

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Ústav speciálněpedagogických studií**

**Bakalářská práce**

Tereza Procházková

Speciální pedagogika – intervence

Aplikovaná behaviorální analýza a její využití a vliv na děti s neurovývojovými  
poruchami

Olomouc 2019

vedoucí práce: prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.

## **Prohlášení**

Tímto prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Aplikovaná behaviorální analýza a její využití a vliv na děti s neurovývojovými poruchami“ vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité zdroje a literaturu.

V Olomouci dne 10.4.2018

.....

Tereza Procházková

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucímu mé práce prof. Milanu Valentovi za odborné vedení, ochotu, volný čas a cenné rady, které mi poskytl při zpracování této bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala terapeutkám ze Střediska rané péče, které mi poskytly potřebné informace k vypracování praktické části bakalářské práce. V neposlední řadě děkuji také rodinám, které byly ochotny se podílet na vzniku této bakalářské práce a poskytly mi cenné informace z průběhu terapie.

# Obsah

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST .....	8
1 Aplikovaná behaviorální analýza .....	9
1.1 Historie a vývoj ABA.....	9
1.1.1 Předchůdci behaviorismu .....	9
1.1.2 Behaviorismus.....	9
1.1.3 Neobehaviorismus .....	10
1.1.4 Aplikovaná behaviorální analýza .....	11
1.2 Základní principy chování v ABA terapii .....	12
1.2.1 Pravidla a postupy .....	12
1.2.2 Učení.....	14
1.2.3 Posilování .....	14
1.2.4 Trest.....	15
1.2.5 Pobízení .....	16
1.2.6 Generalizace.....	17
1.2.7 Tvarování.....	17
1.2.8 Řetězení .....	18
1.2.9 Náprava nevhodného chování.....	18
1.3 Výhody a nevýhody ABA terapie .....	20
1.4 Česká odborná společnost Aplikované behaviorální analýzy.....	21
2 Neurovývojové poruchy u dětí .....	22
2.1 Poruchy psychického vývoje .....	23
2.1.1 Specifické vývojové poruchy řeči.....	23
2.1.2 Poruchy autistického spektra .....	26
2.2 Poruchy chování a emocí.....	34
2.2.1 Hyperkinetické poruchy, ADHD syndrom.....	34

2.2.2	Další neurovývojové poruchy .....	37
PRAKTICKÁ ČÁST .....		38
3	Uvedení do praktické části .....	39
3.1	Cíle výzkumného šetření .....	39
3.2	Metody výzkumného šetření.....	39
3.2.1	Obsahová systematická analýza dokumentů.....	39
3.2.2	Polostrukturovaný dotazník .....	40
3.2.3	Případová studie .....	40
3.3	Charakteristika výzkumného vzorku.....	41
4	Analýza výsledků výzkumného šetření .....	42
4.1	Případová studie č.1 .....	42
4.2	Případová studie č.2 .....	45
4.3	Případová studie č.3 .....	47
4.4	Komparace chování u dětí před a po skončení terapie .....	50
5	Zhodnocení naplnění cílů.....	52
ZÁVĚR.....		55
SEZNAM LITERATURY .....		57
PŘÍLOHY .....		62
Souhlasy zákonných zástupců.....		LXIII
Dotazníky .....		LXVI
Dotazník č.1.....		LXVI
Dotazník č. 2.....		LXX
Dotazník č. 3.....		LXXIV
ANOTACE .....		I

# ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá využitím aplikované behaviorální analýzy (dále ABA terapie) a jejím vlivem na děti s neurovývojovými poruchami. Práce je zaměřena na děti s dětským autismem, atypickým autismem a vývojovou dysfázií, které docházely na ABA terapii. Cílem této práce je pokusit se zjistit, zda má ABA terapie na vývoj dítěte s neurovývojovou vadou nějaký vliv, a to jak z pohledu průběhu a pokroku v terapii, tak z pohledu rodičů zkoumaných dětí.

Aplikovaná behaviorální analýza (dále ABA terapie) je zde popsána z celistvého hlediska. Uvádí do dané problematiky a seznamuje s postupy terapie a jeho aplikací a využití. Práce je zaměřena na děti s neurovývojovými poruchami. Ovšem primární skupinou ABA terapie jsou děti s poruchami autistického spektra (PAS). Práce ukazuje možné využití i na jiné cílové skupině než pouze u jedinců s PAS. ABA terapie slouží jako účinný nástroj při rozvoji komunikace, sebeobsluhy a sociální interakce.

K volbě tématu bakalářské práce mě vedly osobní zkušenosti s aplikovanou behaviorální analýzou. V rámci asistenční praxe jsem docházela do nejmenovaného střediska rané péče, ve kterém aplikují prvky ABA terapie. Je nutné říci, že vzhledem k finanční a časové náročnosti terapie jsou v České republice uplatňovány a využívány z velké části pouze její fragmenty, prvky, nikoli celý ucelený individuální program. I přes to mě práce terapeutek velice zaujala. Velmi mě zaujal způsob práce s dětmi. Pomocí terapie rozvíjejí u dětí potenciál, který je nutný podporovat stejně jako u dětí intaktních. Výběr vhodného výchovně-edukačního procesu dává dětem větší šanci začlenit se plnohodnotně do společnosti.

Práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a část praktickou. V první kapitole teoretické části je popsána samotná terapie. Je zde nastíněna historie a vývoj aplikované behaviorální analýzy, specifické přístupy a principy práce, dále výhody a nevýhody zmiňované intervence. Poslední podkapitola se zabývá Českou odbornou společností aplikované behaviorální analýzy, která jako jediná na území ČR organizuje vzdělávací kurzy a přednášky nejen pro lékařskou populaci. Druhá kapitola je věnována neurovývojovým poruchám a jejich dělení, pro lepší orientaci v jednotlivých neurovývojových odvětvích, etiologiích a projevech poruch. Detailnější pohled je věnován poruchám, které se objevují u probandů, u nichž byla aplikovaná behaviorální analýza využita. Praktická část práce obsahuje případové studie tří probandů, kteří se účastnili výzkumu. Případové studie byly vytvořeny na základě analýzy dokumentů, konkrétně individuálních plánů, záznamů o průběhu terapie a dotazníků, které vyplňovaly matky jednotlivých probandů na základě

zkušenosti s aplikovanou behaviorální analýzou. Dále je zde komparace chování respondentů před a po skončení terapie s prvky aplikované behaviorální analýzy.

Při zpracování této práce jsem čerpala z odborné české i zahraniční literatury, internetových zdrojů, speciálněpedagogických zpráv, individuálních plánů, pracovních materiálů a také ze zkušeností terapeutek ze střediska rané péče, které mi vždy zodpověděly mé dotazy. Vzhledem k chybějícímu českému překladu metodologie ABA jsem čerpala nejenom z primárních, ale také sekundárních zdrojů.

# TEORETICKÁ ČÁST



# 1 Aplikovaná behaviorální analýza (ABA)

## 1.1 Historie a vývoj ABA

Behaviorální terapie, známá také pod názvem aplikovaná behaviorální analýza (ABA), vychází z principů učení a chování – behaviorismus. Její hlavní myšlenkou je zkoumání funkčních vztahů mezi prostředím a lidským chováním. Na základně podrobné analýzy se snaží zjistit, proč určité chování vzniká a jak ho modifikovat.

Vývoj terapie byl ovlivněn převážně výzkumy behavioristy J.B. Watsona a neobehavioristy B.F. Skinnera, kteří navázali na předchůdce behaviorismu Ivana Petroviče Pavlova. Samotnou aplikaci analýzy se začal v 60. letech zabývat kalifornský univerzitní profesor O.I. Lovaas, tvůrce první intenzivní behaviorální intervence pro děti s autismem, známé také jako ABA terapie nebo „Lovaasův program.“ (Gandalovičová, 2016, online)

### 1.1.1 Předchůdci behaviorismu

Za nejznámějšího předchůdce behaviorismu je pokládán Ivan Petrovič Pavlov, který proslul výzkumem trávicích reflexů, za nějž získal Nobelovu cenu. Při výzkumu používal psy, u kterých zkoumal produkci slin při krmení. Ukázalo se, že psi začali slinit a reagovat dříve, než mohli potravu cítit – reagovali tedy na známý zvuk dveří, kroky nebo rozsvícení světla. I. P. Pavlov na základě svých zjištění zavedl řadu nových pojmů, které mají v psychologii svůj význam.

- **Nepodmíněný podnět** – je podnět, který vyvolá vrozenou reakci, reflexní, bez potřeby předchozího učení.
- **Nepodmíněný reflex** – je reakce na nepodmíněný podnět, která je vrozená, není třeba se ji učit.
- **Podmíněný podnět** – je podnět, který byl původně neutrální, ale díky učení získal schopnost vyvolat reflex.
- **Podmíněný reflex** – je již naučená reakce na podmíněný podnět.

(Hunt, 2000, s.238)

### 1.1.2 Behaviorismus

Behaviorismus (odvozený z anglického slova „behaviour“ - chování) je zásadním směrem americké psychologie dominujícím v první polovině 20. století. Za zakladatele je považován John Broadus Watson (1878-1958). Ten omezil předmět studia psychologie na objektivně pozorovatelná fakta, tedy především na studium chování – všechno lidské chování

považoval za produkt učení a podmiňování, tudíž popřel roli dědičnosti. Tento názor publikoval ve svém manifestu *Psychology As The Behaviorist Views It (Psychologie, jak ji vidí behaviorista)*: "Dejte mi tucet zdravých kojenců, dobře formovaných, a můj vlastní specifický svět, ve kterém bych je vychoval, a já vám zaručuji, že když náhodně jednoho vyberu a budu ho trénovat, stane se z něho jakýkoliv druh specialisty, kterého si budu přát – lékař, právník, umělec, obchodník, a ano, dokonce i žebrák a zloděj, bez ohledu na jeho talent, sklony, tendence, schopnosti, zaměstnání a rasu jeho předků." (in Soudková, 2009, s. 112)

Dle Watsona veškeré chování u člověka musí být nejdříve něčím podníceno a až poté přichází reakce, řídí se tedy dle schématu **stimul – reakce (S-R)**. Jedná se o tzv. **podmíněný reflex**. Při formování osobnosti připisoval rozhodující význam učení a striktní behavioristé dokonce předpokládali, že lidské chování je formováno vnějšími vlivy, především odměnami a tresty jak ze strany rodičů, tak učitelů. (Plháková, 2006, s. 157)

