



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Open Therapy of Autism, terapie u dětí s poruchou
autistického spektra**

Bakalářská práce

Studijní program:

SOCIÁLNÍ PRÁCE

Autor: Adéla Švoncová

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

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Open Therapy of Autism, terapie u dětí s poruchou autistického spektra“ 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 práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby 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 8. 8. 2023

.....

Adéla Švoncová

Poděkování

Ráda bych poděkovala především mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Ingrid Baloun, Ph.D. za všechny konzultace a cenné rady. Dále bych ráda poděkovala všem rodičům, kteří se zúčastnili rozhovorů za jejich sdílnost, otevřenost a ochotu se podělit o vlastní zkušenosti.

Open Therapy of Autism, terapie u dětí s poruchou autistického spektra

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem Open Therapy of Autism (O.T.A.), terapie u dětí s poruchou autistického spektra. Cílem bakalářské práce bylo zjistit spokojenost rodičů s výsledky terapie O.T.A. u jejich dětí. Vzhledem k cíli byl vybrán kvalitativní výzkum, který probíhal na území Prahy s rodiči dětí s poruchou autistického spektra, kteří dochází na terapii O.T.A. K dosažení cíle byly stanoveny dvě následující výzkumné otázky: Jak rodiče hodnotí průběh O.T.A.? Jak jsou rodiče spokojeni s výsledkem O.T.A. u jejich dětí? K získání dat byla vybrána jako nejvhodnější metoda polostrukturovaný rozhovor s rodiči, kteří dochází na terapii do Centra terapie autismu v Praze. Jako hlavní přínos může být pro rodiče, kteří o terapii uvažují, jelikož práce poskytuje reálné zkušenosti rodičů dětí s poruchami autistického spektra. Dále může být práce přínosem pro Centrum Terapie Autismu jako zpětná vazba na jejich práci – co ponechat, v čem pokračovat nebo naopak co zlepšit. Z výsledků vyplynulo, že rodiče dětí s poruchami autistického spektra jsou s terapií a s jejími výsledky spokojeni. Závěrem se všichni se shodli, že jejich děti udělaly od nástupu do terapeutického procesu pokrok především v oblasti komunikace a zvládnání emocí. Jako hlavní nevýhodou shledávali nejčastěji zmiňovanou finanční náročnost terapie a špatnou místní dostupnost, protože většina rodičů musí na terapii dojíždět, což se pojí i s časovou náročností. Všichni rodiče chtějí v terapii pokračovat i nadále.

Klíčová slova

Poruchy autistického spektra; Mezinárodní klasifikace nemocí; terapie; Open Therapy of Autism; rodič; dítě

Open Therapy of Autism, Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder

Abstract

The bachelor thesis deals with the topic of Open Therapy of Autism (O.T.A.), a therapy for children with autism spectrum disorder. The aim of the bachelor's thesis was to find out parents' satisfaction with the results of O.T.A. therapy for their children. In view of the aim, qualitative research was chosen, which was conducted in the Prague area with parents of children with autism spectrum disorder who attend O.T.A. therapy. How satisfied are parents with the outcome of O.T.A. for their children? The most appropriate method to obtain data was a semi-structured interview with parents who attend the Autism Therapy Centre in Prague. The main benefit may be for parents who are considering therapy, as the work provides real experiences of parents of children with autism spectrum disorder. Furthermore, the work can be beneficial for the Autism Therapy Centre as feedback on their work - what to keep, what to continue or, on the contrary, what to improve. The results showed that parents of children with autism spectrum disorders are satisfied with the therapy and its results. In conclusion, they all agreed that their children had made progress since entering the therapeutic process, especially in the areas of communication and managing emotions. The most frequently cited disadvantages were frequently mentioned financial difficulty of the therapy and the poor local accessibility, as most parents have to commute to the therapy, which is associated with time consuming. All parents want to continue the therapy.

Key words

Autism Spectrum Disorder; International Classification of Diseases; therapy; Open Therapy of Autism; parent; child

Obsah

Úvod	8
1 TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1 Poruchy autistického spektra	9
1.1.1 Historie PAS	10
1.1.2 Etiologie PAS	11
1.1.3 Výskyt	11
1.1.4 Diagnostika	12
1.1.5 Triáda/dyáda problémových oblastí	15
1.1.6 Klasifikace poruch autistického spektra	16
1.2 Open Therapy of Autism	20
1.2.1 Historie a vznik terapie	21
1.2.2 Principy terapie	21
1.2.3 Průběh a cíle terapie	22
1.2.4 Organizace poskytující terapii	24
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	26
2.1 Cíl práce	26
2.2 Výzkumné otázky.....	26
3 METODIKA	27
3.1 Metody a techniky výzkumu	27
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	27
3.3 Průběh sběru dat	28
3.4 Etika výzkumu.....	29
3.5 Limity výzkumu.....	29
4 VÝSLEDKY	30
4.1 Začátek terapeutického procesu	31
4.2 Časová náročnost	31
4.3 Spokojenost s průběhem a vedením terapie	34
4.4 Spokojenost s terapeuty.....	33
4.5 Očekávání od terapie.....	35
4.6 Pokroky a výsledky dítěte	36
4.7 Spokojenost s terapií	39
5 DISKUSE.....	41
ZÁVĚR	44

SEZNAM LITERATURY.....	45
SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ	49
SEZNAM ZKRATEK	53

Úvod

Bakalářská práce poukazuje na problematiku dětí s poruchou autistického spektra. Seznamuje veřejnost s tímto tématem blíže, a to je podle mého názoru velice důležité hlavně proto, že počet dětí s autismem stále narůstá. Může se zdát, že i informovanost společnosti o problému autismu se zvyšuje i zásluhou filmů a dokumentů s touto tematikou, ale stále je to téma opomíjené v porovnání s jinými znevýhodněními, která jsou „viditelnější“. Lidé s diagnózou poruch autistického spektra (dále jen PAS) nejsou typičtí svým vzhledem, jako tomu může být právě u jiných nemocí či syndromů (např. Downův syndrom nebo Prader-Williho syndrom), ale naopak jsou charakterističtí svým chováním.

Tato práce je zaměřena především na terapii, která se nazývá Open Therapy of Autism (dále jen O. T. A.). Terapie se individuálně zaměřuje na děti, kterým je diagnostikována porucha autistického spektra. Je zaměřena pouze na příznaky, ne na příčiny vzniku nemoci ve velmi nízkém věku dítěte. Podle výsledků studií terapie O. T. A. posiluje u pacienta komunikační schopnosti a sociální dovednosti, zároveň je velmi posílen vztah mezi dítětem a rodičem. Od roku 2012 je v Centru Terapie Autismu tato metoda aplikována a jsou zde proškolení další terapeuti a organizace po celé České republice.

Téma jsem si vybrala především proto, že jsem absolvovala praxe v NAUTIS, z. ú. při studiu speciální pedagogiky, kde jsem se setkala s touto cílovou skupinou. V rámci studia jsem také navštívila základní školu Zahradka, ve které mají třídu pro děti s PAS. Předchozí dvě setkání mě motivovala, abych se o této problematice dozvěděla víc, k čemu byla ideální příležitost při psaní BP. Zároveň touhle prací můžu propojit oba dva obory, které studuji – speciální pedagogiku i sociální práci.

Bakalářská práce se dělí na teoretickou a praktickou část. Teoretická část slouží jako vhled do problematiky poruch autistického spektra. Veřejnost má možnost se zde seznámit s charakteristikami poruchy, diagnostikou autismu nebo se základními pojmy spojené s autismem. Praktická část je zaměřena na průběh a výsledky terapie z pohledu rodičů dětí. Cílem praktické části bylo nastínit spokojenost s výsledkem O.T.A. u svých dětí za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Uvádí také aspekty terapie, které jsou důležité pro celkové hodnocení.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Poruchy autistického spektra

Autismus vychází původně z řeckého slova autos, což znamená sám (Thorová, 2016). Už to nám může napovědět mnohé o této poruše.

Matoušek (2004) definuje autismus jako vývojovou poruchu, která se projevuje tak, že osoba nemá téměř vůbec vztah k lidem, trvá na stálém prostředí, na opakujících se činnostech. Osoba má sklony k sebepoškozování a vyznačuje se také poruchami řeči a obsesivním chováním.

PAS patří mezi pervazivní vývojové poruchy, definice dle Hartla (2004) zní: „*skupina poruch, které se projevují zhoršenou společenskou komunikací prostupující všemi situacemi; téměř vždy se objevují během prvních pěti let věku dítěte; často narušeny i kognitivní funkce a chování; k nejznámějším patří dětský autizmus*“ (Hartl, 2004, s. 183). Spolu s jinými poruchami jako např. dětská mozková obrna nebo dysfázie, patří také mezi neurovývojová onemocnění (Hrdlička, 2014). Neurovývojové se nazývají proto, že mozek funguje od narození jinak než u většinové populace (Dundon, 2021). Mezi typické znaky autistického chování podle Thorové (2016) patří např. problém s navazováním kontaktu s okolím, obtížnosti v komunikaci nebo stereotypnost v činnostech – to vše se ale liší s ohledem na jejich diagnózu nebo případné přidružené poruchy k PAS (Thorová, 2016). Ačkoli tuto diagnózu sdílí několik desítek tisíc lidí v ČR, každý člověk je odlišný. Nikdo nemá všechny příznaky a projevy nemoci. Autisté mohou být nadprůměrně inteligentní, ale mohou se nacházet i v pásmu mentální retardace, která může být různě těžká – od lehké mentální retardace až po hlubokou mentální retardaci (Autismus, 2022).

Od roku 2005 je 18. červen celosvětově oslavován jako Den autistické hrdosti. Organizace Aspies for Freedom, která přišla s tímhle nápadem, si klade za cíl nejen osvětu společnosti, ale upozorňuje také na to, že porucha má jak své nevýhody, tak i své výhody. Poukazuje také na to, že lidé s PAS mají hodně podobného a společného, ale ještě více rozdílného. Celosvětově se oslavuje také Mezinárodní den Aspergerova syndromu, který připadá každý rok na 18. února (Proč svět potřebuje Gretu?, 2020).

1.1.1 Historie PAS

Nejznámější historickou osobností v oblasti PAS je Leo Kanner – americký psychiatr rakouského původu, který je autorem díla *Autistické poruchy afektivního kontaktu*, kde popisuje chování 11 pacientů, jež měli problém s navazováním a budováním mezilidských vztahů, měli narušenou komunikační schopnost, ale jejich paměť byla zachována (Hrdlička, 2014). Hans Asperger vydal v přibližně stejné době kazuistiku o svých 4 pacientech s lehčí formou autismu. Až po jeho smrti dostala porucha jméno po něm – Aspergerův syndrom. Asperger zůstal ve stínu Kannerova, ačkoli jak píše Hrdlička (2020) ve své knize, Asperger začal s výzkumem o autismu jako první. Kanner se do té doby touto problematikou vůbec nezabýval. Dozvěděl se o výzkumu od německého uprchlíka, kterého Kanner zaměstnal na své klinice, tím začal hon za vydáním publikace dříve než Asperger. V roce 1943 bylo vydáno Kannerovo dílo, ale jsou jasné důkazy a záznamy o tom, že Asperger vedl přednášku o autismu už v roce 1938 ve Vídni.

Podle Hrdličky (2020) byl velký rozdíl mezi Kannerem a Aspergerem, a to hlavně v názoru na vznik poruchy. Asperger, stejně jako dnešní výzkumy, se domníval, že hraje roli genetika a onemocnění je tak geneticky podmíněno, kdežto Kanner tvrdil, že velkou roli hraje výchova rodičů, ale především matek, které jsou k dětem chladné a chovají se sobecky (Thorová, 2016). Tato teorie se nazývá teorie o psychogenní etiologii (Hrdlička, 2020).

Avšak Kanner ani Asperger nebyli prvními, kdo výraz autismus použili. Jako první přišel s tímto pojmem v roce 1911 Švýcar Eugen Bleuler a pojmenoval tím symptom vyskytující se u pacientů se schizofrenií. O necelých 60 let později se autismus oddělil od schizofrenie, ale až v roce 1980 byl konečně klasifikován jako samostatná diagnóza. Do té doby byl zařazován do psychiatrických poruch a byl brán jako určitá forma dětské schizofrenie podle Mezinárodní klasifikace nemocí (Hrdlička, 2014; Šporclová 2018). Díky Diagnostickému statistickému manuálu se autismus v roce 1980 začal považovat za vývojovou poruchu (Šporclová, 2018).

1.1.2 Etiologie PAS

Slovo etiologie pochází z řečtiny a je složeno ze dvou slov – aitia, to je v překladu příčina a logos, což znamená věda. Etiologie zkoumá tedy příčiny nemocí a poruch a napomáhá nejen v jejich prevenci, ale i v diagnostice. (Kroupová, 2016)

Downův syndrom má jasnou etiologii a víme, že je způsoben trizomií 21. chromozomu. Stejně tak u spousty dalších syndromů jako je Turnerův syndrom nebo Edwardsův syndrom, známe jejich jasnou příčinu vzniku (Genetické choroby, 2021). PAS nejsou však způsobeny jedním genem ani pouze jednou konkrétní příčinou (Šporclová, 2018). Při vzniku autismu hraje roli velké množství faktorů a nelze tedy hledat jednu jedinou příčinu (Dundon, 2021). Výjimkou je Rettův syndrom, který má prokázaný genetický původ. Příčinou vzniku Rettova syndromu je zmutovaný gen nacházející se na chromozomu X (Kubešová, 2019).

Již v minulém století Asperger tvrdil, že příčina autismu stojí na genetickém základu (Thorová, 2016). Od té doby uplynulo mnoho let a bylo také vytvořeno několik dalších teorií o původu vzniku autismu. Thorová (2016) uvádí tři hlavní teorie: kognitivní teorie, sociemoční teorie a vývojový neurobiologický model.

Dnes si odborná veřejnost stojí za názorem biologické podstaty autismu, to však neplatí u všech případů PAS (Šporclová, 2018). Šporclová (2018) uvádí, že je více jak 150 genů, které jsou dnes spojovány s příčinou vzniku autismu, ale není jisté, že stojí za jeho příčinou. Dále také zmiňuje Philipsovu studii, která poukazuje na tři hlavní rizikové faktory vzniku PAS – vysoký věk rodičů (nad 35 let), předčasný porod nebo porodní váha dítěte mimo normu a psychiatrické onemocnění matky dítěte.

