 Seznam otázek rozhovoru	74
Příloha 2 Informovaný souhlas	75

Příloha 1 Seznam otázek rozhovoru

1. Jaké jsou možné terapie pro děti s PAS?
2. Pracují terapeuti v rozdílném zařízení stejně?
3. Které terapie v zařízení vedete či jste v minulosti vedla?
4. Které metody práce nebo komunikace během terapií využíváte? Jakou roli v nich hraje motivace?
5. Jaké nejdůležitější zásady je nutné při práci s dětmi s PAS dodržovat?
6. V čem vidíte konkrétní přínos terapií pro děti s PAS?
7. Jak dlouho se terapiím v rámci zařízení věnujete? V čem vidíte dosavadní přínos této práce pro Vás?
8. Jaké je Vaše dosažené vzdělání? Zajišťuje Vám zařízení možnost další kvalifikace (např. prostřednictvím kurzů, školení, seminářů...prosím uveďte příklad, kterých jste se zúčastnila).
9. Jak hodnotíte spolupráci s rodiči dětí? Jaké jsou jejich odezvy na využívané terapie?
10. Jak často může konkrétní dítě danou terapii navštěvovat? Shoduje se podle Vás reálná časová dostupnost terapie s potřebami dětí?
11. Vedla jste někdy terapii i v jiném zařízení? Pokud ano, v jakém? V čem se práce lišila?

Příloha 2 Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Tereza Haškovcová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, studijního oboru Speciální pedagogika – vychovatelství. Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám svoji bakalářskou práci na téma Využití terapeutických metod pro děti s PAS a provádím výzkum, jehož cílem je zjistit, jaké jsou možnosti terapií pro děti s PAS a jak vůbec tyto terapie v České republice fungují. K získání dat bude použita technika polostrukturovaného rozhovoru, který bude trvat zhruba 20 minut. Rozhovor bude nahráván na můj mobilní telefon a poté bude převeden do písemné podoby. Pokud s účastí na mém výzkumu souhlasíte, připojte prosím podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mě informovala o podstatě výzkumu a seznámila mě s cíli, metodami a postupy, které bude během rozhovoru používat. Souhlasím s tím, že výsledky studentka anonymně zpracuje a použije je výhradně pro účely vypracování její bakalářské práce.

Měl/a jsem možnost si vše v klidu pročíst a zeptat se studentky na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem od studentky dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu. Souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu a druhý studentka.

Jméno a příjmení účastníka výzkumu: _____

Podpis účastníka výzkumu: _____

V _____ Dne _____