### 1.1.3 Neobehaviorismus

Neobehavioristé se na rozdíl od svých předchůdců začali hlouběji věnovat vnitřním procesům člověka a kladli důraz na chování a metodu **stimul – reakce**, kterou podrobněji a detailněji analyzovali. Rozebírali vztahy mezi podněty vnějšího prostředí a chování organismu. Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) se orientoval na studium **operantního podmiňování**, tedy chování posilovaného svými důsledky v průběhu provádění určitých činností. Vycházel z toho, že organismus spontánně reaguje na rozlišné předměty. Prvky chování nazýval **operanty**. Aplikovaná behaviorální analýza si z jeho výzkumů a experimentů přebrala tři základní druhy posílení, které ovlivňují četnost reakce. Jedná se o **pozitivní posílení (odměna)**, **negativní posílení (odstranění nežádoucího předmětu)** a **tresty**. Pozitivní posílení vede chování ke kladným příjemným či uspokojivým výsledkům. Při negativním posílení jsou důsledky chování kladné v tom smyslu, že něco negativního přestane působit nebo se vůbec nevyskytne. V případě trestů vede chování k nepříjemným důsledkům. (Plháková, 2006) B. F. Skinner své experimenty prováděl jak na zvířatech (krysách a holubech), tak i na lidech. (Hoskovec, 2003) Při svých pokusech využíval tzv. Skinnerův box – speciální skříňku, ve které pozoroval změnu chování a učení v důsledku upevňování (odměňování). Poznatky z výzkumů shrnul ve dvou základních pracích: *Behavior of Organism (1938)* a *Science and Human Behavior (1953)* (Hoskovec, 2003)

B. F. Skinner mimo jiné vypracoval **programové učení** vycházející z principů operantního podmiňování, které je prezentováno v knize nebo vyučovacím stroji, a zpracováno do programu dle následujících zásad:

- Princip malých kroků – tento princip vychází z progresivní aproximace, což je postupné přibližování k cíli. Látka nebo úkol, který je určen ke splnění, je rozdělen do několika malých úseků, kroků (frames). Tyto kroky na sebe navazují a dovádějí jedince ke splnění cíle.
- Princip aktivní odpovědi – učení je založeno na otázkách, na které žák aktivně odpovídá, což zefektivňuje vyučovací proces.
- Princip zpevnění – jedinec je seznamován s výsledky práce a za každou správnou odpověď odměňován např.: slovní pochvalou, bodem, kupónem, oblíbeným předmětem, či hračkou. Žádná odpověď by neměla zůstat bez zpevnění. Zpevňování učiva udržuje pozornost, napětí a také motivaci. Jedinec tím také dostává efektivní zpětnou vazbu.
- Princip vlastního tempa – jedinec by měl vždy postupovat dle svých možností, znalostí, schopností a na základě jeho vlastního rozvržení sil a času.

(Helus, 2011, s.146)

#### 1.1.4 Aplikovaná behaviorální analýza

Aplikovaná behaviorální analýza (dále také jako ABA), známá také jako behaviorální terapie, je velmi propracovaná a přísně individuální intervence, která je především využívána u dětí s diagnózou poruchy autistického spektra, s úspěchy je využívána u dětí s jinými vývojovými poruchami, u dětí s ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou), OCD (obsesivně – kompulsivní porucha). Mimo to je dobře uplatnitelná v rodičovské výchově a vzdělávání. Terapie je bez věkového omezení, její metodiku lze využívat od nejtělejšího věku – čím dříve začneme s dítětem pracovat, tím lépe. Jedná se o metodu, pomocí které pozorujeme a hodnotíme chování a učíme chování nové. (Richman, 2015, str.17)

ABA je terapií, která využívá systematické metody, nástroje, techniky a strategie napomáhající redukovat nevhodné chování a nahrazovat je alternativním (vhodným) chováním. Zároveň pracuje na dovednostech, které dítěti napomohou k adaptaci na nové prostředí, důraz se klade na sebeobsahu, komunikaci, učení, hru a sociální interakci. (Richman, 2006)

Pomocí principu malých kroků, které ABA přebrala z výzkumů B.F.Skinnera, dítě postupně dochází k co nejlepšímu výsledku.

Rok 1968 je považován za rok, ve kterém byla aplikovaná behaviorální analýza vymezena, a to psychology Baerem, Wolfem a Riseylem. Ve článku *Some current dimensions of Applied Behavior Analysis* pro odborný časopis *Journal of Applied Behavior Analysis* popsali sedm základních dimenzí ABA terapie, které dodnes slouží jako základ pro vytváření kvalitní behaviorální intervence.

- **Aplikovaná** – aplikované intervence se zabývají problémy společenského významu.
- **Behaviorální** – behaviorální intervence se zabývají měřitelným a pozorovatelným chováním.
- **Analytická** – analytické intervence vyžadují objektivní demonstraci, kde zjistí, zdali způsobily účinek.
- **Technologická** – technologické intervence jsou dostatečně popsány, aby mohly být využity zaškolenými osobami.
- **Koncepčně systematická** – vychází z konkrétního a identifikovatelného teoretického základu.
- **Efektivní** – intervence mají silné a společensky důležité účinky, v průběhu je intervence sledována a hodnocena.
- **S výsledkem generalizace/ obecnosti** – intervence jsou navrženy tak, aby fungovaly v novém prostředí a pokračovaly i po ukončení formální terapie.

(Baer, 1968, online, vlastní překlad)

## 1.2 Základní principy chování v ABA terapii

ABA terapie má určité principy, postupy a pravidla pro to, aby byla úspěšná. Jedná se o soubor rad a bodů, které je nutné dodržovat, aby byl klient doveden k co možná nejdárnějšímu konci.

### 1.2.1 Pravidla a postupy

Seznam níže uvedených postupů a pravidel uvádějí T. Ayllón a N.H. Azrin ve své knize *The token economy: a motivation system for therapy and rehabilitation* z roku 1968 (Tokenova ekonomika: motivační systém pro terapii a rehabilitaci, 1968). Tokenova ekonomika popisuje aplikaci principů chování na adolescentních pacientech s mentálními poruchami, ale jejich systém je na tolik funkční, že je využitelný i v dnešní době, na dnešních klientech jakéhokoliv věku a jakéhokoliv postižení.

- Rozměr pravidel chování – chování by mělo být popsáno ve specifických termínech, kterým jedinec porozumí.
- Plán, cíl chování – popsat cílové chování, požadovaný výkon.
- Význam a důležitost chování – je podstatné učit pouze to chování, které i po tréninku bude posilováno.
- Pravděpodobnost chování – sledovat jedince při běžných činnostech a ty, u kterých je pravděpodobné, že je v daném čase vykoná, posilovat.
- Pravidla slovního požadavku – okamžitě vyslyšet prosby o zesílení.
- Obměňování posilovačů – využívat mnoho variant posilovačů – může se podařit odhalit nový posilovač, který bude účinnější.
- Stav posilovačů – zajistit výraznou a hmatatelnou situaci, ve které nedojde k jakémukoliv zpoždění mezi odezvou a dodáním posilovače.
- Kompatibilita posilovačů – naplánovat zesilující situace tak, aby se posilovače mohly vyskytovat v různých časech.
- Načasování posilovačů – zmapovat, kdy je nejvhodnější posilovač využít.
- Pravidlo vystavování se posilovačům – pokud je to možné, jedinec by měl sledovat další osobu, která aktivně využívá posilovače.
- Behavior – Effect pravidlo – uspořádání situace tak, aby chování způsobilo určité trvalé změny ve fyzickém prostředí.
- Pravidlo času a místa – určit čas a místo výskytu odezvy a dodání posilovače.
- Pravidlo individuálnosti.
- Velikost a množství posilovačů - velikost ve smyslu, do jaké míry posilovače využívat a jakou měrou.
- Postup při předávání posilovačů – využívat automatizované prostředky k dodávání a zaznamenávání posilující události.
- Pravidlo přímého dohledu – poskytovat systematický a přímý dohled při posilování.
- Pravidlo vytvářející výzvu – při vývoji požadovaného řetězce odpovědí se začíná slovní výzvou a posiluje se stávající odpověď, která má souvislost s cílovým chováním.

(Kazdin, 1972, online, vlastní překlad)

### 1.2.2 Učení

Po vyhodnocení všech okolností je možné začít měnit chování a učit nové vzorce chování. Shira Richman ve své knize uvádí dva způsoby, jak využít teorii učení a aplikovanou behaviorální analýzu. Jednou z metod je učení postupnými kroky a druhou metodou je příležitostné učení. V případě učení postupnými kroky je využíván tzv. diskriminační stimul (Sd) neboli instrukce, která má vyvolat speciální reakci. Aby instrukce byla účinná, musí jí jedinec rozumět – Sd by měl být podáván direktivním hlasem, stručně, s jasným začátkem a koncem. Richman (2015) uvádí, že existuje celá řada různých diskriminačních stimulů: verbální, vizuální – nápisy či obrázky, které symbolizují pokyn nebo prvek v prostředí, gesta – ukazující směr, kam se má dítě podívat, kde si má vzít předmět apod.

- Učení postupnými kroky
  - Při učení postupnými kroky je jedinci nabídnut Sd, po předání instrukce terapeut čeká na reakci jedince. Pokud dítě reaguje správně, je jeho chování posíleno pochvalou. Jestliže dítě reaguje chybně, je pobídnuto ke správné reakci. Pobídnutí je vedeno tak, aby se dítě učilo správné reakci na danou instrukci. Postupné kroky vedoucí ke splnění úkolu se opakují, dokud dítě nereaguje samostatně a postupují tak dlouho, než je změna chování trvalá. (Richman, 2015, s.18.)
- Příležitostné učení
  - Příležitostné učení umožňuje učení po celý den, a to díky upravení některých podmínek. Například: dítě posadit k jídlu a nedat mu vidličku – učíme dítě požádat si o vidličku/příbor nebo držet jeho oblíbenou hračku a dát mu ji až na požádání. V těchto případech je potřeba dbát na to, aby v případě, že dítě neví, jak správně reagovat, mu ke správnému řešení pomohl instruktor/rodič. (Richman, 2015, s.18)

### 1.2.3 Posilování

Posilování je cokoliv, co po úspěšném chování zvýší intenzitu tohoto chování. Jedná se o nejvíce používaný princip v ABA terapii a má dva způsoby. Jedním je pozitivní posilování a druhým negativní posilování. (Richman, 2015, s. 20)

Mezi typy pozitivního posilování patří konkrétní odměny, jako jsou pamlsky, bonbony, oříšky, nápoje a jiné pochutiny, které má dítě v oblibě. Z počátku je vhodné dávat pamlsek okamžitě po žádoucím chování, s postupem času dítě odměňujeme méně často.

Důležité je také věnovat pozornost tomu, zdali je pamlsek stále účinný. Každá konkrétní odměna by měla být doplňována společenskou pochvalou, která je řazena do sociálního posilování, které je jedním z typů posilování. Sociálním posilováním je myšlena taková forma sociálních vztahů, která způsobí pokrok v žádaném chování. Patří sem pohlázení, slovní pochvala, úsměv, kývnutí, poplácání apod.. Tato metoda je nejvíce využívána u všech věkových kategorií. Opět je důležité, aby dítě pochvale rozumělo a vědělo, že když je pochvala vykonána, udělalo něco správně. Další odměnou mohou být také různé obrázky, žetony, předměty, hračky, které vyjadřují splnění úkolu a spokojenost dospělého.