1.1.3 Výskyt

Nárůst počtu dětí s autismem za posledních pár let nelze popřít. Velkou roli zde hraje vývoj diagnostiky a screeningu a také zvýšená informovanost veřejnosti za pomoci moderních technologií. Díky tomu bylo identifikováno víc případů jak u dětí, tak u dospělých. Objevuje se názor, že za příčinou nárůstu může stát očkování, škodlivé látky v jídle nebo znečištěné ovzduší, ale zatím tuhle teorii žádný výzkum nepotvrdil. (Thorová, 2016) Dalším faktorem je i stále se zvyšující věk rodičů při zakládání rodiny, který přesahuje 35 let. V několika studiích byl zjištěn vyšší výskyt autismu u předčasně narozených dětí, které k tomu měli nízkou porodní hmotnost (Hrdlička, 2020).

Výzkum z roku 2018 uvádí, že počet lidí s PAS v České republice tvoří 1,7 %. Studie se samozřejmě liší v různých zemích podle jejich vyspělosti a dalších faktorů, ale v průměru se výzkumy shodují na četnosti výskytu v rozmezí 1,5 – 2 %. (Hrdlička, 2020). Ročně se tedy narodí v České republice přibližně 1 500 – 2 000 dětí s PAS (Autismus, 2022). Výskyt PAS u mužů je přibližně čtyřikrát častější než výskyt u žen (Havlovicová, Sedláček, 2014). Častější výskyt u mužů potvrzuje také Šporclová (2018), která uvádí poměr 3-4 chlapci : 1 dívka. Důležité jsou rozdíly v projevu autismu u dívek a u chlapců, které mohou také ovlivňovat právě vyšší výskyt chlapců v populaci s touto poruchou. Dívky bývají méně agresivní, mají zpravidla lepší sociální a komunikační schopnosti (Šporclová, 2018). Snaží se také více napodobovat ostatní vrstevníky a zajímat se o témata adekvátní jejich věku, čímž mohou působit sociálně zdatněji než chlapci (Dundon, 2021). Tímto často mohou neúmyslně skrývat příznaky PAS před okolím a ztěžovat tím jejich následnou diagnostiku (Šporclová, 2018).

Podle Statistického informačního systému Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy bylo v základních školách ve školním roce 2020/2021 91 763 žáků se zdravotním postižením, z toho 2 838 žáků tvořily děti s PAS (Statistická ročenka školství - výkonové ukazatele školního roku 2020/2021, 2021).

1.1.4 Diagnostika

Diagnóza pojmenovává a určuje získané nebo vrozené poruchy a zaměřuje se také na jejich následky (Hartl, 2004). Diagnózu PAS nelze vyčíst z výsledků moči nebo z krevních testů, jako tomu může být u jiných poruch a onemocnění. Je důležité si také uvědomit, že většina populace může mít znaky, které mohou částečně splňovat autistické chování, ale neznamená to, že jedinci může být nebo bude autismus diagnostikován (Šporclová, 2018).

Často se stává, že osoby s PAS jsou diagnostikovány až v pozdějším věku, to především v případě lehčí formy autismu jako je Aspergerův syndrom nebo v případě méně známých a méně častých pervazivních poruch (Thorová, 2016). Z tohoto důvodu se ne vždy bavíme pouze o diagnostice dětí, i když by to bylo ideální, ale i o diagnostice dospělých. Česká republika bojuje s včasnou diagnostikou tím, že se v 1,5 roce dítěti provádí vyšetření v rámci preventivní prohlídky, které hodnotí psychomotorický vývoj dítěte. Lékař postupuje podle Metodiky provádění a vykazování včasného zachytu PAS. Rodiče (případně jeden z rodičů) vyplní dotazník s 20 otázkami (výběr ano/ne), které

hodnotí chování dítěte. Citlivost dotazníku je velice vysoká, tudíž není ojedinělé, že dítě získá po vyhodnocení vysoký počet bodů, ale následně mu nemusí být dětským psychiatrem, ke kterému je poté poslán, diagnostikovány PAS. Toto vyšetření zcela hraří pojišťovna VZP (Jak se provádí vyšetření poruch autistického spektra při preventivní prohlídce malých dětí?, 2021).

Hrdlička (2020) definuje screening jako vyšetření, u kterého hledáme určitou chorobu u osob, které nemají všechny příznaky, ale plnohodnotné vyšetření takových osob by bylo příliš náročné na realizaci, především z hlediska času a peněz (Hrdlička, 2020). Screeningové metody používají nejčastěji pediatři v rámci běžných preventivních prohlídek (Screening & Assessment, 1967-2021), v praxi se využívají od 90. let (Hrdlička, 2020).

Beranová et al. (2014) uvádí nepoužívanější škály v ČR, kterými jsou podle ní CARS a CHAT. Thorová (2016) se s Beranovou et al. (2014) shoduje na semistrukturované škále CARS, ale mezi další screeningové metody nejvíce užívané v ČR řadí ještě DACH.

CARS je zkratkou pro **Childhood Autism Rating Scale**. Posuzovací škála dětského autismu, jak se v češtině nazývá, se skládá z 15 položek, přičemž každá položka je hodnocena body od 1 do 4 podle míry intenzity a četnosti výskytu (Beranová et al., 2014). Body se udělují na základě pozorování a k posuzovací škále je připojen i dotazník pro rodiče. CARS má od roku 2010 dvě verze – CARS-ST (standardní verze) a CARS-2 HF (vysoce funkční verze). CARS-ST je pro děti do 6 let nebo pro lidi s nižším IQ než 79. CARS-HF je pro děti od 6 let nebo pro jedince s vyšším IQ než 79, kteří jsou schopni komunikace. Oblasti, které se pozorují u obou CARS, ať už ST nebo HF, se v něčem lehce liší (např. CARS-HF hodnotí sociálně emoční porozumění a emoční exprese, což CARS-ST nemůže hodnotit vzhledem k cílové skupině). CARS slouží spíše jako pokročilá screeningová, než diagnostická metoda (Thorová, 2016).

Checklist for Autism in Toddlers (dále jen CHAT), jak už název vypovídá, je screeningová metoda pro děti v batolecím věku. M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) je jeho aktualizovaná verze (Thorová, 2016).

Dětské autistické chování neboli DACH je původem z ČR. DACH má formu dotazníku a skládá se ze 74 otázek pro rodiče dětí mezi 1,5-5 lety. Rodiče vybírají mezi odpovědi souhlasí, nesouhlasí, nebo nemohu posoudit. Následně se dotazník vyhodnocuje. Tím, že

na otázky odpovídají rodiče, dotazník není zcela objektivní, tudíž nemůže sloužit k diagnostice a je to pouze screeningová metoda (Thorová, 2016).

Jako nejověřenější metoda k vyšetření PAS se považuje ADI-R v kombinaci s ADOS-2. Kombinace těchto dvou metod se označuje jako zlatý diagnostický standard. Výhodou je velká schopnost predikce PAS díky výsledkům sociálních a komunikačních dovedností ADI-R a sociální oblasti ADOS, která dosahuje 89 % (Základní diagnostické testy, 2021).

Autism Diagnostic Interview-Revised (dále jen ADI-R) je určen pro děti od 2 let (What is ADI-R and How Does it Work?, 2021). Vyšetření probíhá pomocí strukturovaného rozhovoru, který se skládá z 93 otázek ze třech různých oblastí, ty jsou kladeny rodičům dítěte (Základní diagnostické testy, 2021). Každá položka má svoje číslo, název, definici problému, přesně definovanou otázku a způsob, jak kódovat odpověď (Beranová et al., 2014). Rozhovor slouží také k diferenciací diagnostice (Základní diagnostické testy, 2021).

ADOS neboli **Autism Diagnostic Observation Schedule** je nástroj, který má čtyři vzory. Vzory jsou voleny individuálně podle IQ dítěte. ADOS je nazýván jako zlatý standard a je jedním z nejpoužívanějších nástrojů po celém světě. Princip je v přímém pozorování chování osoby v přirozeném prostředí. Diagnostický nástroj je vhodný i pro méně zkušené lékaře, kteří by právě díky ADOS, měli být schopni diagnostikovat autismus (Zander et al., 2016). Byla také vytvořena nová přizpůsobená verze Adapted-ADOS (A-ADOS) pro osoby, které jsou starší a mají omezené komunikační schopnosti (Základní diagnostické testy, 2021).

Diagnostika se skládá z psychologického vyšetření neboli psychodiagnostiky, která začíná podrobnou anamnézou za přítomnosti rodičů – především matky, která musí být přítomna v průběhu vyšetření, aby její nepřítomnost negativně neovlivnila výsledky z důvodu možné vyvolané úzkosti u dítěte (matka není přítomna v případě, že chceme sledovat separační úzkost). Důležité je vytvořit příjemné prostředí, navázat kontakt s dítětem a rodiči a nezasahovat nijak do chodu a režimu domácnosti. Základem je pozorování a důsledné zaznamenávání chování člověka ve svém přirozeném prostředí. Jako další metoda je používán rozhovor, který se vede především s rodiči – pokud dítě verbálně komunikuje, tak samozřejmě i s ním. Při psychodiagnostice se užívají mimo pozorování a rozhovoru také vývojové škály a testy rozumových schopností. Podle vývojových škál se snažíme určit zralost dítěte a společně s testy rozumových schopností

můžeme vyšetřit jeho kognitivní funkce. Autorky také kladou důraz na kresby dítěte při vyšetřování – je důležité pozorovat nejen provedení kresby, ale také výběr tématu, chování nebo na výběr pomůcek pro kreslení. (Beranová et al., 2014)

Diferenciální diagnostika si neklade za cíl pouze potvrdit nebo vyvrátit PAS, ale zjistit také případný výskyt komorbidní poruchy či nemoci. Diagnózy, které jsou nejčastěji vyšetřované jako přidružené diagnózy s PAS jsou např. mentální retardace, schizofrenie, vývojové poruchy řeči a jazyka, sociální porucha v dětství, obsedantně-kompulzivní porucha nebo poruchy se stereotypními pohyby. Vyšetření provádí dětský psychiatr, ale může zažádat o doplňující vyšetření jiným odborníkem (jako např. dětským psychologem, foniatrem, klinickým genetikem) nebo o vyšetření přístroji (např. elektroencefalografií, magnetickou rezonancí), ale za diagnózu odpovídá pouze sám psychiatr (Hrdlička, 2020).

Nesmíme zapomenout na poslední, velmi důležitou část diagnostiky, a to je sdělování závěrů a výsledků celého vyšetření rodičům a dítěti. Jako samozřejmost se nesmí brát nejen forma, ale i obsah sdělení, který by měl obsáhnout důkladný popis poruchy a s ní i souvisejících potíží v dalších fázích života. Je důležité klást důraz na návaznost péče a doporučit odborníky, jak v oblasti medicíny, tak v oblasti psychologie, vzdělávání nebo sociálních služeb (Thorová a Beranová, 2014). Tito odborníci nejen dítěti, ale především rodině mohou výrazně usnadnit každodenní život.

Velkou nevýhodou pracovišť v České republice, specializujících se na diagnostiku autismu, je dlouhá čekací doba (Šporclová, 2018), která se díky koronavirové pandemii ještě prodloužila. V Národním ústavu pro autismus je čekací lhůta na diagnostiku v průměru 8 měsíců pro batolata a kolem dvou let pro dospělé (Diagnostické vyšetření, 2022).

1.1.5 Triáda/dyáda problémových oblastí

Thorová (2016) do triády problémových oblastí u lidí s PAS řadí komunikaci, sociální interakci a sociální chování a jako poslední představitost, zájmy a hru. Sociální chování zahrnuje např. oční kontakt, úsměv nebo broukání a je pozorovatelné takřka od narození. Sociální interakce a sociální chování u osob s PAS se liší podle závažnosti postižení, ale všechny případy mají společné to, že neodpovídají mentální schopnostem člověka (Thorová, 2016).

V posledních letech odborníci spíše inklinují k autistické dyádě, která byla zavedena jako první v roce 2013 v DSM-V. Autistická dyáda zahrnuje sociální komunikaci a omezené vzorce chování, zájmů nebo aktivit (American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013). V nové verzi MKN-11, která je uvedena v platnost v roce 2022, je již také zavedena dyáda problémových oblastí (Autism spectrum disorder, 2019).

Sociálněkomunikační deficit je pro děti s PAS typický, jelikož všechny selhávají ve funkční komunikaci a sociální interakci (Straussová a Knotková, 2011). Děti nejsou schopné využívat potenciál sociální komunikace a mají proto např. problém s navazováním očního kontaktu (Šporclová, 2018). Šporclová (2018) uvádí, že u některých dětí může nastat i regrese v oblasti komunikace. Dítě může zpočátku komunikovat verbálně, ale postupem času ztrácí znalost již nabyté slovní zásoby. Co se týče komunikace u dětí s PAS je to hodně individuální – někdo komunikuje plynule a má velkou slovní zásobu, někdo se naopak nezačne verbálně vyjadřovat nikdy a u někoho nastane již zmíněná regrese v oblasti komunikace. Nevyskytuje se zde však problém jen s vyjadřováním, ale i s porozuměním ostatním osobám (Šporclová, 2018). Mezi oblastí, ve kterých má dítě s PAS problém v komunikaci, zařazuje Šporclová (2018): oční kontakt, gesta, mimiku, postoj těla (posturiku), opožděný vývoj řeči nebo zcela chybějící řeč, výrazně narušenou schopnost iniciovat a udržet komunikaci s druhými, stereotypní používání jazyka a nepřiměřené vyjadřování (Šporclová, 2018). Kvůli nedostatečným sociálním dovednostem a komunikačním schopnostem si může okolí myslet, že dítě s PAS se záměrně izoluje od vrstevníků. Rozhodně tomu tak není u všech osob. Děti s PAS jen nevědí, jak navázat vhodně kontakt s okolím, jak si začít s ostatními dětmi hrát, právě z důvodu sociálněkomunikačního deficitu (Dundon, 2021; Šporclová, 2018).

Omezené vzorce chování, zájmů nebo aktivit jsou u dětí s PAS atypické jejich věku. Mohou se projevat nedostatkem přizpůsobivosti novým zkušenostem, okolnostem nebo aktivitám, dodržováním určitých rutin, ritualizovanými vzorci chování nebo motorickými pohyby (Autism spectrum disorder, 2019)

1.1.6 Klasifikace poruch autistického spektra

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN-10) má účinnost od roku 1993, v ČR vzešla v platnost v roce 1994. V originálním znění se nazývá dokument International Classification of Diseases and

Related Health Problems a můžeme se setkat se zkratkou ICD. Původní název byl Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (O MKN-10, 2022). PAS je zde, jak je již výše uvedeno, zařazen do pervazivních vývojových poruch pod kódem F84.0-F84.9. Následující diagnózy jsou seřazeny postupně podle kódů – od dětského autismu (F84.0) až po pervazivní vývojovou poruchu nespecifikovanou (F84.9) (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2021).