(Schopler a kol., 2011)

Negativní posilování spočívá v odejmutí nepříjemného podnětu, a to okamžitě po žádaném chování. Negativní posilování má za následek růst intenzity tohoto chování a na jeho základě je dítě učeno žádat. (Richman, 2015, s. 21)

#### 1.2.4 Trest

Nejmírnější formy trestů jsou pro rozvoj správného chování nezbytné. Jedná se o takové reakce, jako jsou např.: zavrtění hlavou, slovní odmítnutí (ne), zamračení se, odnětí hračky apod. Richman (2015) ve své knize uvádí 2 možnosti trestů, a to pozitivní trest – kdy dítě například rozlije čaj a následně ho po sobě musí uklidit a trest negativní, kdy je dítěti sebrána jeho hračka za to, že s ní zlobí, hází s ní. Kdežto Schopler (2011) vymezuje tresty na postupy mírně omezující a silně omezující/rizikové postupy.

U první kategorie se jedná o:

- vyhasínání nebo-li ignorování nežádaného chování,
- trestný čas – dočasné přerušení jakékoliv pozitivní stimulace dítěte, abychom dosáhli jeho žádané reakce,
- společenský nesouhlas – dáváme najevo nesouhlas s jeho chováním (zavrtění hlavou až verbální „ne“),
- deprivace – postupy, kdy dítěti vezmeme oblíbenou věc, zakážeme mu, aby se účastnilo oblíbené činnosti, odebrání výsady (tuto metodu je vhodnější využívat u starších a pokročilejších klientů, aby dokázali pochopit účel takového trestu).

Další z možností je přesycení, které se využívá u velmi rušivého chování. Jako příklad Schopler (2011) uvádí situaci, ve které jedinec trhá papírky a hází je na zem. Jeho úkolem bude, aby papírky trhal na ještě menší kousky a házel je šterbinou do nějaké nádoby. Kromě

již jmenovaných metod jsou využívány metody odnětí jídla a fyzický kontakt, tedy například plácnutí přes zadeček nebo ručičku. Metoda fyzického kontaktu musí být vždy využita po souhlasu všech dospělých osob, které se podílejí na výchově jedince a v neposlední řadě po pečlivém uvážení. (Schopler a kol. 20011, s.133)

Druhou kategorií jsou tresty silně omezující až rizikové postupy, které by měly být využívány jen tehdy, když dítě svým chováním ohrožuje sebe nebo své okolí. Těmto metodám musí vždy předcházet metody mírnější, až poté, co nezabírají je možné využít postupy silně omezující. Silně omezující postupy musí být předem naplánované, musí se jich účastnit všechny osoby, které jsou za dítě zodpovědné, a v neposlední řadě musí být vedena dokumentace a hodnocení účinnosti. Patří mezi ně odloučení/izolace – umístění dítěte do zamknuté či izolované místnosti. Tento způsob může následovat pouze po specifickém a dobře definovaném chování a může trvat jen omezenou dobu. Po ukončení je nutné, aby dokončilo úkol/pokyn, který vykonávalo před izolací. Rizikové vyhasínání je dalším postupem, který se využívá v případě potencionálně nebezpečného chování – agrese, sebezraňování, útěků. Předposledním postupem je averzivní stimulace neboli aplikace fyzicky nepříjemného nebo bolestivého stimulu podmíněného reakcí. Tuto metodu vždy vykonává speciálně vyškolený dospělec, který jasně definuje chování, které má být ovlivněno a pečlivě dokumentuje průběh a hodnocení stimulace. Poslední metodou, která je považována za velmi riskantní, je podávání psychoaktivních léků. (Schopler a kol. 20011, s.134)

### 1.2.5 Pobízení

Pobídkou se myslí jakákoliv dopomoc, která provází instrukci s cílem podpořit žádanou reakci. Typy pobídek, jež jsou využívány jak učiteli, tak terapeutů je možné využívat i v běžném domácím prostředí. Richman (2015, s. 22) uvádí ve své publikaci pět druhů různých pobídek. Jednou z nich jsou verbální pobídky, které není snadné odstranit, a to především u dětí s autismem, které se snadno na těchto pobídkách stávají závislé. Mají v pobídkách oporu a slouží jim jako vodítko k dalším aktivitám.

Druhou možností jsou fyzické pobídky, které využívají fyzického kontaktu, například vedení ruky dítěte, aby dalo míček do koše, nebo poklepání na rameno, aby si dítě vzalo u jídla vidličku. Tento způsob pobídek jde nejlépe eliminovat, a to daným postupem, který má čtyři kroky. V případě, že je vidět, že dítě úkol chápe, uvolňujeme stisk ruky, která vede ruku dítěte. Časem je dítě vedeno pouze přidržením zápěstí, později přejdeme k poklepání na rameno, a nakonec fyzickou dopomoc zcela eliminujeme. (Richman,2015 s.22)



Vizuální pobídky, které jsou další z možností můžeme přirovnat k vizuálním Sd. Jedná se o nápisy, obrázky, které znázorňují pokyny. Například dáme dítěti obrázek s prostřeným stolem a ono má za úkol připravit stůl k obědu. Když dítě úkol pochopí, eliminujeme vizuální dopomoc. (Richmann, 2015, s.23)

Další možností jsou poziční neboli situační pobídky. Principem těchto pobídek je umístění nějakého předmětu na určité místo, což má jedinci připomenout nějakou činnost. Jedním z příkladů může být situace s odpadkovým košem, který je umístěn u dveří místnosti. Jedinci má připomenout, že při odchodu z místnosti se má rozhlédnout a zkontrolovat, zdali po něm nezbyl nějaký nepořádek, a pokud ano, tak ho musí uklidit a vynést koš s odpadky.

Modelování umožňuje předvést požadovanou činnost krok za krokem a dítě se pak učí pomocí nápodoby. (Richman, 2015, s. 23)

### 1.2.6 Generalizace

Generalizace je vymezena jako určitá dovednost, kterou se dítě naučí, a je přítomna i za jiných podmínek. Dítě se naučí poděkovat za sušenku, ale zvládne poděkovat i za autíčko, které mu podá někdo jiný než terapeut nebo rodič. Naučená dovednost je také využívána v různých variantách (dítě se naučí využívat děkuji, ale umí použít i díky, díky apod., zná význam těchto slov). Generalizaci se stává úspěšnější ve chvíli, kdy je využívána ve všech sférách života dítěte (terapie, škola i domácí prostředí). Aby bylo dosaženo kýžených výsledků, je potřeba učenou dovednost procvičovat na různých místech, v různou dobu i s různými lidmi. (Richman, 2015, s. 24)

### 1.2.7 Tvarování

Technika tvarování se využívá k nácviku chování, které dítě neovládá nebo je pro ně obtížné se ho naučit jako celek. Principem tvarování je odměňování postupného přibližování se k tvarovanému chování. Jako názorná ukázka je uveden příklad z knihy *Výchova dětí s autismem* (Richman, 2015, s.25)

*Krok 1: Kara je odměněna, že vydala zvuk „mm“*

*Krok 2: Kara je odměněna, že řekla „ma“*

*Krok 3: Kara je odměněna, že řekla „mam“*

*Krok 4: Kara je odměněna, že řekla „mama“*

Tato technika umožňuje dítěti využívat jeho schopnosti a verbální dovednosti v jeho vlastním tempu a nedochází tak k frustraci.

### 1.2.8 Řetězení

Pomocí řetězení se žádané chování rozdělí na jednotlivé komponenty a ty jsou poté nacvičovány postupně. Dítě tak přirozeně navazuje na zvládnuté dovednosti. U této techniky jsou dvě metody postupu, jednou je přímé a druhou zpětné řetězení. Přímé řetězení je založeno na nácvičku od prvního k poslednímu kroku. Přičemž se začíná krokem jedna, následuje krok dva, pokud dítě bezpečně ovládá oba dva na sebe navazující kroky, přidá se krok třetí, tímto způsobem se pokračuje do té doby, než je úkol splněn a dítě zvládá úkol od kroku jedna po poslední krok bez dopomoci. Zpětné řetězení funguje v podstatě na stejném principu, jen se postupuje od posledního kroku směrem k prvnímu. Dítě tak má možnost být rychleji odměněno, což působí jako silný posilovací podnět. (Richman, 2015, s. 26)

### 1.2.9 Náprava nevhodného chování

Nevhodné chování bývá jedním z aspektů, které rodiče trápí nejvíce. Je viditelné a často neovlivnitelné. Je tedy potřeba nastavit správné vzorce chování v daných situacích, které se dítě naučí a bude se tak moci předejít nepříjemným situacím, jak pro dítě, tak pro rodiče. Mezi nevhodné chování je řazena například autostimulace, záchvaty vzteku, agresivní a sebezraňující chování. Trest je v tomto případě méně účinná metoda než právě redukce nevhodného chování. Podmínkou je, aby všichni v okolí dítěte využívali stejný typ metody, aby se dosáhlo výsledku, tedy redukce nevhodného chování. Při redukci nevhodného chování je také podmínkou nabídnout chování alternativní, které umožní dítěti splnit jeho požadavek vhodnějším způsobem. Prvním krokem při nápravě chování je identifikace daného chování. Zaměřujeme se na chování, které dítěti vyvolává nebezpečí (sebezraňování) nebo vyvolává nebezpečí okolí (agresivita), popřípadě narušuje-li chování učení nebo vylučuje dítě z kolektivu. Na toto a podobné chování je možné uplatnit behaviorální metody. (Richman, 2015, s. 43)

Je vhodné se zaměřit na příčiny nevhodného chování, které se mohou nacházet v prostředí, ve kterém dítě pobývá. Nevhodné chování mohou vyvolat zdravotní problémy a jejich vliv na dítě, dále je důležité brát v potaz přiměřenost a náročnost úkolů, které jsou dítěti zadávány. Jejich přemíra může způsobit frustraci, strach, zoufalství, úzkost, a to nejen u dítěte, ale následně i u rodiče. Nevhodné chování se často vyskytuje za účelem získání či udržení pozornosti dospělé osoby. Je také využíváno jako únik nebo úhybný manévr před nějakou povinností. (Richman, 2015, s. 45)

Richman (2015): „Každá z výše uvedených funkcí nevhodného chování se musí řešit určitým způsobem. Jestliže chceme nevhodné chování redukovat, je třeba znát především jeho funkci, což nebývá jednoduché. Chování může měnit svou funkci nebo může mít i více funkcí. Abychom zjistili, co vyvolává a co posiluje chování, musíme se na chování podívat pomocí ABC modelu funkční analýzy.“

### 1.2.9.1 ABC model funkční analýzy

ABC model identifikuje a co nejpřesněji definuje příčinu problémového chování tím, že zkoumá situaci před chováním a sleduje následky chování.

#### A = antecedent, předehra

„A“ je definováno jako předehra, tedy událost, která se stala těsně před tím, než propuklo problémové chování. Příklad: Přišla návštěva – dítě dostalo záchvat.

Poté, co je chování definováno, je třeba detailněji zaznamenat okolnosti, které mohly spustit problémové chování. V návaznosti na příklad je možné, že se záchvat objevil v souvislosti s pozorností, která byla věnována návštěvě, nikoliv dítěti.

#### B = behaviour, chování

„B“ tedy chování je možné popsat do nejmenších detailů. Čím přesněji je chování popsáno, tím snadnější je jeho modifikace. Tab.1 znázorňuje, jak lze všeobecná tvrzení lépe specifikovat.

VŠEOBECNÝ POPIS	SPECIFICKÁ DEFINICE
Nedává pozor	Odvrací pohled, když na něj mluvím
Má záchvat vzteku	Křičí a dupe
Je agresivní	Kope a štípe

Tab.1 - Specifikace obecných tvrzení (Richman, 2015, s.47)

#### C = consequence, následky

„C“ značí dohru, tedy následky toho, co se stalo bezprostředně po sledovaném chování. Zde je nejdůležitější dbát na zvolenou metodu odměny a trestu, jelikož dochází k upevnění. Je třeba volit takový postup, který bude mít dlouhodobý a pozitivní vliv na chování.

## Provedení funkční analýzy

Pro provádění funkční analýzy je třeba připravit si záznamových arch, viz Tab. 2, který je umístěný v blízkosti místa, kde dochází k problémovému chování nejčastěji. Když se chování objeví, zaznamenáme čas a ostatní až poté, co se dítě uklidní. Po určité době se učiní závěry z pozorování.

Záznamový arch			
Čas	Předehra	Popis chování	Dohra

Tab.2 – Záznamový arch (Richman, 2015, s.48)

Výhodou tohoto zaznamenávání je snadná a rychlá administrativa, takže jej může dělat v podstatě kdokoliv, kdo je zrovna v přítomnosti dítěte s problémovým chováním. Kearney (2008) uvádí, že je také vhodné sledování jedince ve třídě a třídním kolektivu. (Tab.3)

Datum a čas	A (spouštěč)	B (chování)	C (následek)
12/4/2008 9:20	Učitel se otočil zády ke třídě	Dítě hodilo papírovou vlašťovku	Třída se začala smát

Tab.3 – Ukázka záznamu problémového chování v třídním kolektivu. (Kearney, 2008)

Schreibmanová (1997) k výše uvedené tabulce přidává frekvenci problémového chování, např. dvakrát týdně a sleduje délku výskytu chování, např. patnáct minut.

## 1.3 Výhody a nevýhody ABA terapie

Mezi výhody ABA terapie patří včasná intervence, která může u velkého počtu dětí vést k velkému, komplexnímu, přetrvávajícímu a smysluplnému zlepšení v řadě oblastí.

U některých dětí může toto zlepšení znamenat dosažení zcela normálního fungování v oblasti intelektuální, sociální, komunikační i adaptační. U většiny dětí dochází k výraznému pokroku v mnoha dovednostech a k redukci problémového chování. Z dlouhodobého hlediska se jedná o terapii, která se vyplatí ve srovnání s náklady na celoživotní péči a podporu dětí s neurovývojovými poruchami nebo PAS. (Středisko na Sioně, 2016)

Nevýhodou ABA terapie je její časová a finanční náročnost. Někteří odborníci vytýkají ABA terapii produkci tzv. „robotických dětí“, to znamená dětí, které jsou schopny pracovat

pouze na povel terapeuta s příslibem nějaké odměny. Podobnou kritiku dostávají i tresty, které jsou využívány k redukci problémového chování (Morris, 2008)

Mezi významné nevýhody ABA terapie v České republice patří nedostatek proškolených pracovníků a s tím související nedostatek supervizorů. Nedostatek odborné literatury v českém jazyce je také značnou nevýhodou. Momentálně stále není ABA terapie zařazena do systému péče o děti s PAS. Rodiče jsou tak odkázáni na velmi omezenou nabídku služeb, které navíc nejsou příliš podporované ze strany státu či zdravotních pojišťoven. (Středisko na Sioně, 2016)

#### **1.4 Česká odborná společnost Aplikované behaviorální analýzy**

Česká odborná společnost Aplikované behaviorální analýzy (CSABA), z.s. (zapsaný spolek) vznikla v lednu roku 2016 jako reakce na nedostupnost certifikované ABA terapie. Jedná se o sdružení odborníků, kteří usilují o zavedení a rozšiřování metody aplikované behaviorální analýzy dle mezinárodních standardů v souladu s BACB (Behavioral Analyst Certification Board).

Klade si za cíl vytvářet podmínky pro zavedení metody ABA-BACB, a to především v oblasti přístupu ke vzdělávání – získání certifikované odbornosti v tomto oboru na všech stupních a jejího uplatnění v praxi. Evidovat odborníky, kteří absolvovali výcvik v ABA-BACB a jsou oprávněni ji v praxi uplatňovat na všech úrovních – členství v Sekci certifikovaných terapeutů. Mimo to také podporuje výměnu informací mezi odborníky v oblasti ABA. Dalším z cílů je seznámit českou odbornou i laickou veřejnost s možnostmi využití metod aplikované behaviorální analýzy při terapiích u osob s PAS a dalšími diagnózami. A v neposlední řadě garantovat korektní postupy praxe certifikovaných ABA analytiků, terapeutů a praktiků. Neopomenutelným úkolem CSABA je zajistit, aby terapie byla hrazena z prostředků zdravotního pojištění. (CSABA, 2016, online)

## 2 Neurovývojové poruchy u dětí

Neurovývojové poruchy nebo také vady jsou definovány jako důsledky atypického vývoje nezralého mozku. Abnormální vývoj centrálního nervového systému se projevuje v rozmanitých postiženích mozkových funkcí. Většina postižení mozkových funkcí se objasňuje v dětství, a proto jsou i v tomto období diagnostikovány, většina z nich přetrvává do dospělosti, i když často v modifikované či pozměněné formě. Neurovývojové poruchy jsou děleny na poruchy mentální retardace, poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí. Celá skupina má řadu podobných charakteristik, mezi které například patří obdobná komplexní etiopatogeneze s výrazným genetickým podílem. Poruchy jsou celoživotní a jejich klinické charakteristiky se s vývojem člověka mění. Rozsah vývojových deficitů kolísá od velmi specifických omezení v učení nebo kontrole exekutivních funkcí až po celkové narušení sociálních dovedností nebo intelektu. Řadí se sem poruchy intelektu, poruchy komunikace, řeči a jazyka, poruchy autistického spektra, poruchy pozornosti a hyperaktivity, poruchy motoriky, ale také poruchy učení. (Ošlejšková, 2010, s. 368)

V jedenácté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (2018, online, vlastní překlad) jsou neurovývojové poruchy definovány jako poruchy kognitivních funkcí, emočních regulací nebo chování, které se odrážejí v dysfunkci v psychologických, biologických nebo vývojových procesech.

## 2.1 Poruchy psychického vývoje

Mezi poruchy psychického vývoje se řadí poruchy vývoje řeči a pervazivní poruchy psychického vývoje, které budou níže detailněji popsány. Do této skupiny poruch jsou dále řazeny specifické poruchy učení.

### 2.1.1 Specifické vývojové poruchy řeči

Vývojové poruchy řeči vznikají během vývojového období a jsou charakterizovány obtížemi v porozumění nebo tvorbě řeči, anebo v používání jazyka v kontextu pro účely komunikace. Pozorované řečové a jazykové problémy nelze přičítat sociálním nebo kulturním faktorům. Předpokládaná etiologie vývojových poruch řeči nebo jazyka je složitá a v mnoha případech neznámá. (WHO, 2018, online, vlastní překlad)

#### 2.1.1.1 **Specifická vývojová porucha artikulace řeči, dyslálie**

Dyslálie neboli patlavost je neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny mluvené řeči podle stanovených ortoepických norem. (Hála, 1962 in Škodová, 2003, s.328) Hláška je tvořena na nesprávném místě (Škodová, 2003, s.328)

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10 (dále také MKN-10) je specifická vývojová porucha artikulace řeči definována jako vývojová porucha, kdy dítě užívá řečových zvuků pod úrovní svého mentálního věku, ačkoliv je řečová dovednost na normální úrovni.

Etiologie dyslálie je různorodá. Mezi nejčastější příčiny patří vlivy dědičnosti, pohlaví dítěte, poruchy zraku a sluchu, poruchy CNS, riziková těhotenství, poškození při porodu ale i vlivy prostředí. Názory na vliv dědičnosti se různí, například Sovák tyto názory neuznává a Arnold je jednoznačně popírá kdežto Lechta uvádí dědičný vliv jako nespécifickou dědičnost fonemické diference. Vlivem prostředí je myšlen nesprávný nebo nepřiměřený řečový vzor v rodině – mazlivá řeč, bilingvální prostředí, chyby ve výchovném přístupu (tresty, citové strádání, zanedbávající výchova). Výslovnost je vážně narušena i v případě narušení zraku a sluchu. Nelze podceňovat převodní nedoslýchavost jako následek častého onemocnění horních cest dýchacích. Percepční nedoslýchavost způsobuje, že dítě nerozlišuje správně sykavky a mimo to má také narušeny modulační faktory řeči. Narušené zrakové vnímání znemožňuje přesné vnímání artikulačních pohybů, hlavně v raném věku. Souvislost je prokázána i mezi motorickým vývojem dítěte a výslovností, jež vyžaduje přesnou koordinaci pohybu mluvidel. Anatomické odchylky mluvidel jsou také častým důvodem nesprávné výslovnosti, zejména ankyloglossum, tedy přirostlá podjazyčná uzdička mezi horním rtem a

dásní nad horními řezáky. Nošení zubních protéz, vadný skus, obrna jazyka či rtů mohou také výrazně ovlivnit výslovnost. (Škodová, 2003, s. 329)

Salomonová (in Škodová, 2003, s.329) uvádí tři druhy symptomatologie – při hláskové dyslálii dítě hlásku:

- Vynechává – mogilalie (tráva – táva)
- Nahrazuje – jinou hláskou tzv. paralalie (tráva – tláva)
- Tvoří chybně – takové poruchy se označují příponou - ismus (rotacismus, lambdacismus)

### **2.1.1.2 Vývojová dysfázie – motorická a senzorická**

Tato vývojová porucha řeči je charakterizována širokou symptomatikou ve vlastní řečové produkci v mnoha jejích úrovních. Může být doprovázena dalšími příznaky vyplývajícími z podstaty její etiologie. Vývojová dysfázie je chápána jako porucha řeči ve vlastním slova smyslu, jež je způsobena zásahem do jejího vývoje od počátku. (Škodová, Jedlička, 2003, s.106).