Dětský autismus neboli autistická porucha infantilní (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2021), je nejprozkoumanější oblastí v pervazivních poruchách (Hrdlička, 2014). Porucha se projevuje do 3 let věku dítěte (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2021), ale prvních abnormalit ve vývoji dítěte jako je např. vývojová dysfázie, si rodiče začínají všimnout mezi rokem až rokem a půl (Hrdlička, 2014). Děti mají problémy se sociální interakcí a komunikací a jsou typičtí svým stereotypním chováním (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2021). Tři čtvrtiny případů osob s dětským autismem trpí zároveň mentální retardací a častou přidruženou nemocí je také epilepsie. Dříve se děti s dětským autismem rozlišovali od dětí s Aspergerovým syndromem především dobrou hrubou motorikou, ale dnes jsou studie poukazující na špatný pohyb a rovnováhu i u osob s dětským autismem (Hrdlička, 2014).

Atypický autismus je diagnostikován u osob, které mají málo příznaků pro to, aby mohli být diagnostikovány jinými PAS. Symptomy bývají mírnější, ale neznamená to, že je osoba méně znevýhodněná. I s touto diagnózou může mít osoba těžké postižení (What Is Atypical Autism?, 2021). Diagnóza musí splňovat podmínku, že se autistické chování začalo projevovat až po třetím roce života u dítěte nebo je autistické chování spojeno s těžkou až hlubokou mentální retardací. Další možností diagnostiky atypického autismu je, že není splněna autistická triáda nebo pokud je splněna, tak symptomy nesplňují diagnostická kritéria (Thorová, 2016).

Andreas Rett jako první popsal **Rettův syndrom** (Thorová, 2016). Ten postihuje v naprosté převaze dívky, prevalence je 1:10 000 dívek (Mojžišová, 2019). Chlapců s tímto postižením je minimálně, jelikož jejich postižení je natolik závažné, že často umírají již v děloze nebo velmi krátce po narození (Thorová, 2016). Běžně dívky zaznamenají regresi v 6.-18. měsíci (Mojžišová ed., 2019). Do té doby se dívky vyvíjely podle normy, ale postupně se začala zhoršovat jejich komunikace a hrubá motorika. Nejtypičtějším znakem pro dívky s Rettovým syndromem je pohyb rukou – často si je

mnou nebo s nimi dělají specifické pohyby. S poruchou se pojí velmi často těžké mentální postižení (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2021). Atypický Rettův syndrom je mírná forma Rettova syndromu – dívky zpravidla chodí a mají zachovanou řeč (Thorová, 2016).

Jiná dětská dezintegrační porucha je typická svým nástupem regrese nejdříve po 2 letech života dítěte. Z neznámých důvodů v tomto období, nebo o něco později (max do 10 let věku), dochází u dítěte ke ztrátě již nabytých schopností a znalostí, i přestože se do té doby dítě vyvíjelo ve všech oblastech v normě (Thorová, 2016). Jedním z kritérií, které uvádí Thorová (2016) pro diagnostiku dětské dezintegrační poruchy, je ztráta alespoň dvou následujících již nabytých dovedností:

- Expresivní nebo receptivní jazyk
- Sociální dovednosti
- Ztráta kontroly močení či stolice
- Hra
- Motorické dovednosti

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby je diagnostikována u osob, které trpí těžkou mentální retardací a hyperaktivitou (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2021), která spočívá hlavně v motorickém neklidu a přílišné aktivitě (Thorová, 2016). V období dospělosti se hyperaktivní chování mění spíše v utlumené chování (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2021). Chování osob nesplňuje všechny autistické rysy, tudíž porucha nelze diagnostikovat jako autismus (Thorová, 2016).

Po smrti Hanse Aspergera, když v roce 1981 Lorna Wingová prosadila do praxe nový termín **Aspergerův syndrom** (dále jen AS), definitivně se přestal používat pojem autistická psychopatie (Hrdlička, 2020). Širokou veřejností je AS považován jako lehká forma autismu a v posledních letech začíná sjednocovat tahle porucha pod poruchy autistického spektra, jako je tomu již v DSM-V. Lidé s touto diagnózou mají IQ vyšší nebo v normě (Hrdlička, 2020). I díky tomu, jsou osoby s AS hodně talentované ať už v oblasti jazyka a literatury, umění, nebo mají velmi dobře rozvinuté logické a matematické myšlení, jejich zájmy jsou však hodně omezené (Thorová, 2016). Děti s AS se vyjadřují plynule, avšak jejich řeč může působit strojeně a mechanicky.

Charakteristická je pro ně také nemotornost a neobratnost, která postupem věku nemusí být tak významná (Hrdlička, 2020). Další jejich problémy spočívají v socializaci, z důvodu nízké míry adaptability a také kvůli snížené schopnosti ovládat své chování (Thorová, 2016). Tento problém si však často osoby s AS uvědomují na rozdíl od ostatních osob s autismem (Hrdlička, 2020).

Diagnóza **jiné pervazivní vývojové poruchy** není příliš známá a také ne moc frekventovaně používaná (Thorová, 2016).

Pervazivní vývojová porucha nspecifikovaná

Od roku 2022 vstoupila v platnost 11. revize ICD. Česká verze, MKN-11, je ve fázi překladu, který by měl být dokončen na konci roku 2022 (11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, 2022). Z důvodu, že zatím není česká verze, bude používána zkratka ICD-11.

ICD-11 přinese především následující změny:

- Poruchy autistického spektra spadají pod poruchy duševní, behaviorální nebo neurovývojové
- Zařazena autistická dyáda
- Poruchy autistického spektra jsou pod kódem 6A02
- Je vyřazen Rettův syndrom – nově pod kódem LD90.4
- Klasifikace podle ICD-11:
 - 6A02.0 Porucha autistického spektra bez poruchy intelektu a s mírným nebo žádným poškozením funkčního jazyka
 - 6A02.1 Porucha autistického spektra s poruchou intelektu a s mírným nebo žádným poškozením funkčního jazyka
 - 6A02.2 Porucha autistického spektra bez poruchy intelektu a s poškozením funkčního jazyka
 - 6A02.3 Porucha autistického spektra s poruchou intelektu a s poškozením funkčního jazyka

- 6A02.5 Porucha autistického spektra s poruchou intelektu a s absencí funkčního jazyka
- 6A02.x0 bez ztráty předchozích nabytých schopností
- 6A02.x1 se ztrátou předchozích nabytých schopností
- 6A02.Y Jiná specifikovaná porucha autistického spektra
- 6A02.Z Porucha autistického spektra nespecifikovaná (Autism spectrum disorder, 2019)

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (dále jen DSM) vydává Americká psychiatrická společnost. Zatím poslední, 5. edice, vyšla v roce 2013. PAS jsou zde zařazeny pod neurovývojové poruchy s kódem 299.00. Autoři sloučili diagnózy Aspergerův syndrom a pervazivní vývojové poruchy do jednoho a souhrnně se označují jako PAS. Z manuálu byl dále vyřazen Rettův syndrom, který dle manuálu nesplňuje diagnostická kritéria PAS. Tvůrci DSM-V rozdělují PAS do 3 úrovní závažnosti: vyžadující podporu, vyžadující značnou podporu a vyžadující velmi značnou podporu. (American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013)

Autismus dělíme podle funkčnosti na vysoce funkční, středně funkční a nízko funkční autismus. Vysoce funkční autismus označujeme jako autismus bez přítomnosti mentální retardace. Tyto osoby mají IQ v normě a je zachována jejich řeč. Nízko funkční autismus je označován u osob s těžkou až hlubokou mentální retardací, které nejsou schopni řeči a pouze minimální komunikace. (Hrdlička, 2014)

1.2 Open Therapy of Autism

Open Therapy of Autism (dále jen O.T.A.) je jedna z mnoha terapií užívajících se u dětí s PAS. Možnost jejího využití nenacházíme pouze u osob s PAS, ale i u lidí s poruchou behaviorální, neurovývojovou nebo s pervazivně vývojovou poruchou (Open Therapy of Autism, 2017). Metoda vznikla původně pro děti raného věku, ale momentálně je v Centru Terapie Autismu poskytována i dětem ve věku 3-19 let (Terapie, 2017).

1.2.1 Historie a vznik terapie

Terapie je původem z České republiky a jejím autorem je PhDr. Romana Straussová, Ph. D., která také založila Centrum Terapie Autismu, kde se od roku 2012 tato metoda vyvíjí (Open Therapy of Autism, 2017). Straussová není pouze autorem, ale také metodikem, videotrenérem a supervizorem O.T.A. (Certifikovaní terapeuti O.T.A., 2017). O.T.A. vznikla na základě výzkumu, který trval 6 let mezi roky 2011 až 2016, vedla ho právě Straussová společně s Vágnerovou. Původní metody byly v průběhu měněny a přizpůsobovány (Straussová, 2016). Výzkum s názvem *Stimulace sdílené pozornosti u dětí s pozitivním screeningem autismu ve věku 17-30 měsíců za využití metody VTI* (zkratka pro videotrénink pozitivních interakcí) byl prováděn na dětech ve věku 17-30 měsíců (Straussová, 2016). Tudíž již z názvu vyplývá, že se neužívá pouze samostatná metoda O.T.A., ale užívá se v kombinaci s VTI a ve 2,5 letech dítěte se užívá také TEACCH program (Open Therapy of Autism, 2017). TEACCH je zkratka pro Teachment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children. Program využívá strukturované učení, jehož principem je individuální přístup, vizualizace a motivace (Šporclová, 2018).

Na začátku roku 2019 započal nový projekt, který se zaměřuje na účinnost terapie O.T.A (Open Therapy of Autism, 2017).

1.2.2 Principy terapie

Jednou ze zvláštností a také fakt, čím je terapie ojedinělá, je práce s rodiči. Neprovádí se trénink nebo nácvik s dítětem, ale jsou trénováni rodiče, aby mohli následně cvičit s dítětem a aby se naučili novému přístupu k dítěti. Princip, na kterém O.T.A. staví svou intervenci, je posilování vztahu rodič a dítě pomocí pravidelného cvičení, jelikož vztah dítěte s PAS k rodiči je oslaben. (Straussová, 2016)

O.T.A. čerpá především z vývojové psychologie, neurovědy. Je postavena na teorii zrcadlových neuronů a na teorii intersubjektivit (Terapie, 2017). Termín intersubjektivita je to, co osoby společně sdílí a na čem se shodnou (Pojem intersubjektivní, 2005-2021). Teorii zrcadlových neuronů vymezuje profesor Baron-Cohen (Terapie, 2017). Zrcadlové neurony slouží k napodobování a mají také za úkol pomoci porozumět výrazům v obličeji. Pokud se v obličeji objeví nějaký výraz, zrcadlové neurony nás nutí udělat výraz totožný, proto je to někdy považováno jako základ empatie

(Zrcadlové neurony – jak se dokáže mozek vcítit do druhého člověka?, 2015). Většina lidí s PAS má však narušenou část mozku, kde jsou umístěny právě tyto zrcadlové neurony (Šporclová, 2018).

1.2.3 Průběh a cíle terapie

Straussová (2016) uvádí ve svém ebooku sérii deseti cvičení, která jsou potřeba postupně každý den procvičovat. Důležitá je zde práce rodiče a s tím i jeho důslednost, pravidelnost opakování cviků (doporučuje se zapisovat si počet opakování jednotlivých cviků, denně by mělo být nejméně 20-30 opakování). Straussová (2016) zdůrazňuje důležitost odměny rodičům, kteří zvládli cvičení s dětmi. Určitý posun a výsledky se mohou dostavit někdy až po třech měsících dodržování pravidelného cvičení.

První cvičení je *lechtání*, u kterého se jako u jediného cvičení doporučuje poslušnost. U ostatních cvičení je možnost jejich kombinace, ale s mírou. U cvičení lechtání je cíl, aby se dítě dlouze a zvonivě smálo společně s rodičem, a aby sdílelo jeho radost, což je u dětí s PAS problém. Rodič si položí dítě na záda, aby na sebe vzájemně viděli a začne s hříčkami, které by mohly dítě rozesmát („prdění“ na určitou část těla, lechtání). Rodič má kromě hříček za úkol také smát se v průběhu cvičení. (Straussová, 2016)

Druhé cvičení se jmenuje *oční kontakt po zavolání jménem*, které pracuje s předchozím cvičením – lechtáním. Dítě si opět položíme na záda a lechtáme ho, zatímco se směje. S lechtáním skončíme, když se dítě odkloní. Poté zavoláme hlasitě, vesele, až zpěvně jméno dítěte. Pokud se na nás podívá, začneme opět s lechtáním. Tím, že začneme opět lechtat, dáváme dítěti najevo, že zareagovalo správně (navázalo oční kontakt na žádost) a odměníme ho lechtáním. (Straussová, 2016)

Ukazování je třetím cvičením, kdy vedeme dítě k porozumění řeči pomocí knížek. Běžně si dítě prohlíží knížky a ukazuje na obrázky, aby mu je někdo v okolí pojmenoval. Dítě s PAS si prohlíží knížky bez ukazování, čímž si nebuduje pasivní slovní zásobu, která je tak důležitá k porozumění. Po nácvičku přechozích dvou cvičení by si mělo po cca čtvrt až půl roce začít ukazovat na obrázky v knížkách, pokud ne, budeme k tomu dítě vést pro nácvičku sdílené pozornosti. (Straussová, 2016)

Sdílená pozornost je dalším cvik, která je nutný obzvlášť u dětí s PAS fixovat, jelikož ho jinak nebudou využívat. Rozdílem od předchozího cvičení je, že rodič nepojmenovává obrázky hned, jak na něj dítě ukáže, ale až poté, co se na něj otočí. (Straussová, 2016)

Páté cvičení, *pojmenování*, je možné užívat zároveň s cvičením lechtání. Návčik spočívá v tom, že dítě provádí nějakou činnost, ve které my ho nerušíme, ani neříkáme, co má dělat, ale pozorujeme ho a pojmenováváme, co dítě právě dělá, s čím si hraje. Tím, že pojmenováváme předměty a činnosti, které zaujímají pozornost dítěte v tu danou chvíli, tím ho také učíme, i když nám přijde, že dítě nevnímá, učíme ho tím vnímat lidský hlas. (Straussová, 2016)