Terminologie vývojové dysfázie se různí, v literatuře můžeme nalézt termíny jako nemluvnost při poškození řečových zón mozku, sluchoněmota – audimutitas, alalie, dysfázie, afémie. V nejnovější odborné literatuře se uvádí jako název pro specificky narušený vývoj řeči termín vývojová dysfázie. Současná česká klinická logopedie označuje termínem vývojová dysfázie specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené. (Škodová, Jedlička, 2003, s. 106) Neubauer (2018) ji definuje jako poruchu osvojování mluvené řeči. Dodává také, že se nejedná o úplné chybění řeči, ale o její závažně opožděný vývoj v některých aspektech. Opoždění řeči přitom není vysvětlitelné poruchou sluchu, mentální retardací, autismem, pohybovým postižením ani deprivacními či jinými nepříznivými vlivy.

Etiologie vzniku vývojových poruch řeči není jasná, odborníci uvažují o postižení vývoje kognitivních funkcí vlivem prenatálního, perinatálního a postnatálního poškození mozku. Hovoří i o poškození v intrauterinním vývoji mozku, o predilekci u chlapců, ale i o vlivech dědičnosti. (Škodová, 2003, s. 107)

Vývojová dysfázie se projevuje mnoha různými symptomy, včetně výrazně nerovnoměrného vývoje celé osobnosti. Opoždění vývoje řeči bývá nejnápadnějším symptomem a také důvodem pro vyhledání odborné pomoci. Řečové obtíže zasahují do všech oblastí. Rozsah vnějších příznaků se může jevit jako výrazná „patlavost“, přes nesrozumitelný



projev až k úplné nemluvnosti. Zásadním příznakem je vždy opožděný vývoj řeči. V hloubkové struktuře může narušovat oblast sémantickou, syntaktickou, ale i gramatickou. Jedná se například o přehazování slovosledu, používání nesprávné koncovky při ohýbání slov, vynechávání některých slov, omezení slovní zásoby, redukce stavby věty na dvouslovné nebo i jednoslovné. V povrchové struktuře řeči jsou zásadní poruchy fonologického systému na úrovni rozlišování distinktivních rysů hlásek. Nejčastěji je postižena diferenciací znělosti a neznělosti, závěrovosti a nezávěrovosti, kompaktnosti a difuznosti. (Novák in Škodová, 2003, s.108) Řeč je na poslech patlavá až zcela nesrozumitelná. Může docházet k záměnám či redukcím hlásek nebo slabik ve slově. Někdy projev dělá dojem plynulé řečové produkce, je však nesrozumitelný, proto někdy odborníci mluví nejen o opožděném, ale i aberantním neboli odchýlném vývoji řeči. (Jedlička in Škodová, 2003, s. 108) Mezi příznaky v dalších oblastech patří nerovnoměrný vývoj, podstatný rozdíl mezi verbálními a neverbálními schopnostmi, narušení zrakového a sluchového vnímání, narušení paměťových funkcí, narušení orientace v čase i prostoru, narušení motorických funkcí a často také nevýhodné typy laterality – nevyhraněná, zkřížená nebo nesouhlasná lateralita.

MKN-10 rozlišuje motorickou neboli expresivní poruchu řeči a senzoricou neboli receptivní poruchu řeči. Expresivní porucha řeči je zakotvena pod kódem F80.1, jako porucha, při které schopnost dítěte užívat expresivně mluvenou řeč je zřetelně pod úrovní jeho mentálního věku, ale jazykové chápání je normální. Mohou se projevit, ale nemusejí, poruchy artikulace. (MKN – 10, 2018) Převažují zde obtíže v logomotorické neboli expresivní složce řeči (úroveň výstižnosti, srozumitelnosti a adekvátního vyjadřování myšlenek, pocitů, prožitků a rozhodnutí) – vývoj řeči je vždy opožděn, aktivní slovník je výrazně chudší než úroveň rozumění slovům a větám, existuje nesoulad mezi vývojem verbální komunikace a neverbálním intelektem, dítě více spoléhá na neverbální způsoby komunikace, řeč je tvořena těžkopádně, mluvní apetit je malý. (Dvořák in Škodová, 2003, s. 123)

Receptivní porucha je zařazena pod kódem F80.2. Jedná se o specifickou vývojovou poruchu, kdy chápání řeči dítětem je pod úrovní jeho mentálního věku. Téměř ve všech případech je také výrazně porušena expresivní řeč a jsou časté též poruchy tvorby slova a zvuku. (MKN – 10, 2018). Převažující jsou obtíže v receptivní složce řeči (úroveň porozumění a pochopení mluveného projevu při sociální komunikaci), poruchy fonemického sluchu, poruchy sluchové paměti, poruchy krátkodobé paměti, obtíže v rozumění slovům a chápání jejich obsahu. Vývoj v tomto případě nemusí být výrazně opožděn, slovník nemusí být chudý, ale dítě často nechápe obsah užívaných slov, řeč je často

plynulá, ale prakticky nesrozumitelná, mluvní projev je výrazně deformovaný, mluvní apetit může být přiměřený. (Dvořák in Škodová, 2003, s.129)

### 2.1.2 Poruchy autistického spektra

Poruchy autistického spektra jsou odborníky definovány mnohým způsobem. Například Komárek, Zumrová a kolektiv definují poruchy autistického spektra (PAS) takto: *„Autismus postihuje asi půl procenta populace. Nelze jej považovat za jednoznačnou nozologickou jednotku, proto je přesnější užívat termín autistické spektrum, které zahrnuje lehčí formy, jako je Aspergerův syndrom, pacienti s extrémní osamělostí v rámci těžké pervazivní choroby a atypické formy včetně sekundárních projevů u nejrůznějších onemocnění.“* (Komárek, Zumrová, 2000, s.68) Peeters (1998) uvádí, že výraz pervazivní porucha vystihuje podstatu této poruchy mnohem lépe než pojem autismus. Jestliže postižení mají problémy v oblasti komunikace, sociálního porozumění a imaginace, a navíc těžkosti s chápáním toho, co vidí a slyší, pak označení autistický, v omezeném slova smyslu obrácený do sebe, není nejmístnější. Skutečné potíže těchto osob jsou mnohem širší než jednoduchá charakteristika sociální uzavřenosti. Porucha autistického spektra je charakterizována přetrvávajícími nedostatky ve schopnosti iniciovat a udržovat vzájemnou sociální interakci a sociální komunikaci s řadou omezených, opakovaných vzorců chování a zájmů. Deficity jsou dostatečně závažné, aby způsobily zhoršení v osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, profesních nebo jiných důležitých oblastech fungování. (WHO, 2018, online, vlastní překlad)

Thorová (2006) popisuje pervazivní vývojové poruchy, v anglicky mluvících zemích známé jako Pervasive Developmental Disorders – PDDs, jako jednu z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Pervazivní tedy všepromikající porucha narušuje vývoj dítěte do hloubky v mnoha směrech. Následkem vrozeného postižení mozkových funkcí, jež u běžné populace dětí umožňují komunikaci, sociální interakci a symbolické myšlení, dochází k tomu, že dítě nedokáže vyhodnocovat informace tak jako děti stejné mentální úrovně. Vnímá, prožívá a chová se jinak. Pro syndromy tvořící jednotlivé nozologické jednotky, je charakteristická značná škála a variabilita symptomů. PAS jsou diagnostikovány na základě přítomných symptomů ve specifických oblastech, které v sedmdesátých letech vymezila britská psychiatrička Lorna Wingová. Nazvala je triádou poškození – Triad of Impairments. Řadí sem sociální interakci, která zahrnuje sociálně-emoční dovednosti uplatňované ve vztazích s rodiči, blízkými osobami, ostatními lidmi a vrstevníky. Dále komunikaci zahrnující řeč, gesta a mimiku. Poslední bod, který je neméně klíčový, je představivost obsahující hru, volný čas a používání předmětů. DSM -5 uvádí tzv. dyádu symptomů, která zahrnuje sociální

komunikaci/interakci a opakující se/repetitivní/omezená vzorce chování, zájmů a aktivit. Toto je označováno jako hlavní kritéria diagnostiky PAS. Mezi další patří začátek obtíží v období raného věku, příznaky způsobují klinicky významně funkční narušení v sociální, školní, pracovní nebo jiné důležité životní oblasti. A tyto příznaky nelze přičíst poruše intelektu nebo celkovému vývojovému opožďení (DSM-5, 2015,s.51). Pervazivní vývojové poruchy se diagnostikují bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost jakékoliv jiné přidružené poruchy či nemoci. Ke stanovení diagnózy je zapotřebí několik symptomů v jednotlivých oblastech triády, v případě DSM-5, dyády. (Thorová, 2006, s.58)

Thorová (2006) ve své knize také objasňuje terminologii této oblasti: „*Ve světě se rozšířil a je v současné době běžně používán termín poruchy autistického spektra, který zhruba odpovídá pervazivním vývojovým poruchám. Nicméně termín poruchy autistického spektra je považován za výstižnější, protože specifické deficity a abnormní chování jsou považovány spíše za různorodé než pervazivní.*“

Momentálně patří mezi všeobecně uznávané a rozšířené diagnostické systémy MKN-10, která je vydávána Světovou zdravotnickou organizací a využívána v Evropě, a poté DSM – 5 využívaná ve Spojených státech amerických. Oba diagnostické materiály pracují s klasifikací PAS, diagnostická kritéria DSM-5 se však zdají být lépe využitelná v praxi (Smolíková, 2018) Pro porovnání klasifikačních systému poslouží tabulka č.4 níže. (Thorová, 2006, s.60)

Porovnání světového klasifikačního systému MKN -10 s americkým DSM – 5	
MKN - 10	DSM – 5
Dětský autismus	Autistická porucha
Rettův syndrom	Rettův syndrom
Jiná dezintegrační porucha v dětství	Dětská dezintegrační porucha
Aspergerův syndrom	Aspergerova porucha
Atypický autismus	Pervazivní vývojová porucha dále nspecifikovaná
Jiné pervazivní vývojové poruchy	
Pervazivní vývojová porucha nspecifikovaná	
Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby	Není ekvivalent

Tab. 4 - Porovnání světového klasifikačního systému MKN -10 s americkým DSM – 5 (Thorová, 2006, s.60)

V jedenácté revizi MKN jsou poruchy autistického spektra děleny následovně: porucha autistického spektra bez poruchy intelektuálního vývoje a s mírným nebo žádným poškozením funkčního jazyka, porucha autistického spektra s poruchou duševního vývoje a s mírným nebo žádným poškozením funkčního jazyka, porucha autistického spektra bez poruchy intelektuálního vývoje a se zhoršeným funkčním jazykem, porucha autistického spektra s poruchou intelektuálního vývoje a s poruchou funkčního jazyka, porucha autistického spektra bez poruchy intelektuálního vývoje a bez funkčního jazyka, porucha autistického spektra s poruchou intelektuálního vývoje a s absencí funkčního jazyka, jiná specifická porucha autistického spektra, nespecifikovaná porucha autistického spektra. (WHO, 2018, online, vlastní překlad)

Vývoj sociální interakce normálních dětí se od vývoje dětí s autismem liší. Není pravidlem, že vývoj u dítěte s autismem bude probíhat vždy stejně, každé dítě je odlišné, individuální a tomu odpovídá i průběh vývoje. Ale zpravidla může pozorovat jisté prvky, které by mohly naznačovat autismus.

Normální vývoj sociální interakce probíhá asi takto: ve dvou měsících dítě začne otáčet hlavičku, objevuje se první sociální úsměv. V šestém měsíci se začíná objevovat nápodoba dospělého, raduje se z chování. Osmý měsíc je období typické tím, že dítě začne rozpoznávat rodiče od neznámých lidí. Hraje si – ukazuje na předměty, podává si je s dospělým, dělá „pápá“, leze za mámou. V roce stále častěji iniciuje hru, zvyšuje se frekvence zrakového kontaktu s dospělým, s hračkou. V osmnácti měsících si začíná hrát s vrstevníky, ukazuje jim hračky. Typická je i samostatná či paralelní hra. Ve dvou letech se začínají zapojovat do hry s využitím hrubé motoriky. V průběhu třetího roku se učí trvalejší spolupráci s vrstevníky, rádo pomáhá s domácími pracemi, rádo se předvádí, touží udělat rodičům radost. Má oblíbené vrstevníky, a naopak vylučuje ze hry ty nevídané. Více se orientuje na vrstevníky než na rodiče. (Watson a Marcus in Peeters, 1998, s.84)

Vývoj sociální interakce dětí s autismem probíhá odlišně: vývoj se zdá být opožděný, oproti vývoji normálního dítěte. V půl roce je dítě méně aktivní, méně náročné. Je zaznamenáván špatný oční kontakt, neraduje se ze sociálních kontaktů. Těžko se uklidňuje, když je nešťastné. V roce klesá družnost dítěte, nemá problémy s odloučením. Ve dvou letech obvykle rozezná rodiče od ostatních, ale neumí projevovat žádné city. Může se objevovat i intenzivní strach a často upřednostňuje samotu. Ve třetím roce života těžko přijímají jiné děti, nechápou význam pochval a trestů. Nerozumí pravidlům hry s vrstevníky. Orientují se spíše na dospělé než na vrstevníky. (Watson a Marcus in Peeters, 1998, s.84)

Spektrum poruch autistického spektra je velice rozmanité. Objevují se v různé míře a podobě a řadí se, jak už bylo výše uvedeno, k nejtěžším poruchám dětského vývoje. Často bývá zasažen intelekt v různém rozsahu, od nadprůměru až po hluboké mentální postižení. U těchto poruch ale nejde tolik o intelekt jako o schopnost adaptability v různých oblastech. Poruchy by se měly objevit zhruba do, tří let věku, ale ne v takové míře, aby si jich rodiče všimli. V průběhu života se projevy mění a objevují se výkyvy ve výkonech v jednotlivých oblastech triády a je také nutné ke každému přistupovat individuálně (Bazalová, 2017, s. 13)

PAS lze tedy klasifikovat dle více kritérií. Mezi první patří kritérium medicínské dle výše zmíněných diagnostických manuálů MKN -10 a DSM – 5. Další možností je kritérium funkčnosti, od kterého je v dnešní době mírně upouštěno. Je zde vymezen vysoce funkční autismus bez postižení intelektu, středně funkční autismus, při kterém se objevuje lehké až středně těžké mentální postižení a poslední z těchto stupňů je nízko funkční autismus spojený s těžkým až hlubokým mentálním postižením. Dalším kritériem je kritérium adaptability, a to v její míře – vysoká, střední, nízká. Sociální kritérium rozděluje děti s autismem na osamělé, pasivní, aktivní-zvláštní, formální, smíšené-zvláštní. Thorová (2006) také uvádí dva protipóly. Pól osamělý, kdy dítě odmítá jakýkoliv kontakt. A pól extrémní, kdy se dítě snaží navázat kontakt vždy a se všemi, často ale nevhodně. Předposledním uvedeným kritériem je kritérium dle doby prvních projevů. Thorová a Hrdlička se shodují, že nástup projevů je dvojí. První, kdy je vývoj dítěte od prvních měsíců abnormální, nebo druhá možnost, kdy dochází k tzv. autistické regresi – dítě začne postupně ztrácet nabyté dovednosti, především v oblasti verbální a neverbální komunikace, sociálního chování, někdy i kognitivních schopností. (Thorová, Komárek in Bazalová, 2017, s. 14)

Poslední z kritérií, která jsou uvedena, jsou kritéria stupně závažnosti poruchy autistického spektra uvedené v DSM-5 – viz tab. 5.

<b>Stupně závažnosti poruchy autistického spektra</b>		
Stupeň závažnosti	Sociální komunikace	Vyhraněné stereotypní projevy chování
Stupeň 3 „Vyžadující velmi značnou podporu“	Závažné deficity ve verbálních a neverbálních sociálních komunikačních dovednostech vedoucí k závažnému narušení funkcí v těchto oblastech. Velmi omezené navazování soc. vztahů.	Neměnnost chování, extrémní potíže přizpůsobit se změně nebo jiné repetitivní chování významně ovlivňující úroveň psychických funkcí ve všech oblastech.

Stupeň 2 „Vyžadující značnou podporu“	Výrazný deficit ve verbálních a verbálních a neverbálních sociálních komunikačních dovednostech, narušení v sociální oblasti je zjevné i přes poskytnutou podporu. Omezené navazování soc. vztahů.	Nepřizpůsobivost chování, problémy přizpůsobit se změně. Repetitivní chování se vyskytuje tak často, že si ho všimne i náhodný pozorovatel, a které narušuje úroveň psychických funkcí v mnoha oblastech
Stupeň 1 „vyžadující podporu“	Bez fungující podpory způsobuje deficit v soc. komunikaci zřetelné potíže. Atypické nebo neúspěšné reakce na pokusy o sblížení. Zdá se, že má snížený zájem o sociální vztahy	Nepřizpůsobivost chování významně narušuje funkčnost v jedné nebo více oblastech. Obtížně mění aktivity.

Tab. 5 - Stupně závažnosti poruchy autistického spektra (DSM-5, 2015, s. 53)

#### 2.1.2.1 Dětský autismus

Dětský autismus je dle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) řazen, mezi pervazivní vývojové poruchy, a to pod kódem F84.0. Tato pervazivní porucha je definována přítomností abnormálního nebo porušeného vývoje, manifestujícího se před věkem tří let. Charakteristickým typem abnormální funkce všech tří oblastí psychopatologie jsou reciproční sociální interakce, komunikace a opakující se omezené stereotypní chování. K těmto specifickým diagnostickým rysům dále přistupuje běžně škála dalších nespecifických problémů, jako fobie, poruchy spánku a jídla, návaly zlosti a agrese namířené proti sobě. (MKN-10, 2018, s.249)

Stupeň závažnosti poruchy bývá různý, od mírné formy až po formu těžkou. Závisí to na kombinaci a závažnosti symptomů, kterých může být méně a mohou být méně závažné. Ale naopak se může objevit velké množství závažných symptomů. Variabilita je v tomto případě typická. Porucha se diagnostikuje bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost jakékoliv jiné přidružené poruchy. (Thorová, 2006, s.177)

K diagnostice dětského autismu jsou nejčastěji využívána diagnostická kritéria dle MKN-10 nebo dle DSM-5.

Dle MKN-10, jak už bylo uvedeno výše, se dětský autismus projevuje před třetím rokem věku dítěte. Mezi diagnostická kritéria je řazeno kvalitativní narušení sociální

interakce, tedy nepřiměřené hodnocení společenských situací, nedostatečná odpověď na emoce jiných lidí, nedostatečné přizpůsobení se sociálnímu kontextu, omezené používání sociálních signálů, absence sociálně-emoční vzájemnosti a přítomnost slabé integrity sociálního, komunikačního a emočního chování. Kvalitativní narušení komunikace je dalším z kritérií, které obsahuje:

- nedostatečné sociální užívání řeči bez ohledu na úroveň jazykových schopností,
- narušenou fantazijní a sociálně napodobivou hru,
- nedostatečnou synchronizaci a reciprocitu v konverzačním rozhovoru,
- sníženou přizpůsobivost v jazykovém vyjadřování,
- relativní nedostatek tvořivosti a představivosti v myšlení,
- chybí emoční reakce na přátelské přiblížení jiných lidí,
- narušenou kadenci komunikace a správného užívání v důrazu řeči, které moduluje komunikaci.

Je zde zařazena i nedostatečná gestikulace užívaná ke zvýraznění komunikace. Poslední kategorií ze specifických symptomů jsou omezené, opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity - rigidní a rutinní chování, specifická náklonnost k předmětům, které jsou netypické pro daný věk, lpění na rutině a vykonávání speciálních rituálů, stereotypní zájmy jako jsou data, jízdní řády apod.. Pohybové stereotypie, zájem o nefunkční prvky předmětů a velice typický odpor ke změnám v běžném průběhu činností nebo v detailech osobního prostředí. Neopomenutelnou součástí těchto diagnostických kritérií jsou nespecifické rysy jako je strach či dokonce fobie, poruchy spánku a příjmu potravy, záchvaty vzteku, agrese a automutilace neboli sebepoškozování. Většinou chybí spontaneita a tvořivost při organizování volného času, potíže s vytvořením myšlenkové osnovy při rozhodování v práci i přesto, že schopnostmi na úkoly stačí. (Diagnostická kritéria pro dětský autismus F84.0 dle MKN-10 in Thorová, 2006, s.178)

#### 2.1.2.2 Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom (dále AS) má mnoho forem, jedná se velmi různorodý syndrom, jehož symptomatika přechází do normy. Je velice obtížné určit, zdali se jedná o AS nebo jen o sociální neobratnost spojenou s více vyhraněnými zájmy a výraznějšími rysy osobnosti. I přesto je AS považován za samostatnou nozologickou jednotku a tvrdit, že se jedná o mírnější formu autismu je přinejmenším velice zjednodušené. AS má stejně jako autismus svá

specifika a problémy, které mohou být závažné. S pomocí různých nácviků a individuálního empatického přístupu zvládnou děti s AS běžnou docházku do školy, následný nástup do vhodného zaměstnání a není vyloučeno ani založení rodiny. Okolím mohou být přijímáni jako lidé zvláštní, introvertní, sví. Na druhé straně se mezi jedinci s AS objeví i tací, kteří kvůli svému problémovému chování potřebují pomoc asistenta již od nástupu do mateřské školy, nástup do běžné školy je téměř nemyslitelný, tudíž je třeba využít možnosti navštěvovat školu speciální. Poté co opustí školu, je obtížné najít za běžných podmínek zaměstnání nebo v něm opakovaně selhávají. Kvůli jejich povaze nejsou schopni nebo ani nechtějí navázat partnerský vztah. (Thorová, 2006, s.186)