U dítěte s PAS je důležité dbát na jeho tempo, které bývá zpravidla rychlejší než u běžných dětí. Musíme si dát pozor na to, abychom naopak my nezvyšovali naše tempo a nenechali se „strhnout“ dítětem. Měli bychom se sladit s dítětem nebo ho případně naším tempem zklidnit, proto se tohle cvičení nazývá *tempo interakcí*. Dítě tak lépe porozumí řeči, pokud na něj nebudeme chrlit velké množství informací. (Straussová, 2016)

Následuje cvičení *ano-série a zpevnování dobrého chování konkrétní zpětnou vazbou*. Nesmíme jako rodič dítě zapomenout chválit za to, co se mu povedlo a přesně definovat to, co udělalo správně. Je také potřeba dbát na to, že i zákaz se dá říct bez negativ a je potřeba dítěti vysvětlit, proč něco nejde nebo nemůže. Druhým úkolem pro rodiče v tomto cvičení je pozorovat chování dítěte a soustředit se na to pozitivní. Následně dítěti pojmenujeme to chování, které je pro nás žádoucí a je bráno jako správné a tím mu dáváme zpětnou vazbu. Cílem je podpora správného chování dítěte a tím postupně eliminovat nežádoucí chování. (Straussová, 2016)

Jedním z hlavních problémů u dětí s PAS jsou emoce – ať už vlastní nebo emoce okolí. Tím, že dítě nechápe své emoce, nemůže chápat ani emoce druhých, v tom se mu snažíme pomoci *sdílením emocí*. Cíl je, aby se dítě naučilo rozpoznávat své emoce pomocí toho, že rodič odhaduje, jakou má zrovna náladu a tu mu pomocí intonace hlasu promítne. Dítě tak uvidí, jak vlastně vypadá jeho emoce, jelikož je před ním promítána. (Straussová, 2016)

Předposlední cvičení je návčik *připojování se k aktivitě dítěte*, aby s námi sdílelo jeho činnosti. Nejdříve začne rodič dítě mlčky pozorovat (cca 1 minutu) při jeho činnosti. Až se naladí na jeho tempo a náladu, začne rodič používat citoslovce (cca 2-4 minuty) a hodně u toho intonuje hlasem. Postupně se pomalu začne přibližovat k dítěti. Je třeba dát pozor na to, aby rodič do hry nijak nezasahoval a dítě neinstruoval. Když dítě zaregistruje rodiče a vnímá ho, rodič se ještě více přiblíží k dítěti, aby si začali hrát spolu.

Nesmí zapomenout na to, aby stále intonoval, ale zároveň nezasahoval. (Straussová, 2016)

Poslední, desáté, cvičení si klade za cíl *zapojování do skupiny* dítě s PAS, s čímž má problém, jelikož často nevnímá ostatní děti nebo chce být vůdčí osobností ve skupině. Cíl zapojení do skupiny je, aby dítě vědělo, že všechna pozornost není na něm, že je pouze součástí skupiny, ale ne její hlavní díl. Je potřeba posílit pocit sounáležitosti, díky zapojení do činnosti i ostatních členů rodiny (matka a otec nebo sourozenci) a vzájemné interakce s nimi. Tím dítě začne vnímat sebe samého jako součást skupiny a začne vnímat okolí. (Straussová, 2016)

Výsledkem předchozích cvičení by mělo být: vytvoření vztahu dítě a rodič. Dítě rozeznává žádoucí a nežádoucí chování, umí sdílet pozornost a svou radost s rodičem a postupem času i s okolím, umí vnímat své emoce a díky tomu i emoce ostatních. Je také potřeba dítěti stanovovat hranice i pro jeho pocit bezpečí a jistoty, což je poslední krok intervence. (Straussová, 2016)

Intervenční program Straussově udává výsledná čísla: 38 % vystoupilo z PAS, dalších 31 % mělo hraniční symptomatiku PAS, pouze 6 % mělo klinický obraz PAS a 25 % dětí má vývojovou dysfázii. (Straussová, 2016)

1.2.4 Organizace poskytující terapii

Romana Straussová založila Centrum terapie autismu, které má dnes 4 pobočky – dvě se nachází v Praze a zbylé dvě v Havlíčkově Brodě a v Ostravě. Je však vytvořena síť spolupracujících center a pracovišť, které poskytují terapii O.T.A. Pracoviště se nachází v 8 krajích v ČR: Jihočeském, Zlínském, Královehradeckém, Libereckém, Moravskoslezském, Pardubickém, Středočeském a Karlovarském kraji. (Síť spolupracujících center a pracovišť, 2017)

V centru poskytují terapii O.T.A., ale také školí další centra, zdravotníky, poradce rané péče a pedagogy, a to nejen v ČR, ale od roku 2018 i na Slovensku (Open Therapy of Autism, 2017).

Na webové stránce CTA jsou uvedeny podmínky pro přijetí uchazeče do výcviku O.T.A., které jsou následující: vzdělání v oboru speciální nebo sociální pedagogiky, psychologie nebo v příslušném zdravotním oboru a nutná praxe s dětmi s PAS nebo s neurovývojovou

poruchou, která trvala min. 2 roky. Romana Straussová však uvádí, že nejde tolik o vzdělání, protože stát tyto terapie nijak neplatí, jen skrze sociální službu, čímž vzdělání v oboru sociální práce stačí. Vícekrát však zdůrazňuje, že než vzdělání je důležitější motivace pro práci a vůbec pro dokončení výcviku. Nejdůležitější však je, aby terapeut uměl pracovat s dětmi s PAS a také s jejich rodiči (Vzdělání terapeutů, 2022).

Pro splnění výcviku je povinností absolvovat 60 hodin teorie, 20 hodin náhledů, 20 hodin práce s dítětem pod dohledem a 20 hodin supervize. Supervizi je nutné i nadále absolvovat pod vedením metodika O.T.A. jednou ročně i po získání certifikátu. Po splnění povinností zbývá závěrečná zkouška, která má za úkol prověřit praktické dovednosti absolventa. Certifikát, který je získán po splnění závěrečné zkoušky, má platnost po dobu 5 let. (Certifikovaní terapeuti O.T.A, 2017)

Proškolování jsou v metodě O.T.A. kliničtí logopedi, pediatři, pedopsychoiatri. V kurzech MPSV jsou proškolování poradci rané péče, v kurzech MŠMT pedagogové. Na Ostravské univerzitě je v rámci lékařské fakulty vyučován předmět zabývající se metodou O.T.A. (Open Therapy of Autism, 2017).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak jsou rodiče dětí s PAS spokojeni s výsledkem O.T.A. u jejich dětí.

2.2 Výzkumné otázky

Vzhledem ke stanovenému cíli práce, byly zvoleny dvě následující výzkumné otázky:

VO1: Jak rodiče hodnotí průběh O.T.A.?

VO2: Jak jsou rodiče spokojeni s výsledkem O.T.A. u jejich dětí?

3 METODIKA

3.1 *Metody a techniky výzkumu*

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla jako nejvhodnější metoda, vzhledem ke stanoveným cílům, zvolena kvalitativní výzkumné strategie. Švaříček a Šed'ová (2014) definují kvalitativní výzkum jako proces zkoumání jevů, jehož cílem je dostat komplexní obraz, který je založen na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu.

K získání dat byla použita technika rozhovoru, který je nejčastěji používaným nástrojem v rámci kvalitativního výzkumu, někdy označovaný také jako hloubkový rozhovor. Jako nejvhodnější technikou byl vybrán polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor byl zvolen vzhledem k potřebě naplnit předem daný cíl bakalářské práce, ale zároveň proto, aby měl rodič dostatečný prostor k vyjádření svých poznatků a zkušeností z terapie. V polostrukturovaném rozhovoru byly kladeny předem připravené otázky vztahující se k názorům a pocitům rodičů ohledně terapie O.T.A. Podle potřeb byl rozhovor doplněn o navazující nebo doplňující otázky k získání potřebných informací. Většina otázek byla otevřená, jelikož jen pomocí otevřených otázek je možné získat pohled jiných lidí bez omezení výběru a tím umožňuje vysvětlení jejich přístupů (Švaříček a Šed'ová, 2014). Uzavřené otázky, které byly položeny, sloužily především k získání základních údajů především o dítěti jako třeba – věk dítěte při nástupu na terapii, věk dítěte při stanovení diagnózy nebo místo bydliště.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Výzkumný soubor je dle Reichela (2009) množina objektů, kterých se výzkum a s ním spojené zkoumání týká. Na objekty se mají vztahovat výsledky zkoumání (Reichel, 2009). Výzkumný soubor pro účely výzkumu bakalářské práce tvořilo 6 rodičů – matek dětí s PAS, kteří absolvovali terapii O.T.A. Kontakt na komunikační partnery (dále jen KP), kteří souhlasili s jeho sdělením a s účastí ve výzkumu, jsem získala díky Centru Terapie Autismu (dále jen CTA). Další kontakty na KP jsem získala metodou sněhové koule neboli snowball sampling. Reichel (2019) tuto metodu nazývá jako výběr nabalováním a vnímá jí jako vhodnou pro vyhledávání souborů, pro které nejsou žádné seznamy nebo jiné opory. KP jsou požádáni, aby vybrali pár lidí, kteří by byli vhodní pro

zařazení do výzkumu. Následně jsou vhodní adepti osloveni s žádostí o účast ve výzkumu a o následné uskutečnění rozhovoru (Reichel, 2019).

3.3 Průběh sběru dat a způsob zpracování dat

Rodiče dětí s PAS, kteří absolvovali terapii O.T.A. jsem oslovila díky kontaktům získaných z CTA v souladu s Obecným nařízením o ochraně osobních údajů (GDPR). Sběr dat se uskutečnil od dubna do července 2022. Rozhovory probíhaly jak osobně, tak i telefonicky s ohledem na to, v jaké lokalitě se KP nacházel a jakou formu rozhovoru také preferoval. Osobně proběhl pouze jeden rozhovor, a to na území Prahy. Rozhovory byly nahrávány na diktafon na mobilní telefon a postupně byly doslovně přepisovány do elektronické podoby a následně kódovány. Podrobnější a přehlednější harmonogram průběhu sběru dat je zpracován do níže uvedené tabulky (viz tab. 1).

Tabulka 1: Časový harmonogram průběhu sběru dat

Září – prosinec 2021	Teoretická část BP
Leden 2022	Kontaktováno CTA
Únor – březen 2022	Získány kontakty na KP + kontaktování KP, vypracování informovaného souhlasu
Duben – červen 2022	Praktická část BP – rozhovory + metodika výzkumu
Září – listopad 2022	Přepisovány rozhovory + kódování
Leden – březen 2023	Výsledky + diskuze + závěr

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Bylo zvoleno otevřené kódování, kdy byl text rozložen na menší části, kterým byly následně přiřazeny kódy. Po otevřeném kódování bylo postupováno podle axiálního kódování, kdy uspořádáním novým způsobem byly vytvářeny nové vztahy mezi kategoriemi. Kategorie byly dále uspořádávány a selektivním kódováním byla zvolena hlavní kategorie.

3.4 Etika výzkumu

KP byli předem seznámeni s bakalářskou prací a cílem jejího výzkumu, kterého se účastní. Účastníkům výzkumu byla zachována anonymita nezveřejňováním dat, která by mohla vést k jejich následné identifikaci. Všichni KP si přečetli a podepsali informovaný souhlas s účastí ve výzkumném projektu v rámci BP, čímž souhlasili s účastí a s užitím dat pouze pro účely bakalářské práce. Účast KP byla zcela dobrovolná a rozhovor mohli kdykoliv přerušit nebo ukončit. Výsledky byly zpracovány výhradně mou osobou, jakožto řešitelem výzkumu.

3.5 Limity výzkumu

Prvním limitem výzkumu je nízký počet KP, se kterými byl rozhovor proveden. Bylo to způsobené omezeným výběrem a následným zjištěním, že rodiče dětí s PAS, kteří podstoupili O.T.A. terapii, ve většině případů nejsou v kontaktu s jinými rodiči. Metoda sněhové koule, která byla vybrána z důvodu, že neexistuje žádný seznam rodičům, kteří podstoupili O.T.A., avšak nenaplnila zcela svůj záměr, kvůli kterému byla zvolena.

Limitem číslo 2 je fakt, že všichni KP docházeli na terapii O.T.A. do stejného zařízení, kterým je CTA v Praze. CTA bylo zprostředkovatelem kontaktu s rodiči dětí s PAS, takže bylo také nutné z těchto kontaktů vycházet. Tomuhle limitu měla předejít metoda sněhové koule, která byla zvolena z důvodu viz limit číslo 1. Avšak tahle metoda nenaplnila očekávání tím, že nebyl získán kontakt na KP z jiného centra. Hodnocení spokojenosti rodičů by tak nemuselo být objektivní z toho důvodu, že probíhalo v rámci jednoho centra, i přestože CTA je nejvýznamnějším poskytovatelem služeb terapie O.T.A., kde byla terapie také nadále rozvíjena Romanou Straussovou.

Třetím možným limitem výzkumu je subjektivní hodnocení rodičů, které může být ovlivněno jak v průběhu terapie, tak i v průběhu dotazování. Odpovědi mohou být neúmyslně ovlivněny v negativním ale i v pozitivním směru. Hraje zde roli i např. aktuální rodinná situace, nálada nebo fáze terapie, ve které se momentálně nachází. Hodnocení může být ovlivněno také věkem nástupu dítěte na terapii a délkou docházení, poněvadž se to může odrážet na očekávaném výsledku.

4 VÝSLEDKY

Výsledky výzkumu bakalářské práce se zabývají spokojeností s terapií a shrnují výsledky, které vyplynuly z polostrukturovaných rozhovorů s KP.

Výzkumný soubor tvořilo 6 rodičů neboli KP, ve všech případech to byly matky dětí s PAS. Tab. 2 shrnuje základní identifikační údaje o dětech všech zapojených KP. Děti byly ve věku od 3 do 10 let z toho byly dvě dívky a čtyři chlapci. Všechny děti v době rozhovoru stále aktivně docházely na terapii do CTA v Praze. Tabulka 2 zahrnuje i věk dětí v době stanovení diagnózy a přesnou diagnózu, která jim byla stanovena. Jedna dívka dosud nemá určenou přesnou diagnózu, z toho důvodu je ve sloupci „věk dítěte v době diagnostiky“ uvedeno „není přesně stanovena“, jelikož v době realizace rozhovoru už přes rok čekali na stanovení diagnózy.

Tabulka 2: Základní identifikační údaje o dětech komunikačních partnerů

Komunikační partner (KP)	Pohlaví (věk dítěte)	Věk dítěte v době diagnostiky	Přesná diagnóza
KP 1	Dívka (3)	2	PAS, opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie, ADHD
KP 2	Chlapec (10)	2	Dětský autismus
KP 3	Chlapec (10,5)	3,5	Dětský autismus, hyperaktivita, porucha pozornosti
KP 4	Dívka (3,5)	Není přesně stanovena	Zatím: PAS a vývojová dysfázie
KP 5	Chlapec (5,5)	3	Dětský autismus, ADHD, středně těžká mentální retardace
KP 6	Chlapec (4)	3	Dětský autismus

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

4.1 Začátek terapeutického procesu

Otázka týkající se začátků terapeutického procesu donutila všechny rodiče se zamyslet, v kolika letech dítěte začali navštěvovat CTA a také nad tím, jak objevili nebo proč se rozhodli zrovna pro terapii O.T.A. I rodiče, kteří na O.T.A. dochází již delší dobu, si pamatovali přesně, za jakých okolností a kdy s terapií začali. Všichni KP začali docházet na terapii, když dětem bylo mezi 2 až 4 roky. Pokud věk nástupu do terapeutického procesu porovnáme s věkem stanovení diagnózy (viz tab. 2), vyplývá z toho, že rodiče kontaktovali CTA velmi krátce po stanovení diagnózy nebo ještě před stanovením diagnózy. KP se v tomto případě dělí přesně na polovinu – jedna polovina začala na terapii dojíždět ještě před stanovením diagnózy a druhá polovina až po vyřčení diagnózy od odborníka.

Všichni uvedli, že navštěvovali pouze O.T.A. v CTA v Praze, jedinou výjimkou v tomto případě byl KP 2. Ten navštěvoval ze začátku současně dvě centra – CTA a AUT-centrum, po nějaké době zůstali pouze v CTA. Návštěvu obou center odůvodnila matka: „...protože ty kapacity byly tak omezený všech těch specialistů, že jsme vlastně museli takhle kombinovat a pak jsme zůstali v Centru Terapie Autismu.“

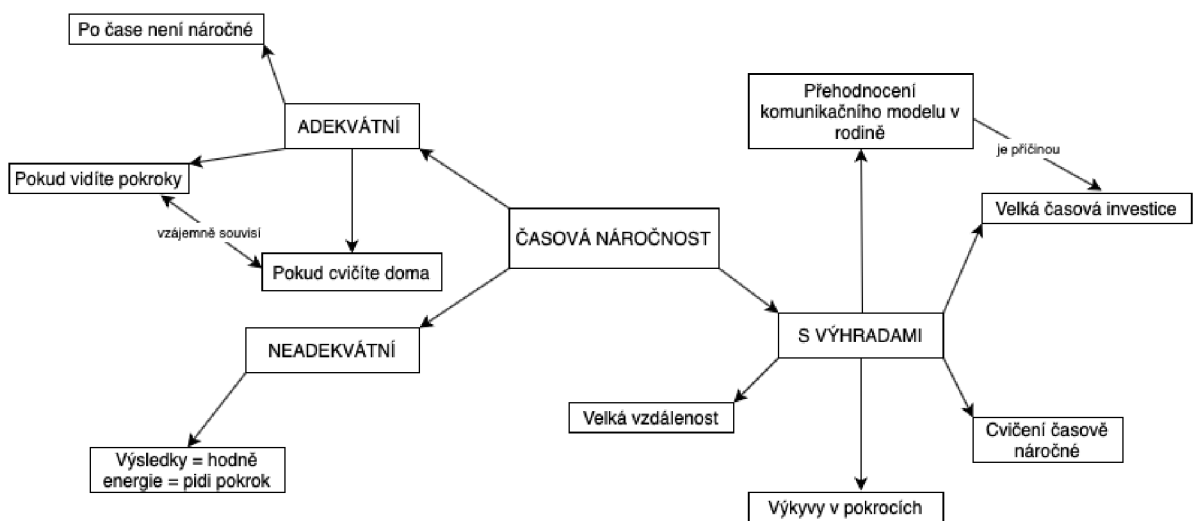
Na Centrum ve většině případech přišli díky hledání odborné pomoci ve formě terapie na internetu. V rozhovorech byla několikrát zmíněna nespokojenost právě se získáváním informací ohledně následné péče po stanovení diagnózy, jelikož si rodiče museli vyhledávat všechny informace sami. K vyhledávání používali ve všech případech již zmiňovaný internet. Pouze dva KP dostali doporučení od specialistů. KP 3 uvádí: „Takže já jsem předtím už byla v kontaktu s NAUTISu, takže jsem nějak jako předpokládali, že něco tam bude a mmm, tam čekací období jsou úplně neuvěřitelný, takže naše psychologka nám doporučila Centrum terapie autismu a já jsem se hned ozvala.“ KP 5 uvedl dva zdroje – internet a speciálně pedagogické centrum, díky kterým přišel na CTA: „No já jsem vlastně hledala neustále nějaký informace na internetu, takže jsem na to CTA jakoby narazila, pak mi ho ještě někdo i doporučoval, myslím, že SPČečko.“

4.2 Časová náročnost

Otázka časové náročnosti se týkala především cvičení doma i na terapii, opakování cviků a dojíždění do Prahy do CTA. Všichni se shodli, že terapie je časově náročná ať už

dojížděním nebo cvičením doma a výsledky pro většinu nejsou vždycky stoprocentně adekvátní v poměru k vynaloženému času a energii.

V otázce časové náročnosti (viz obr. 1) většina rodičů uvedla jisté výhrady, které jsou znázorněny v grafu u větve S VÝHRADAMI a popisuje, jaké výtky KP měli. Další větev ADEKVÁTNÍ reprezentuje úplnou adekvátní časovou náročnost pro rodiče. K tomu, aby pro ně byla odpovídající časová náročnost, se rodiče často museli dopracovat časem a zároveň vidět výsledky v jejich odvedené práci. Do větve NEADEKVÁTNÍ byl zařazen pouze jeden KP, který uvedl, že pokroky jsou velice malé, vzhledem k vynaložené spoustě energie, tudíž výsledky nejsou dle něj odpovídající.



Obrázek 1: Hodnocení časové náročnosti (vlastní výzkum, 2022)

Většina rodin, se kterými byl rozhovor proveden navíc nebydlí v Praze, takže musí dojíždět na terapie autem, což bylo často vyzdvihoováno jako jedna z hlavních nevýhod vztahující se k této kategorii. Na dojíždění je vynaloženo hodně času, ale také spousta finančních prostředků. Pro některé děti navíc může být cesta autem stresující nebo nekomfortní. Dva KP z šesti žijí v Praze, tudíž nemusí řešit obtíže spojené s dopravou a dojížděním.

Často rodiče také připomínali velkou časovou náročnost cvičení doma a s tím spojené i spousta vynaložené energie. KP 3 uvedl, že cvičení bylo zpočátku náročné, ale postupem času se to změnilo: „Jako, když už se člověk má zakódovaný a nacvičený, už to dělá automaticky, takže emm, takže já nevím jako, ono se opravdu tedko zdá, že je to takový programování naše a dítěte, takže my jsme už naprogramovaný, už to víme a nějak nám to náročný nepřijde.“

4.3 Spokojenost s terapeutu

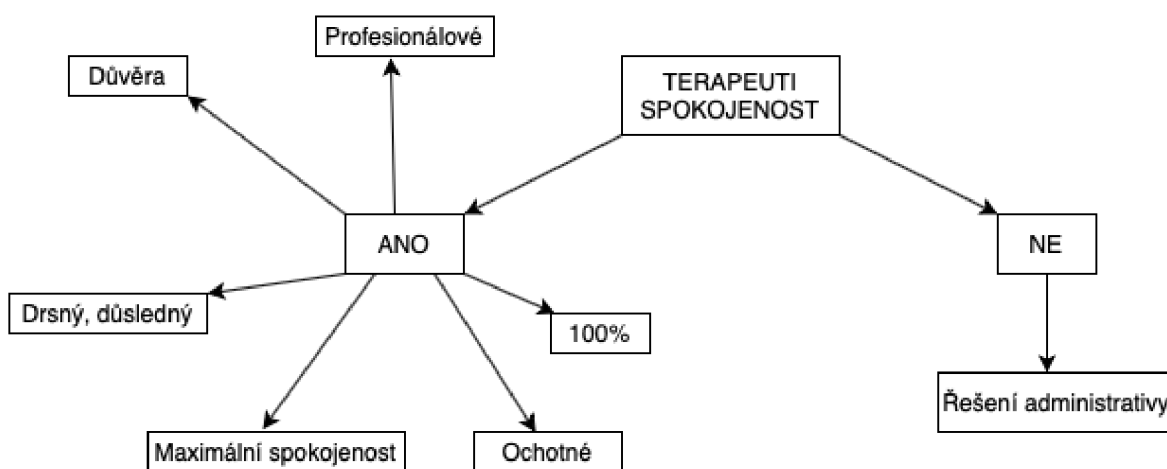
Vztah rodič-terapeut je při O.T.A. velice zásadní, nýbrž jsou spolu pořád v kontaktu nejen na terapii, ale i mimo ni. Z výše uvedeného důvodu jsem otázku na spokojenost s terapeutu a následnou odpověď rodičů na ní považovala jako jednu z nejdůležitějších. Od vztahu s terapeutem se odvíjí spousta věcí jako je motivace při terapii a následné cvičení doma nebo důvěra v terapeutický proces. Zároveň vztah ovlivňuje také spousta věcí jako třeba momentální nálada zúčastněných nebo vzájemné sympatie.

Z rozhovorů lze vyčíst v podstatě naprostou spokojenost rodičů s terapeutu. Všechny matky na otázku týkající se terapeutů reagovaly vždy kladně a s nadšením v hlase. Pokud už matky nějaké věci, se kterými byly nespokojené, uvedly, samy pak dodaly, že to jsou maličkosti nebo že za to terapeuti nemohou. Často také prezentovaly nejen své názory na terapeutu, ale i názory otce dítěte, pokud s nimi žije ve společné domácnosti. Některé vyzdvihovaly i kladný vztah dítěte s terapeutem. KP 1 na otázku týkající se spokojenosti s terapeutu uvedl: „*Ty ženský tomu dávaj úplně všechno bych řekla. Jednaj s vámi mile, vstřícně, všechno vám vysvětlí dopodrobna, když jsme na tý terapii s mojí dcerou, tak jedna terapeutka si s ní hraje, ta jí jakoby zabaví, ta sama má autistický dítě ve věku 4-5 let, takže ta sama ví, jak s ní má jednat, takže to je pro mě úplně příjemný a ta druhá, co komunikuje se mnou a zadává mi úkoly, tak to je prostě ženská na svém místě. Ta tomu dává úplně všechno, takže za mě 100 procent.*“ KP 4 uvedl, že přístup terapeutů hodnotí jako: „*motivující, odborný, nápomocný, vždy povzbuzující.*“

Jak již bylo řečeno, terapeut je s rodičem/rodiči v kontaktu i mimo terapii. Mnoho rodičů si chválí, že to nekončí terapií, ale že se na terapeutu můžou spolehnout a poradit se s nimi i jindy než jen v rámci terapie. Je pro ně důležité mít se kam a hlavně mít se na koho obrátit v případě pochybností. KP 3 uvádí ke spolupráci i mimo terapii: „*... vždycky, jak jako jsme měli, máme, když je problém nebo nějaká potřeba, tak si sedneme, popovídáme si, vymyslíme, co a jak je potřeba...*“ KP 1 se vyjádřil ke spolupráci mimo terapii takhle: „*Když třeba mám nějaký problém nebo potřebuju poradit, ať je to výběr hraček, protože ty autisti nemůžete jim dávat třeba interaktivní hračky, který hrajou, blikaj, takže třeba když dcera měla narozeniny, tak jsem je poprosila, jestli mi můžou poradit s výběrem hraček, takže mi ochotně hned odepsali, jaký výběr hraček mi můžou poradit a podle toho jsem se řídila, takže jakékoli problém mám, stačí napsat, zavolat a oni automaticky hned odepíšou. To je bomba, že i ve svém volném čase, tak jim můžeme napsat.*“ I tento

kontakt podporuje vztah rodič-terapeut. Dodává to rodičům jistotu a díky tomu mají kdykoliv možnost se v případě pochybností na koho obrátit.

Na obr. 2 je rozděleno hodnocení spokojenosti na dvě větve – ANO a NE. Obě větve jsou dále rozšířeny na konkrétní postřehy rodičů. Větev NE zahrnuje pouze jednu výtku od KP 4, který se na otázku, zda by něco vytknul terapeutům, vyjádřil: „*Asi jen to, že zpočátku se nutná administrativa řešila v oněch 2 hodinách terapie.*“ Větev NE však v tomto případě nereprezentuje úplnou nespokojenost s terapeuty, ale jak jsem již zmínila, tak je to pouze výtku. KP 4 jinak neměl jiné připomínky a s terapeuty v rámci terapie byl spokojen.