### 2.1.2.3 Atypický autismus

Atypický autismus se od dětského autismu odlišuje buď věkem nástupu, nebo tím, že nespĺňuje všechny tři skupiny požadavků pro diagnostická kritéria. Tato podpoložka by měla být použita tam, kde je abnormální a porušený vývoj až po třetím roku věku a kde není dostatečně průkazná abnormalita v jedné nebo ve dvou ze tří oblastí psychopatologie požadované pro diagnózu autismu (porucha reciproční sociální interakce, porucha komunikace a opakující se omezené stereotypní chování) i přes přítomnost charakteristických abnormalit v jiných oblastech. Atypický autismus vzniká často u výrazně retardovaných jedinců a jedinců s těžkou vývojovou receptivní poruchou řeči. Tuto definici najdeme v MKN-10 pod číslem F84.1. (MKN-10, 2018, s.250)

Thorová (s.182) uvádí: „*Atypický autismus je velmi heterogenní diagnostická jednotka, která tvoří součást autistického spektra. Dítě splňuje jen částečně diagnostická kritéria dané pro dětský autismus. Nicméně u dítěte najdeme řadu specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních symptomů, které se s potížemi, jež mají lidé s autismem, shodují. Lze říci, že atypický autismus je zastřešujícím termínem pro část osob, na které by se hodil vágní diagnostický výrok autistické rysy či sklony.*“

Atypický autismus je obvykle diagnostikován v těchto případech (Thorová, 2006, s.183):

- první symptomy byly zaznamenány až po třetím roce života
- abnormální vývoj je zaznamenán ve všech třech oblastech diagnostické triády, nicméně způsob vyjádření, tíže a frekvence symptomů nenapĺňuje diagnostická kritéria
- není naplněna diagnostická triáda. jedna z oblastí není primárně a výrazně narušena
- autistické chování se přidružuje k těžké a hluboké mentální retardaci. můžeme pozorovat některé symptomy jednoznačně typické pro autismus, nicméně mentální



věk je natolik nízký, že míra komunikačního nebo sociálního deficitu nemůže být v ostrém kontrastu s projevy obvyklými pro mentální retardaci.

## 2.2 Poruchy chování a emocí

Poruchy chování a emocí se značí širokým okruhem skupin, mezi které patří hyperkinetické poruchy, které jsou níže více popsány. Dále sem patří poruchy chování, smíšené poruchy emocí a chování, emoční poruchy v dětství, poruchy sociálních vztahů v dětství a tikové poruchy.

### 2.2.1 Hyperkinetické poruchy, ADHD syndrom

Terminologie hyperkinetických poruch se v průběhu vývoje a získávání nových poznatků měnila. První zmínky jsou přibližně z 1. poloviny 19. století, ale až o sto let později, v roce 1930, byl použit později běžně užívaný termín minimální mozková dysfunkce. V 60. letech se začal využívat termín lehká mozková dysfunkce. V současné době se pro hyperaktivní děti používají nejčastěji dva termíny, které vycházejí z desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10, 1992) Světové zdravotnické organizace a z pojetí Americké psychiatrické asociace (DSM – 5, 2013). (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 9) MKN – 10 užívá termín hyperkinetická porucha a její subtypy – porucha pozornosti a aktivity a hyperkinetická porucha chování. Hyperkinetická porucha chování je diagnostikována tehdy, je-li porucha pozornosti doplněna i problematikou v chování dítěte, například opozičním chováním a agresí, popřípadě jinými poruchami chování. DSM -5 uvádí dvě dělení a to nepozornost, hyperaktivitu a impulzivitu. ICD -11 (WHO, 2018, online, vlastní překlad) označuje nepozornost jako potíže při udržování pozornosti u úkolů, které nemají vysokou odměnu nebo nejsou dostatečně motivované. Hyperaktivitu jako nadměrné motorické aktivity a obtíže, které přetrvávají v situacích, ve kterých by se objevovat neměly a impulzivitu jako tendence jednat v reakci/afektu bez předchozího uvažování nad následky, riziky.

Etiologie u dětí bývá často nejasná. Jako nejčastější příčina bývá udáváno difúzní poškození mozku, které vzniká v průběhu vývoje a zrání centrální nervové soustavy. Příčinou tohoto poškození je hypoxie nebo krvácení do mozku vznikající negativním působením různých vlivů v období těhotenství, v době porodu nebo v raném dětství. (Vágnerová in Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 12)

V poslední době se hovoří o velkém podílu genetických faktorů. To potvrzují nejenom výzkumy, ale i dlouhodobé poznatky z praxe. Ukazuje se, že hyperaktivita se prolíná skrz generace a častěji se dědí po mužské linii. (Jucovičová, 2010, s. 12) Častou příčinou je i kombinace dvou výše zmíněných faktorů. Paclt (2007) uvádí další etiologické modely. Prvním je kognitivní model, kde dominují obtíže s útlumem činnosti. Druhým je model

neurobiologický, který uvádí odchylky ve stavbě a činnosti některých mozkových struktur. Třetím modelem je model biochemický, jenž odhaluje nedostatek některých neurotransmiterů – dopaminu, noradrenalinu a serotoninu. A posledním modelem je již zmíněný model genetický. Zelinková (2003) k výše zmíněným teoriím a modelům přidává ještě psychologickou teorii, která bere v potaz i způsob výchovy a celkový sociokulturní vliv na dítě. Zelinková (2003, s.196) uvádí: „*Je-li dítě s dispozicemi k nadměrné aktivitě, pohyblivosti, náladovosti stresováno netrpělivým a nedůtklivým rodičem, nemohou se utvářet správné vzory chování, komunikace. Dítě nesplňuje očekávání rodiče, je stále káráno a jejich kontakty většinou končí různou úrovní potyček. Nevhodné vzory chování se u dítěte stabilizují, dítě není schopno plnit požadavky školy a dostává se do konfliktu se školním řádem. Je nepochybné, že tyto příčiny hrají určitou roli ve vývoji obtíží, ale nelze je považovat za dostatečné.*“

Zajímavou příčinou nebo spíše faktorem podílejícím se na vzniku ADHD jsou alergie či reakce na stravu nebo určitá barviva, konzervační přípravky a salicyláty, které jsou označovány jako původce hyperaktivity. Tyto faktory je možné eliminovat dietetickými postupy, ale je třeba vždy dbát i na negativní následky. (Train, 1997, s. 45)

Train (1997) také uvádí jako možný faktor vzniku ADHD otravu olovem či vliv špatného životního prostředí. Mimo to také upozorňuje, že děti s ADHD se častěji rodí matkám, které kouří a pijí alkohol.

Z výše uvedeného je jasné, že etiologie hyperaktivity je často nejasná a nepodaří se ji odhalit. Je ale zřejmé, že se u dětí jedná vždy o problematiku vrozenou, popřípadě časně získanou, a že se jedná o obtíže, které dítě samo z velké míry nemůže ovlivnit. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 13) Diagnóza ADD a ADHD může existovat jako samostatná funkční porucha, ale velmi často se spoluvyskytuje jako symptom jiné závažnější poruchy, často s poruchami autistického spektra. (Thorová, 2006, s.293)

Mezi nejzákladnější projevy ADHD patří porucha pozornosti, impulzivita a hyperaktivita. Tyto příznaky se mohou projevovat izolovaně nebo predisponují dítě k dalším obtížím. Jsou rozlišovány v zásadě dvě formy hyperaktivity: ADHD – porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou a ADD známá jako prostá porucha pozornosti. Specifickou skupinou jsou jedinci s ADHD s agresivitou. (Zelinková, 2003, s.197) Mimo těchto základních projevů lze pozorovat i přidružené poruchy, které se syndromem úzce souvisí. Jedná se o poruchy motoriky, poruchy senzorické a motorické koordinace, poruchy percepčních funkcí – zrakového a sluchového vnímání. Dále poruchy kognitivních funkcí – poruchy paměti, které souvisejí s poruchou koncentrace pozornosti. V neposlední řadě také poruchy řeči a

zvláštnosti v komunikaci. Souvislost s ADHD mají i vývojové poruchy učení – dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie. Někdy jsou projevy znatelné již od útlého dětství, jindy začnou výrazněji vystupovat v období nástupu do školy, kdy jsou na dítě kladeny vyšší nároky. (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 22)

Diagnostická kritéria dle DSM – 5 se dělí na kritéria AI a AII. Kritérium AI obsahuje nepozornost, kde je podmínkou, že příznaky musí přetrvávat po dobu delší než šest měsíců a jsou takového stupně, který neodpovídá vývojové úrovni jedince, a mají přímý negativní dopad na sociální nebo školní, pracovní aktivity. Mezi příznaky se řadí nevěnování pozornosti detailům, neschopnost udržet pozornost při plnění úkolů, pocit, že dítě neposlouchá, nesleduje instrukce a selhává v dokončení úkolů, má problémy s organizováním úkolů a aktivit, vyhýbá se úkolům vyžadující pozornost a další. Kritérium AII je hyperaktivita a impulzivita, jehož příznaky se také musí objevovat nejméně šest měsíců a být takového stupně, který neodpovídá vývojové úrovni jedince a má přímý negativní dopad na sociální nebo školní, pracovní aktivity. Mezi příznaky se řadí neklidný pohyb, poklepávání rukama či nohama, odcházení z místa, neklidné sezení nebo úplná neschopnost vydržet sedět, neschopnost klidně si hrát, nadměrná mluva, neschopnost čekat v řadě a další. (DSM-5, 2015, s.61)

Jucovičová a Žáková (2011, s.16) doplňují kritéria z pohledu pedagogicko-psychologické praxe o mírný, střední a vážný typ ADHD. U mírného typu ADHD se vyskytuje málo symptomů, které dítě minimálně narušují. Dominující symptomy jsou zvládnutelné bez speciální péče v rámci individuálního přístupu. U dítěte se středním typem ADHD je patrný neklid, nesoustředění, překotné reakce a další. Dítě kromě individuálního přístupu potřebuje i další speciální péči. U vážného typu ADHD se projevuje více symptomů v nadměrné míře. Dítě má problémy doma, ale i ve školním prostředí a s přáteli. U dětí tohoto typu je zřejmý výrazný neklid, sklon k rizikovému chování, nízká či dokonce nulová schopnost sebekontroly a sebeovládání. Častá je i kombinace se specifickými poruchami učení. V tomto případě je speciální péče nezbytná.