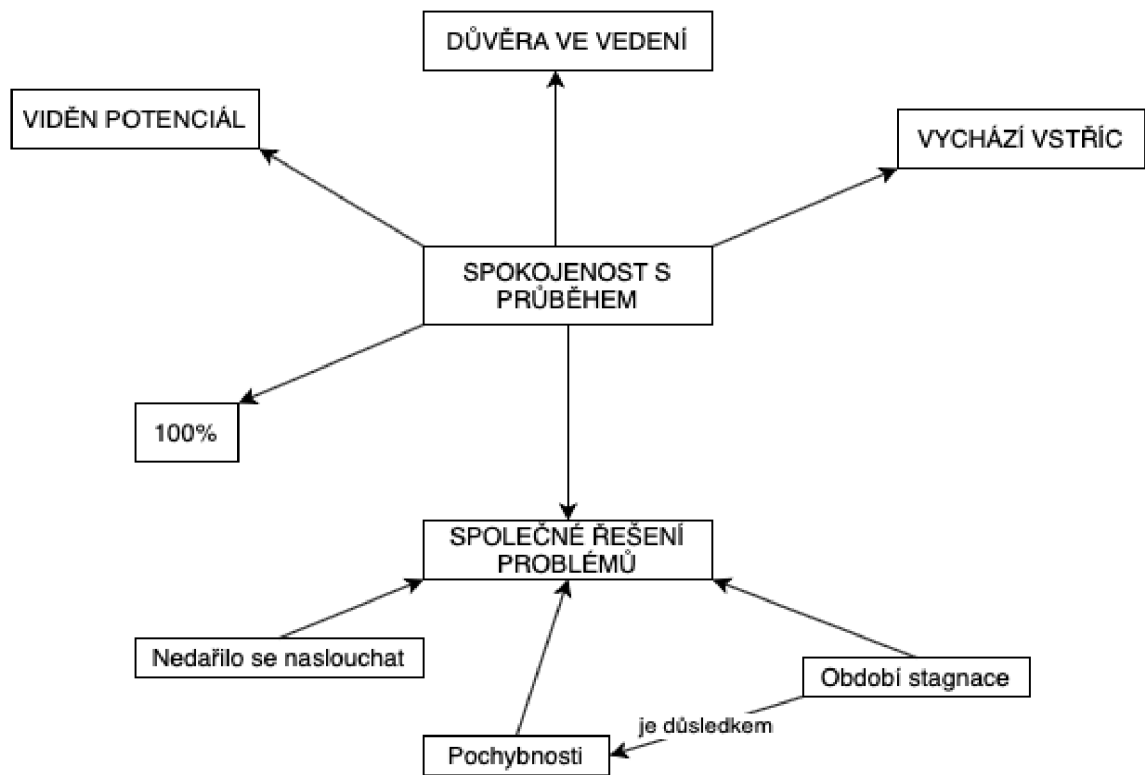
Obrázek 2: Spokojenost rodičů s terapeuty (vlastní výzkum, 2022)

4.4 Spokojenost s průběhem a vedením terapie

Ačkoli je toto jedna ze dvou výzkumných otázek, úzce souvisí i s předchozí kategorií – spokojenost s terapeuty, protože hlavně oni určují náplň terapie a celou ji také vedou. Nikdo z KP nevyjádřil nespokojenost nebo jakoukoliv připomínku k tomu, jak terapie probíhá, postupuje a jak je vedena. KP 4 se při této otázce vrátil k výtce řešení administrativy v rámci terapie, ale ta byla již zahrnuta v předchozí kategorií a vztahovala se spíše právě k terapeutům, z toho důvodu nebyla zahrnuta v grafu (viz obr. 3). Nikdo další nevedl nic negativního týkající se probíhajících terapií v CTA.

Z grafického zobrazení (viz obr. 3) vyplývá již zmíněná spokojenost s tím, jak terapie postupovala. KP 2 vystihnul, jak probíhal terapeutický proces, i když se nedařilo v danou chvíli: „*Mm, já jsem měla důvěru k tomu, já jsem neměla, co jakoby vyčítat. Já jsem jenom naslouchala tomu. Někdy se to dařilo, někdy se to nedařilo, někdy jsme to opravdu*

museli jako hodně si sednout a zamyslet co dál, protože to stagnovalo nějakou dobu a nějak jsme nemohli najít nástroje, ale to bylo vlastně takový, společnýma silama se hledalo řešení, a nakonec se myslím velmi úspěšně.“



Obrázek 3: Spokojenost KP s průběhem a vedením terapie (vlastní výzkum, 2022)

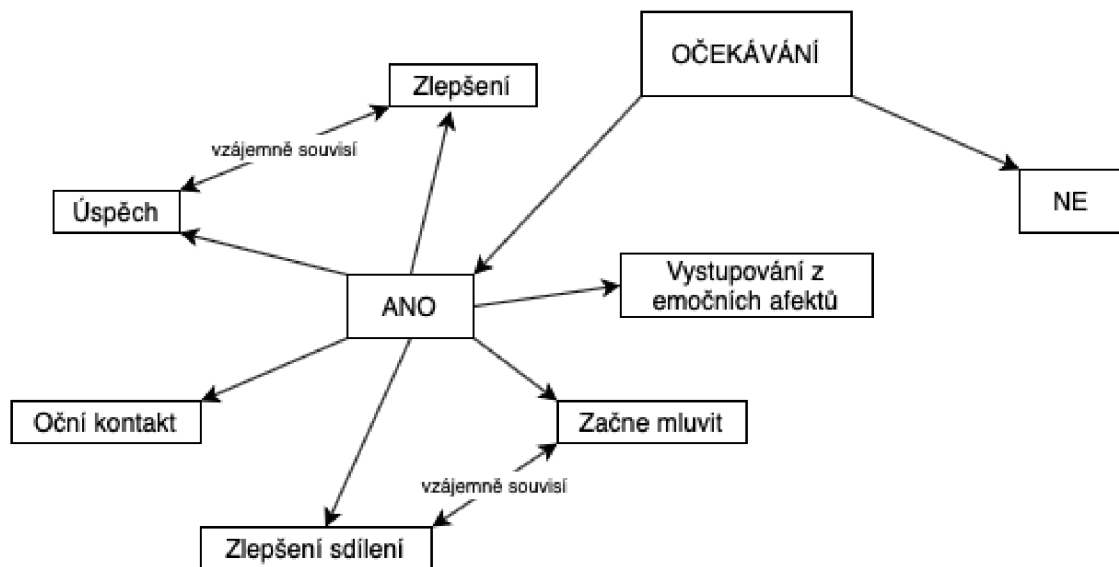
4.5 Očekávání od terapie

Očekávání a jejich případné naplnění či nenaplnění může hodně ovlivnit i výsledné hodnocení a spokojenost s terapií O.T.A. Ačkoli očekávání mohou být pozitivní i negativní, očekávání v rozhovorech, pokud nějaká byla, jsou myšlena v pozitivním slova smyslu. Všechna očekávání se vždy týkala zlepšení jejich dětí v oblastech, ve kterých měly opožděný vývoj nebo která považovaly rodiče jako nejdůležitější pro jejich budoucí fungování ve společnosti.

Všichni KP s jedinou výjimkou měli nějaká očekávání před nástupem na terapii. KP 2, ačkoli na začátku uvedl, že do terapie vstoupil bez očekávání, se v průběhu věty zamyslel a přehodnotil svou původní myšlenku (jméno dítěte bylo v tomto případě nahrazeno třemi křížky xxx pro zachování úplné anonymity): „Očekávání jsem neměla žádné, protože jsem byla vystrašená, že to dítě nikdy komunikovat nebude. No, čekala jsem samozřejmě, že se to bude zlepšovat, ale nevěděla jsem, jakým způsobem, nevěděla jsem, v jakém

rozsahu to zlepšení to bude možné, protože xxx byl hodně těžký případ, xxx byl totálně nekomunikační případ, pak jakoby je hrozně těžký cokoliv očekávat, to je spíš, jakoby každý pokrok byl až k nevíře.“ Jediný bez očekávání byl tedy KP 3, který to odůvodnil, že hlavní potřeba byla okamžitě vyhledat odbornou pomoc. Potřebovali vědět, jak dále postupovat, takže v tomto případě nebyl žádný prostor pro očekávání.

Graf znázorňující očekávání (viz obr. 4) má stejně jako graf spokojenosti s terapeutem dvě hlavní větve ANO a NE. Větev NE byla ponechána bez odůvodnění, většinou však důvodem bylo, že rodiče nevěděli, co očekávat. Větev ANO čítá všechna očekávání, která byla KP vyřčena. Očekávání byla i obecná jako např. zlepšení dítěte nebo obecný úspěch terapie. Konkrétní očekávání se týkala hlavně zlepšení již zmíněné komunikace, to jak verbální, tak neverbální.



Obrázek 4: Očekávání od terapie (vlastní výzkum, 2022)

4.6 Pokroky a výsledky dítěte

V této části rodiče hodnotili výsledky dítěte, jak pokročilo za celou dobu terapeutického procesu i s ohledem na jejich očekávání, zda bylo naplněno nebo ne. KP dostali prostor k vyjádření se, zda jsou spokojeni s pokroky, které jejich dítě udělalo. Hodnocení bylo průběžné, jelikož nikdo ze zúčastněných neměl ukončenou terapii a stále na ní v době rozhovoru docházeli do CTA. Někdy může být těžké hodnotit výsledky dítěte, např. pokud terapie trvá moc dlouho nebo naopak je teprve v začátcích, pokud nebyla naplněna očekávání, se kterými rodiče vstupovali do terapie, nebo pokud je zrovna období útlumu nebo regrese, co se týče pokroků dítěte. To vše může ztěžovat hodnocení rodiče

a jeho snahu o co nejobektivnější pohled na pokroky, které díky terapii udělali, což je třeba brát také v potaz. KP 2 tohle složité hodnocení vystihnul svými slovy: „*Já si myslím, že pro spoustu lidí je hrozně těžký posoudit. Vlastně ten výsledek je tak rozložený v tý jakoby v dlouhé lhůtě, že to jakoby hrozně těžký uchopit, takže vlastně buď člověk má tu důvěru a důvěřuje tomu, co ten terapeut dělá, nebo tu důvěru nemá a je netrpělivej a pak vlastně začíná zpochybňovat. To nejde, ve chvíli, kdy rodič zpochybní, co se vlastně děje, tak to už pak přestává fungovat.*“

Pokroky a výsledky se samozřejmě liší podle stanovených cílů, kterých chtějí s jednotlivými dětmi jak rodiče, tak terapeuti dosáhnout. Všichni rodiče se shodli na tom, že jejich dítě udělalo určitý pokrok od té doby, co začali docházet na terapii. To, v čem se rozcházel, což bylo předem zřejmé, bylo, v jaké oblasti a jak velký ten pokrok jejich děti udělaly.

Po dobu rozhovoru rodiče zmiňovali, v čem se jejich děti zlepšily, posunuly nebo co se naopak nepovedlo. Tabulka 3 shrnuje všechna hodnocení, která zazněla od jednotlivých KP. Hodnocení rodičů bylo přepisováno doslovně z nahraných rozhovorů.

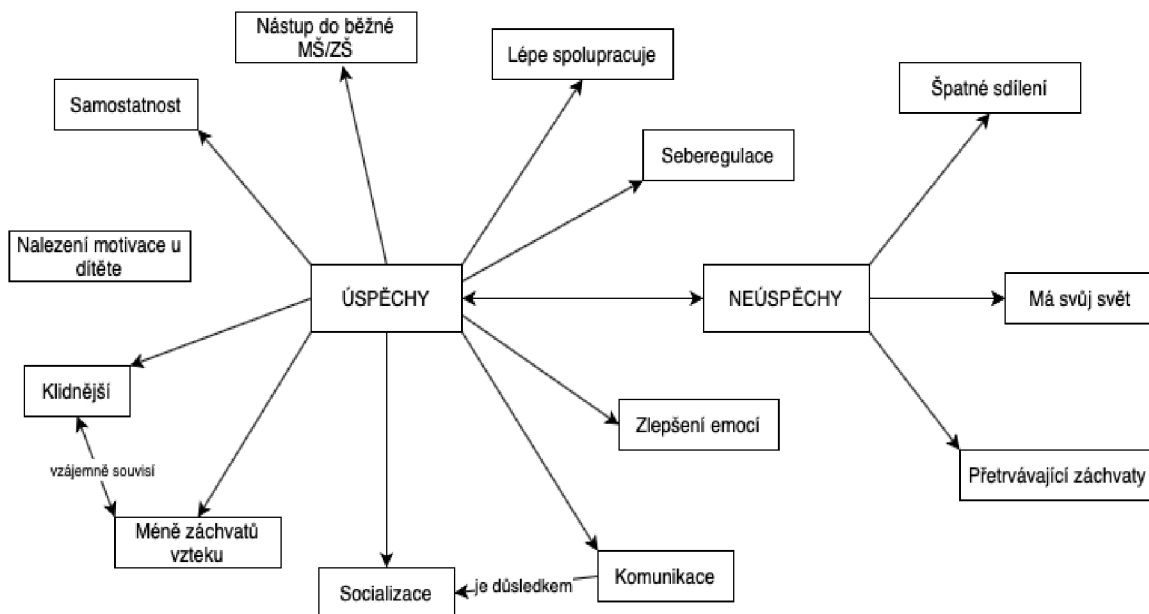
Tabulka 3: Hodnocení zlepšení a pokroků dítěte

Komunikační partner (KP)	Hodnocení pokroků, výsledků, úspěchů či neúspěchů
KP 1	„ <i>Dokáže se už i pochválit, dokáže si zatleskat, už slyší na jméno, dokáže už si po sobě uklízet hračky, dokáže mi pomoci, je klidnější, je taková jako vyrovnanější, nechává si učešat vlasy, ostríhat si nehty, nechá se oblíknout, plínku nasadit, je taková prostě vstřícnější, jediný co, tak má občasné záchvaty teda joo že třeba má záchvaty vzteku, ta komunikace i když ještě nemluví, tak už je pro mě o dost lehčí.</i> “
KP 2	„ <i>On si to teda taky vetřel tu komunikaci, začal bejt strašně prosociální, holky zjistily, co na něj funguje a fungovalo na něj skupinovej potlesk, začal komunikovat, vlastně mě přesvědčili že se mám pokusit dát ho do běžný mateřský školky, zvolili jsme školu na vesnici a tohle vlastně považuju za taky za hrozně důležitý v tom celém vývoji, že vlastně se to</i>

	<i>překlemulo do vlastně normální běžnou jakoby výuku mezi normální děti.“</i>
KP 3	<i>„On chodí do běžný školy a do běžný školky, jako on se umí seberegulovat, umí se chovat, seberegulace, protože jsme se naučili, jak s ním komunikovat, jak s ním jako jednat, to je další věc, jak ten pokrok, že on jako nám to vrací, že to jako není jednostranná komunikace eee takže socializace, samostatnost, on je velmi samostatný, ve škole jako přijímat autoritu, jsme ho naučili pracovat s motivací, aby byl motivovaný.“</i>
KP 4	<i>„Sdílení stále špatné, má stále často svůj svět, oproti tomu v komunikaci vidím pokroky větší, oční kontakt je také lepší v rámci možností, výsledky vidím jen z mého pohledu v menší míře, než bych si přála.“</i>
KP 5	<i>„Dítě začlo reagovat přestalo se třeba vztekat tolik, byl jako frustrovanéj a vztekal se a projevoval se agresivnějš, to bych řekla, že se jako hodně posunulo, i co se týče ve spolupráci s cizíma lidma, naučili jsme ho na obrázky, na piktogramy, na nějaký gesta, prostě na nějakou časovou osu nebo výběr z kartiček, takže v tomhleto bych řekla, že jsme se posunuli hodně. Joo, v tom jde ruku v ruce i to zklidnění vlastně, že i jakmile se to dítě pak může vyjádřit, tak není z toho frustrovaný, teďka navštěvuje normální školku s asistentkou už rok.“</i>
KP 6	<i>„Určitě vystupování z těch strachů trénování těch strachů vlastně nějaká vystupování z těch emočních afektů, začal víc jako spolupracovat, komunikovat vlastně jsme tu řeč i jako nějak nastrovali, spolupráce taková celková i chápání těch situací bych řekla že je na úplně jiný úrovni, už je to jako lepší že i třeba sám chce jako pomoci s nějakým obkreslením nebo vykreslením, překonávání toho strachu, nějaká ta jakoby i ta ukončovací činnost se zlepšila a líp jako spolupracuje, míň se bojí a míň jako padá do těch emočních afektů.“</i>

Zdroj: vlastní výzkum, 2022

Pro přehlednější znázornění byla data zpracována i do grafu (viz obr. 5), avšak samozřejmě ve zkrácenější verzi než v tabulce (viz tab. 3).



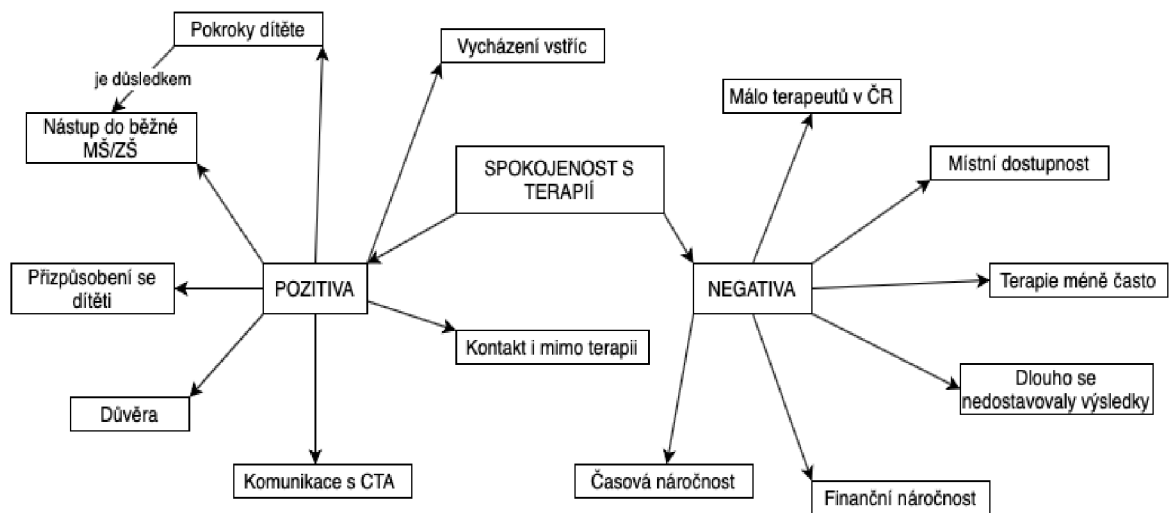
Obrázek 5: Úspěchy a neúspěchy při terapii (vlastní výzkum, 2022)

4.7 Spokojenost s terapií

Celkové hodnocení spokojenosti s terapií a s jejími výsledky se skládá z několika faktorů, které ve většině reprezentují předchozí kategorie. Mezi ně může patřit spokojenost s terapeutem, s průběhem a vedením terapie, s pokroky, s výsledky nebo třeba s vybavením Centra. Každý považuje za důležité v celkovém hodnocení jiné věci, tudíž jsou pro něj hodnotící faktory odlišné. Co pro někoho může být důležité, druzí třeba vůbec nemusí brát v potaz, a proto to ani nezmní. Každý z KP měl prostor se vyjádřit ke spokojenosti s terapií v průběhu celého rozhovoru. Všechny zmíněné body k hodnocení spokojenosti s terapií jsou zahrnuty do níže uvedeného grafu (viz obr. 6).

KP 2 popisuje jejich největší úspěch, který se povedl v rámci terapie: „*No, jako hlavní pokrok, který teda já považuju za úplně neuvěřitelný, je, že vlastně mě přesvědčili ty terapeutky, který s ním pracovaly, to bylo několik za tu dobu. Myslím, že se vystřídali u něj téměř všechny, on byl takový zajímavý případ. A vlastně mě přesvědčili, že se mám pokusit dát ho do běžný mateřský školky eee, v 5 letech, což jsme teda uskutečnili společnými silami.*“ KP 2 nebyl jediný, jehož dítě bylo zařazeno do hlavního

vzdělávacího proudu. Syn KP 3 docházel do běžné mateřské školy (dále jen MŠ) a momentálně navštěvuje i běžnou základní školu. KP 5 uvedl, že jeho dítě docházelo do speciální MŠ, ale v dnešní době navštěvuje také běžnou MŠ. Ukázalo se, že pro rodiče je velké a důležité téma týkající se vzdělávání jejich dětí. Když se o tématu výše zmínění KP vyjádřili, vždy bylo v jejich hlase slyšet nadšení a určitá dávka náležitě pýchy, když mluvili o tom, že jejich dítě chodí do běžné ZŠ nebo do běžné MŠ. Ostatní KP uvedli, že jejich děti ještě nedochází do žádného školského zařízení, ale většina se snaží o jejich budoucí zařazení do hlavního vzdělávacího proudu.



Obrázek 6: Spokojenost s terapií (zdroj vlastní výzkum, 2022)

5 DISKUSE

Výsledky výzkumu, který byl realizován v rámci bakalářské práce, popisují, jak jsou rodiče dětí spokojeni s výsledky terapie u jejich dětí. Vyplynulo z toho, že rodiče dětí s PAS jsou spokojeni s terapií, což poukazuje na účinnost a důležitý význam O.T.A. Vyjádřili spokojenost jak s jejím vedením, s terapeuty, s průběhem, tak i s pokroky a výsledky, kterých dosáhli za dobu docházení do CTA. Spokojenost s terapeuty byla v podstatě 100% a všichni se vyjadřovali jen v pozitivním slova smyslu směrem k nim. Rodiče také pozorují výrazné zlepšení v komunikaci, s čímž je úzce spojena i socializace a sociální interakce, dále sledují pozitivní změny v adaptivních schopnostech a ve zlepšení problémového chování jako jsou např. návaly emocí, afekty nebo záchvaty vzteku. Pozitivní vliv terapie na problémové chování dětí s PAS potvrzují také kazuistiky, které ukazují, jak je složité zmírnit problémové chování, ale že díky terapii je zde vidět významný posun (Terapeutický přístup k dětem s poruchou autistického spektra, 2016). Diskutované výsledky jednoznačně poukazují na individuální přístup v rámci, který je v terapii O.T.A. tak důležitý a bez něhož by nebylo možné docílit pozitivních ohlasů ze strany rodičů.

O.T.A. a také terapeuti měli pozitivní vliv na umístění dětí do běžného vzdělávacího proudu, což nebylo rodiči v průběhu dotazování opomenuto. Vždy zmiňovali, že před nástupem přemýšleli pouze o speciální MŠ nebo ZŠ nebo již navštěvovali speciální MŠ dříve a až v průběhu terapie začalo jejich dítě chodit do běžné školy. Umístění dětí do běžného školského zařízení mělo pozitivní dopad na vývoj dítěte, jelikož je jim umožněna interakce s vrstevníky a prospívá jim běžné prostředí. Rodičům to naopak dodalo naději, zvýšilo sebedůvěru a zároveň je to pro ně dobrým měřítkem určitého pokroku. Ve všech rozhovorech, kdy rodiče zmiňovali vzdělání, že chodí jejich dítě do běžné školy, tak byly zmíněny jen pozitivní stránky vlivu na dítě. Samozřejmě se zde nabízí otázka inkluze, zda je to správné nebo to naopak škodí vrstevníkům i samotnému dítěti s PAS, ale v žádném z případů nelze mluvit o žádném negativním vlivu na dítě s PAS.

KP měli určité výtky a připomínky týkající se hlavně problémů s financováním terapie a se špatnou místní dostupností terapie. Financování bylo uváděno nejčastěji, protože finanční náročnost byla pro rodiče většinou stěžejním problémem, co se týče docházení na terapii. Jelikož terapie je zpoplatněná, tak tím zasahuje do rodinného rozpočtu, s čímž je před nástupem na O.T.A. nutno předem počítat. Někteří také vzpomínali jako jednu

z nevýhod náročnost s ohledem na množství vynaložené energie a investovaný čas jak na terapii, tak hlavně při provádění cvičení doma. Avšak i přes výše zmíněné nevýhody a připomínky všichni rodiče v terapii stále pokračují a do budoucna nemají v plánu terapeutický proces přerušit dříve, než bude terapeuté brán jako ukončený.

Pozitivní zpětná vazba od rodičů ohledně jejich spokojenosti s terapií je důležitým indikátorem úspěšnosti terapie. Poukazuje to také na to, že rodiče se cítí lépe s ohledem na to, že rozumí více potřebám svého dítěte, vědí, jak s ním lépe pracovat, komunikovat a navazovat vztahy a jak případně řešit efektivněji návaly emocí. Tento výsledek poukazuje na to, že terapie má pozitivní vliv nejen na děti a rodiče, ale také na celý rodinný okruh.

I přes celkové pozitivní výsledky výzkumu, jsou zde jistá omezení jako například málo rodičů, kteří tvoří výzkumný soubor. Získávání kontaktů bylo hlavní překážkou v době realizace výzkumu a sběru dat. CTA bylo zprostředkovatelem kontaktů, a při oslovení Centrem souhlasilo hodně rodičů s účastí a nápomocí v praktické části. Jejich následné kontaktování mnou, jakožto řešitelem výzkumu, již tak úspěšné nebylo, poněvadž na výzvu o zapojení se do výzkumu reagovala přibližně pouze polovina oslovených rodičů, z čehož někteří reagovali až na druhou nebo třetí výzvu. Tento fakt značně ztěžoval a prodlužoval sběr dat při výzkumu a zapříčinil také výsledný nízký počet KP. Dalším omezením je subjektivní hodnocení, které mohlo být v průběhu rozhovoru nezáměrně ovlivněno několika faktory jako jsou aktuální nálada, fáze terapie, ve které se nachází nebo nálada dítěte. Hodnocení pokroků a výsledků tak mohlo být zkresleno více či méně zrovna prožívanou emocí.

Spokojenost je velmi subjektivní pocit a liší se mezi různými lidmi a v různých fázích života, tudíž výsledky nelze generalizovat na celou populaci. I přestože, jak bylo zmíněno, spokojenost není objektivní, v tomto případě je to velmi důležitý stav pro člověka-rodiče, protože když jsou rodiče spokojeni a motivováni, vytváří tím tak pozitivní a podporující prostředí pro dítě, což dále buduje podmínky pro jeho následný rozvoj a reálně pomáhá ve vývoji jeho dovedností. Rodič je motivovaný k následnému provádění cvičení s dětmi i doma, < +ěěěěěě jen díky tomu se naskytuje možnost dosáhnout co nejlepších výsledků. Motivace je v rámci terapie velmi důležitým faktorem a hraje klíčovou roli ve vlivu účinnosti terapie a celkového pokroku dítěte.

Je samozřejmě nutné zohlednit, že vliv na úspěch má i věk dítěte v době zahájení terapeutického procesu. Jak zmiňuje Straussová, úspěch intervence závisí na věku dítěte při nástupu na terapii, ale není to jediné kritérium, které ovlivňuje její výsledky (Stimulace sdílené pozornosti u dětí s pozitivním screeningem autismu ve věku 17–30 měsíců za využití metody VTI, 2016), tudíž je potřeba brát v potaz, když někdo dochází na terapii kratší dobu nebo věk nástupu byl vyšší. Další věc, která je nutná brát v úvahu je specifická diagnóza každého dítěte, jelikož ani stejná diagnóza nezaručuje stejné projevy poruchy, tudíž se pokaždé volí individuální postup. U chlapců i u dívek jsou také velmi rozličné projevy nemoci, a tudíž intervence u nich bude probíhat odlišně (Šporclová, 2018).

V případné příští realizaci rozhovoru je potřeba přeformulovat otázku ohledně časové náročnosti (konkrétně: „Byla pro Vás adekvátní časová náročnost cvičení vzhledem k pokrokům dítěte?“), kterou někteří rodiče nepochopili a bylo potřeba jim dovysvětlit, jak byla otázka zamýšlena. Možnou příčinou tohoto lehkého nedorozumění byla i skutečnost, že dva KP nepocházeli z České republiky, tudíž zde hrála roli i jistá jazyková bariéra, na kterou nebyl brán zřetel při vytváření a sestavování osnovy otázek použitých v polostrukturovaném rozhovoru.

Téma bakalářské práce je velmi aktuální, protože počet diagnostikovaných případů PAS v populaci stále roste. Rozšíření a navázání na výzkum této práce by mohlo být aktuální i vzhledem ke zvyšování informovanosti veřejnosti. Práce by se mohla nadále rozšířit o více KP, a to hlavně o ty, kteří nedochází na terapii do CTA v Praze, ale dochází na terapii O.T.A. do jiného města či k jinému poskytovateli. Přínosné by bylo také znovu kontaktovat stejné KP a provést rozhovor ohledně opětovného hodnocení s delším časovým odstupem. Hodnocení některých rodičů by se mohla lišit vzhledem k posunu v terapii a k pokrokům nebo naopak neúspěchům dítěte v dalším rozvoji dovedností. Bylo by účelné a prospěšné dále sledovat, zda byla naplněna očekávání, která v době prvního rozhovoru nebyla splněna vůbec nebo byla naplněna pouze z části.

Celkově lze tedy shrnout, že terapie má dobré ohlasy u rodičů a má také pozitivní vliv na jejich spokojenost. Kombinace individuálního přístupu, zlepšení komunikačních dovedností dítěte a také přispívá k pozitivnímu vnímání terapeutické péče ze strany rodiny. Zjištění může posloužit k lepšímu chápání potřeb rodin s dětmi s PAS.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce je terapie u dětí s poruchami autistického spektra, konkrétně se zaměřuje na terapii Open Therapy of Autism. Výzkumu se zúčastnilo 6 komunikačních partnerů, v tomto případě jsou to rodiče dětí s poruchami autistického spektra, kteří dochází právě na O.T.A. do Centru Terapie Autismu. Výsledky naznačují, že terapie u dětí s PAS má převážně pozitivní vliv na spokojenost rodičů a že se těší z pokroku, které jejich děti udělaly od doby nástupu do terapeutického procesu. Je však důležité uznat, že se vyskytly i drobné výhrady směřované k terapii. Výhrady se vztahovaly nejčastěji k problémům s rodinnými financemi a k financování těchto služeb státem nebo ke špatné místní dostupnosti služby. Na druhou stranu mezi největší pozitiva řadili skvělé terapeuty a reálné posuny a pokroky jejich dětí od doby nástupu do terapeutického procesu. Názor na CTA a konkrétně na O.T.A. je vcelku pozitivní a všichni vidí potenciál v docházení a pokračování v terapii právě tam i za cenu nutnosti delšího dojíždění u rodin, které nebydlí v Praze. Rodiče jsou především motivováni výsledky a posuny, které vidí u svých dětí.

V bakalářské práci byl zvolen cíl, který zkoumal a hodnotil spokojenost rodičů s terapií O.T.A. u jejich dětí. Pro dosažení cíle byl realizován v rámci praktické části kvalitativní výzkum, ve kterém byly osloveny rodiny s dětmi s PAS a následně s nimi byl proveden rozhovor. Pozitivní ohlasy KP na výsledky a vliv terapie nejen na dítě ukazuje významný potenciál zlepšení kvality života dětí i celé jejich rodiny. K dosažení cíle byly zvoleny dvě výzkumné otázky (VO1 a VO2) týkající se hodnocení průběhu terapie a výsledků terapie u jejich dětí. Bylo zjištěno, že většina rodičů byla spokojena jak s průběhem, tak s výsledky, ačkoli u někoho se výsledky dostávaly pomaleji.

Hlavní přínos bakalářské práce je primárně pro rodiče s dětmi s poruchami autistického spektra čili pro potenciální klienty, kteří zvažují, zda začít docházet na O.T.A. Poskytuje rodičům vhled do terapie a jelikož se jedná o reálné zkušenosti rodičů, kteří se svými dětmi s PAS dochází na terapii, můžou zvážit výhody a nevýhody popsané v práci. KP popisují jednotlivé oblasti, ve kterých dětem terapie pomohla, tudíž potenciální zájemci si udělají obrázek o tom, jaké případné pokroky mohou očekávat, ačkoli terapie se samozřejmě zaměřuje na individuální přání a potřeby dětí i rodičů. Zároveň CTA v Praze si může z výsledků odnést, na čem zapracovat, co změnit nebo naopak, co ponechat, a v čem se nadále zlepšovat a posouvat.

SEZNAM LITERATURY

1. *Autism spectrum disorder*, 2019. [online]. ICD-11. Ženeva: World Health Organization [cit. 2022-2-22]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f437815624>
2. *Autismus*, 2022. [online]. Národní ústav pro autismus, z.ú. Praha: NAUTIS [cit. 2022-2-9]. Dostupné z: <https://nautis.cz/cz/autismus>
3. BERANOVÁ, I., THOROVÁ, K., HRDLIČKA, M., PROPPER, L., 2014. Specifické diagnostické metody. In: *Dětský autismus*. 2. dopl. vyd. Praha: Portál, s. 91-106. ISBN 978-80-262-0686-6.
4. *Certifikovaní terapeuti O.T.A.*, 2017. [online]. Terapie autismu. Praha: Centrum Terapie Autismu [cit. 2022-2-7]. Dostupné z: <https://www.terapie-autismu.cz/certifikovani-terapeute-o-t-a/>
5. *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing. 947 s. ISBN 978-0-89042-555-8.
6. *Diagnostické vyšetření*, 2022. [online]. Národní ústav pro autismus, z.ú. Praha: NAUTIS [cit. 2022-2-9]. Dostupné z: <https://nautis.cz/portfolio/cz/diagnosticke-vysetreni>
7. DUNDON, R., 2021. *Mé dítě má autismus: Jak o tom mluvit s ním, rodinou i okolím*. Praha: Portál. 142 s. ISBN 978-80-262-1835-7.
8. *Genetické choroby*, 2021. [online]. Doba Genová. Praha [cit. 2021-11-12]. Dostupné z: <https://doba-genova.cz/geneticke-ochorenia/>
9. HARTL, P., 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál. 312 s. ISBN 80-717-8803-1.
10. HAVLOVICOVÁ, M., SEDLÁČEK, Z., 2014. Genetika autismu. In: *Dětský autismus*. 2. dopl. vyd. Praha: Portál, s. 129-158. ISBN 978-80-262-0686-6.
11. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
12. HRDLIČKA, M., 2014. Historický vývoj, koncepce, terminologie. In: *Dětský autismus*. 2. dopl. vyd. Praha: Portál, s. 11-16. ISBN 978-80-262-0686-6.
13. HRDLIČKA, M., 2014. Klinický obraz dětského autismu. In: *Dětský autismus*. 2. dopl. vyd. Praha: Portál, s. 34-46. ISBN 978-80-262-0686-6.

14. HRDLIČKA, M., 2020. *Mýty a fakta o autismu*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. 182 s. ISBN 978-80-262-1648-3.
15. *Jak se provádí vyšetření poruch autistického spektra při preventivní prohlídce malých dětí?* [online], 2021. VZP ČR [cit. 2021-11-23]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz>
16. KAUFMAN, R.K., 2016. *Průlom v autismu*. Citadella Publishing. 339 s. ISBN 978-80-8182-027-4.
17. KROUPOVÁ, K., 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 328 s. ISBN 978-80-247-5264-8.
18. KUBEŠOVÁ, B., 2019. *Rettův syndrom se nedá vyléčit. Jak toto onemocnění poznáte?*. [online]. Zdravotnictví a medicína. Praha [cit. 2022-6-21]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/rettuv-syndrom-priciny-priznaky-lecba/>
19. MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. 288 s. ISBN 80-717-8549-0.
20. *Mezinárodní klasifikace nemocí* [online], 2021. ÚZIS ČR [cit. 2021-11-19]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz>
21. MOJŽIŠOVÁ, A., ed., 2019. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích, 117 s. ISBN 978-80-7394-738-5.
22. *Národní ústav pro autismus, z. ú.* [online], 2021. [cit. 2021-10-20]. Dostupné z: <https://nautis.cz/cz/autismus>
23. *O MKN-10*, 2022. [online]. MKN-10: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Praha: ÚZIS ČR [cit. 2022-2-22]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/o-mkn>
24. *Open Therapy of Autism*, 2017. [online]. Centrum terapie autismu. Praha: Open Therapy of Autism [cit. 2021-11-28]. Dostupné z: <https://www.terapie-autismu.cz/o-t-a/>
25. *Pojem intersubjektivní*, 2005-2021. [online]. ABZ.cz slovník cizích slov. abz [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/intersubjektivni>
26. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

27. *Screening & Assessment*, 1967-2021. [online]. Autism Research Institute. San Diego: Autism Research Institute [cit. 2021-12-5]. Dostupné z: <https://www.autism.org/screening-assessment/>
28. *Sít' spolupracujících center a pracovišť O.T.A.*, 2017. [online]. Terapie autismu. Praha: Centrum Terapie Autismu [cit. 2022-2-7]. Dostupné z: <https://www.terapie-autismu.cz/sit-spolupracujicich-center-a-pracovist-o-t-a2/>
29. *Statistická ročenka školství - výkonové ukazatele školního roku 2020/2021*, ©2021. [online]. Statistický informační systém Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. MŠMT [cit. 2021-10-31]. Dostupné z: <https://statis.msmt.cz/rocenka/rocenka.asp>
30. *Stimulace sdílené pozornosti u dětí s pozitivním screeningem autismu ve věku 17–30 měsíců za využití metody VTI*, 2016. Praha. Disertační. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.
31. STRAUSSOVÁ, R., 2016. *Intervenční metoda O.T.A. u dětí s PAS raného věku*[online]. Praha [cit. 2022-1-13]. Dostupné z: https://www.terapie-autismu.cz/files/200003667-10993118f4/Intervencni_metoda_OTA.pdf?ph=9ddbcb2fac
32. STRAUSSOVÁ, R., KNOTKOVÁ, M., 2011. *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra: jak začít a proč*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-262-0002-4.
33. ŠPORCLOVÁ, V., 2018. *Autismus od A do Z*. V Praze: Pasparta. 123 s. ISBN 978-80-88163-98-5.
34. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
35. ŠVONCOVÁ, A., 2022 *Vzdělání terapeutů* [elektronická pošta]. Message to: centrum@cta.cz, 18. července 2022 [cit. 2023-6-7].
36. *Terapeutický přístup k dětem s poruchou autistického spektra: Jak působí Open Therapy of Autism Romany Straussově na snížení problémového chování u dětí s poruchou autistického spektra*, 2016. Praha. Bakalářská. Univerzita Karlova, Evangelická teologická fakulta.
37. *Terapie*, 2017. [online]. Terapie autismu. Praha: Centrum terapie autismu [cit. 2022-5-10]. Dostupné z: <https://www.terapie-autismu.cz/terapie/>

38. THOROVÁ, K., 2016. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. 493 s. ISBN 978-80-262-0768-9.
39. THOROVÁ, K., BERANOVÁ, I., 2014. Psychodiagnostika. In: *Dětský autismus*. 2. dopl. vyd. Praha: Portál, s. 71-90. ISBN 978-80-262-0686-6.
40. *What is ADI-R and How Does it Work?*, 2021. [online]. Applied Behavior Analysis Edu. ABAedu [cit. 2021-12-7]. Dostupné z: <https://www.appliedbehavioranalysisedu.org/what-is-adi-r-and-how-does-it-work/>
41. *What Is Atypical Autism?*, 2021. [online]. Verywellhealth. Verywell Health [cit. 2021-12-5]. Dostupné z: <https://www.verywellhealth.com/what-is-atypical-autism-260551>
42. ZANDER, E. et al., 2016. *The Objectivity of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) in Naturalistic Clinical Settings*[online]. 25(7), 769-780 [cit. 2021-12-4]. DOI: 10.1007/s00787-015-0793-2. ISSN 1018-8827. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-015-0793-2>
43. *Zrcadlové neurony – jak se dokáže mozek vcítit do druhého člověka?*, 2015. [online]. MENTEM. Brno: Mentem [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: <https://www.mentem.cz/blog/zrcadlove-neurony/>
44. *11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*, 2022. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha: ÚZIS ČR [cit. 2022-3-14]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11#o-klasifikaci>
45. *Základní diagnostické testy*, 2021. [online]. AutismPort. Praha: Národní ústav pro autismus [cit. 2022-3-17]. Dostupné z: <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru/detail/zakladni-diagnosticke-testy>

SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ

Příloha 1	Informovaný souhlas účastníka
Příloha 2	Osnova otázek k polostrukturovanému rozhovoru
Tabulka 1	Časový harmonogram průběhu sběru dat
Tabulka 2	Základní identifikační údaje o dětech komunikačních partnerů
Tabulka 3	Hodnocení zlepšení a pokroků dítěte
Obrázek 1	Hodnocení časové náročnosti
Obrázek 2	Spokojenost KP s průběhem a vedením terapie
Obrázek 3	Spokojenost rodičů s terapeuty
Obrázek 4	Očekávání od terapie
Obrázek 5	Úspěchy a neúspěchy při terapii
Obrázek 6	Spokojenost s terapií

Příloha 1: Informovaný souhlas účastníka

Vážená paní, vážený pane,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

Název bakalářské práce: Open Therapy of Autism, terapie u dětí s poruchou autistického spektra

Řešitel výzkumu: Adéla Švoncová, tel.: 731 210 104, email: adela.svoncoval23@gmail.com

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Ingrid Baloun, Ph.D., email: ibaloun@zsf.jcu.cz

Pracoviště: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Cíl výzkumu: Cílem je zjistit, jak jsou rodiče dětí s poruchami autistického spektra spokojeni s průběhem a s výsledkem Open Therapy of Autism u jejich dětí.

Popis výzkumu: Výzkum je realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů s rodiči dětí, které absolvovaly Open Therapy of Autism. Rozhovory budou nahrávány a budou probíhat osobně i v online podobě. Nahrávky budou sloužit pouze k účelům bakalářské práce a nebudou nikde zveřejněny. Účast je zcela dobrovolná a respondenti mohou rozhovor kdykoliv přerušit nebo ukončit. Výsledky budou zpracovány výhradně mou osobou, jakožto řešitelem výzkumu, přičemž zaručuji anonymitu výsledků a neidentifikovatelnost osob. Nikde nebudou uvedena jména ani jiná osobní data osob zúčastněných ve výzkumu.

Prohlášení a souhlas účastníka se zapojením do výzkumu

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu, že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Jméno a příjmení účastníka:

V.....dne.....

Podpis účastníka:

Příloha 2: Osnova otázek k polostrukturovanému rozhovoru

1. V kolika letech Vašemu dítěti diagnostikovali poruchy autistického spektra?
2. Jaká přesná diagnóza byla stanovena Vašemu dítěti?
3. V jakém věku dítěte jste začali docházet na terapii? Kolik let je dítěti teď?
4. Jak dlouho probíhal/probíhá terapeutický proces?
5. Jaký byl přístup terapeutů k Vám v rámci terapie?
6. Je něco, co byste vytkl/a terapeutům?
7. Byl/a jste spokojen/a s tím, jak byla terapie vedena a jak probíhala?
8. Byla pro Vás adekvátní časová náročnost cvičení vzhledem k pokrokům dítěte?
9. Je něco, co Vám nevyhovovalo? (Co se týče času, počtů opakování, cvičení...)
10. Měl/a jste nějaká očekávání od terapie, případně jaká? Splnila terapie Vaše očekávání?
11. Jak byste zhodnotil/a pokroky Vašeho dítěte?

SEZNAM ZKRATEK

ADI-R – Autism Diagnostic Interview-Revised

ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule

AS – Aspergerův syndrom

CARS – Childhood Autism Rating Scale

CTA – Centrum Terapie Autismu

DACH – Dětské autistické chování

DSM – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

CHAT – Checklist for Autism in Toddlers

KP – komunikační partner

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MŠ – mateřská škola

O.T.A. – Open Therapy of Autism

Obr – obrázek

PAS – poruchy autistického spektra

Tab – tabulka

VTI – videotrénink pozitivních interakcí

ZŠ – základní škola