Při práci s dítětem s ADHD je nejprve nutné udělat kroky směřující ke změně podmínek, ve kterých dítě žije, aby ubylo negativních podnětů, které mohou působit jako spouštěcí mechanismy. Až poté se cíl práce zaměří na samotnou úpravu chování. Do procesu reedukace by měli být zapojeni, jak dospělí – rodina, škola, tak vrstevníci, ale i dítě samotné. Mezi základní postupy patří pozitivní posilování spolu s mírnými tresty, které by měly následovat ihned po splnění úkolu. Častá zpětná vazba vedoucí k optimalizaci chování. Instrukce a pokyny obsahující pouze několik kroků se zvyšující se schopností zvyšování nároků. Úkoly, které dítě dostává, by měly být splnitelné. Není vhodné diskutovat o vhodnosti chování to

znamená, že dospělý musí jasně stanovit mantinely a hranice. Zapojit do procesu i kamarády i spolužáky, s čímž souvisí i sdělení podstaty obtíží přijatelnou formou. Důležitou zásadou je také respektování stylu učení dítěte. Neopomenutelnou zásadou je soustavné vedení dítěte k tomu, aby si uvědomovalo své chování, hodnotilo jej a snažilo se dříve přemýšlet a potom jednat. Nezbytným prvek ve výchově dítěte s ADHD je sociální kontakt, který je u těchto dětí vzhledem k jejich chování negativní, proto je třeba optimismu a pevných nervů rodičů, ale i učitelů. Dítě s ADHD je často spíše káráno, než chváleno, proto potřebuje pochvaly a často prahne po pouhém pohlazení a pochopení. (Zelinková, 2003, s.200)

### 2.2.2 Další neurovývojové poruchy

Neurovývojové poruchy jsou děleny do tří skupin, které mají své podskupiny. Ošlejšková (2010, s.368) uvádí jako první oblast mentální retardace. Druhou oblastí jsou poruchy psychického vývoje, kam se řadí specifické vývojové poruchy (dále SVP) – SVP řeči a jazyka a poruchy komunikace, SVP školních dovedností a poruchy učení, SVP motorické funkce, dyspraxie a syndrom neobratného dítěte. Dále jsou do této oblasti zařazeny již výše zmíněné pervazivní poruchy, poruchy autistického spektra. Třetí oblastí jsou poruchy chování a emocí, do které jsou zařazeny hyperkinetické poruchy, ADHD syndrom a tikové poruchy.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## 3 Uvedení do praktické části

### 3.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem této bakalářské práce je zkoumání využití aplikované behaviorální analýzy a jejího vlivu na děti s neurovývojovými poruchami.

Dílčí cíle:

- provést komparaci chování dětí s neurovývojovými poruchami před a po skončení terapie, a to jak z pohledu individuálních plánů, tak z pohledu rodičů
- zjistit do jaké míry ovlivnila ABA terapie přístup rodičů k dítěti, ve smyslu pochopení jeho chování.

pro realizaci výzkumného šetření byly formulovány níže uvedené výzkumné otázky (VO):

VO1: *Existují pozorovatelné rozdíly v chování a vývoji dětí s neurovývojovými poruchami před a po skončení terapie s prvky aplikované behaviorální analýzy?*

VO2: *Existují u oslovených rodičů dětí s neurovývojovými poruchami rozdílné přístupy k dítěti po skončení terapie?*

### 3.2 Metody výzkumného šetření

Tato bakalářská práce využívá kvalitativní výzkumné šetření. Disman (in Švaříček, 2007, s. 15) označuje kvalitativní přístup jako nenumerické šetření, ve kterém pracujeme se slovy a textem. „Cílem kvalitativního výzkumu je vytváření nových hypotéz a teorií“ (Olečká, Ivanová, 2010, s.33)

V této bakalářské práci je využívána obsahová analýza dokumentů a vzhledem k okolnostem vzniklým v průběhu výzkumu a nemožnosti osobního kontaktu s rodiči, polostrukturovaný dotazník a případová studie. Tyto metody se jeví jako nejvhodnější s přihlédnutím na cíle této bakalářské práce.

#### 3.2.1 Obsahová systematická analýza dokumentů

Jedná se o výzkumnou metodu, která je nejčastěji uplatňována v kvalitativním výzkumu. Provádíme tzv. nenumerickou analýzu dat s cílem zachytit zajímavá témata a vztahy v kvalitativních datech. (Hendl in Švaříček, 2007, s. 207) Jedná se o práci s dokumenty, v případě této bakalářské práce o dokumenty druhotné, tedy zaznamenávané druhou osobou. A o dokumenty úřední, které vznikly se záměrem shromáždit určitý soubor údajů, (Jeřábek, 1992, s. 10.1.) které byly uloženy v osobní složce klientů střediska. Osobní

složka obsahuje základní informace o klientech, individuální plány a záznamy o průběhu terapie.

### 3.2.2 Polostrukturovaný dotazník

Jedná se o velmi frekventovanou metodu získávání dat ve výzkumu. Gavora (in Chráska, 2016, s. 158) vymezuje dotazník takto: „*Jedná se o způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí.*“ Samotný dotazník se skládá z předem připravených a vhodně formulovaných otázek, které jsou seřazeny promyšleným způsobem. Vzhledem k možnosti poměrně rychlého a ekonomického shromažďování dat od velkého počtu respondentů je více využíván u kvantitativních šetření. (Chráska, 2016, s. 158) V případě této práce je ale využit v rámci šetření kvalitativního, a to z důvodu nemožnosti osobního setkání s respondenty.

V této bakalářské práci je využit polostrukturovaný dotazník s celkem 25 otázkami, které jsou otevřené, uzavřené nebo škálové. Cílovou skupinou byli rodiče klientů navštěvující středisko rané péče. Dotazník byl rozeslán v elektronické podobě a návratnost byla stoprocentní. Pro účely práce byly vybrány nejužitečnější odpovědi, některé sloužily pouze k dokreslení obrazu o průběhu terapie.

### 3.2.3 Případová studie

Případová studie neboli kazuistická studie, kazuistika či v anglicky mluvících zemích case study patří k základním výzkumným metodám. Jedná se o empirickou metodu, jejímž smyslem je podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika málu případů (Sedláček in Švaříček, 2007, s. 97) Cílem případové studie je interpretovat interakce mezi případem a okolím. Pro případovou studii jsou klíčové kvalitativní techniky, jako je pozorování různého druhu, rozhovory, dotazníky a analýzy dokumentů. O použití metod rozhoduje povaha zkoumaného jevu. Výsledky jsou následně interpretovány ve výsledné studii dohromady, neboť cílem je vyložit případ jako integrovaný systém, a ne upozornit na jeho dílčí části (Basseý in Švaříček, 2017, s. 98)



### 3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Vzhledem k nutnému studiu informací o probandech a o průběhu jejich terapie bylo nutné získat souhlasy o poskytnutí těchto informací střediskem. Zmiňované souhlasy jsou k dispozici v přílohách této bakalářské práce. Uvedená křestní jména probandů jsou smyšlená.

#### *Výzkumný vzorek 1*

Výzkumný vzorek 1 tvoří trojice dětí s neurovývojovými poruchami. Jedna dívka a dva chlapci. Všechny děti navštěvovaly středisko rané péče a účastnily se aplikované behaviorální analýzy.

#### Případová studie č. 1 – Jana, rok narození 2012

Jana je sedmiletá dívka s diagnostikovanou vývojovou dysfázií. ABA terapii začala navštěvovat za účelem podpory rozvoje řeči, grafomotorických dovedností a omezení problémového chování. Jana je prvním z dětí, které docházely do střediska rané péče a účastní se výzkumu.

#### Případová studie č. 2 – Aleš, rok narození 2009

Aleš je desetiletý chlapec s diagnostikovaným dětským autismem. ABA terapii začal navštěvovat za účelem podpory celkového rozvoje a pochopení principu požadavků a jejich podřízení. Aleš je druhým z dětí, které docházely do střediska rané péče a účastní se výzkumu.

#### Případová studie č. 3 – Jakub, rok narození 2011

Jakub je osmiletý chlapec s diagnostikovaným atypickým autismem a přidruženou poruchou pozornosti. ABA terapii začal navštěvovat za účelem podpory celkového rozvoje, podpory v sebeobsluze a také komunikace a podpory rozvoje hry. Jakub je třetím a posledním z dětí, kteří docházely do střediska rané péče a účastní se výzkumu.

#### *Výzkumný vzorek 2*

Výzkumný vzorek 2 tvoří 3 rodiče – matky. Věk matek se pohyboval v rozmezí od 30 do 45 let. Dvě matky jsou zaměstnané.

## 4 Analýza výsledků výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno s využitím obsahové systematické analýzy dat a analýzy polostrukturovaného dotazníku, ze kterého byly vybrány zásadní informace. Informace získané pomocí těchto metod byly zpracovány do tří případových studií.

### 4.1 Případová studie č.1

Jana, 2012, 7 let

Jana je dívka, která dochází do střediska rané péče od roku 2017. Veškeré informace uváděné o Janě jsou čerpány z osobní složky dívky ve středisku rané péče, informací terapeutek a z dotazníku, který byl zaslán matce.

Diagnóza: vývojová dysfázie

V průběhu rané péče byly Janě sestaveny dva individuální plány, podle kterých se ubíral směr práce. Zpočátku probíhala běžná terapie, bez využití prvků aplikované behaviorální analýzy. Zhruba po půl roce navštěvování rané péče byla rodičům nabídnuta možnost využití terapie s prvky aplikované behaviorální analýzy. Dle slov matky, ale nevěděli, co terapie obnáší, jaká mohou mít očekávání a jaké a jestli vůbec přináší nějaké výsledky. Bylo jim ale umožněno podílet se na vytyčení cílů a na sestavení individuálního plánu práce s Janou.

Před počátkem samotné terapie bylo Janě 5 let, při komunikaci využívala několik jednoduchých slov, napodobila zvuky domácích zvířat. Porozuměla jednoduchým jednoslovným pokynům. Z údajů, vycházejících z dotazníku, byla Jana schopna komunikovat na úrovni od jedné do pěti, na úrovni jedna. Schopnost imitace na úrovni tři, motorika na úrovni pět z pěti, ale grafomotorika na úrovni jedna. Sebeobsahu dle slov matky zvládá na úrovni čtyři z pěti. Vnímání bylo na úrovni dva a myšlení na úrovni tři. Takto hodnotila Jana schopnosti její matka před začátkem terapie. Hlavními cíli prvního individuálního plánu byl rozvoj řeči, a rozvoj grafomotorických dovedností.

Druhý individuální plán byl sestaven po roce odborné péče. V tuto chvíli Jana docházela na behaviorální terapii dvakrát týdně pokaždé na dvě hodiny. Pracovalo se zejména s problémovým chováním, které se projevovalo především křikem. Od počátku terapie se její chování zlepšilo, je trpělivější a doba křiku, jakožto komunikačního prostředku se výrazně snižuje. Jana spolupracuje a dokáže více neverbálně komunikovat. Dovede sedět u stolku a dokončovat zadané úkoly. Sama řekne několik slov, samostatně a funkčně využívá ANO, NE,

DINO, AUTO, BOTY. Při verbální imitaci se postupně daří výslovnost více hlásek. Poznává několik písmen -A, O, E, M, D a dovede je napsat. Dokáže splnit několik jednokrokových pokynů jako je - zamávej, zatleskej, polož na stůl, dej mamince) . Od září má Jana v mateřské škole k dispozici asistentku pedagoga, přesto je málo začleňována do společenských aktivit. Cílem dalšího individuálního plánu je další rozvoj řeči, pomoc s odbouráním problémového chování, umístění Jany do ZŠ.

V průběhu terapie jsou využívány orofaciální cvičení, dechová cvičení, grafomotorická cvičení, kognitivní cvičení, a to vše je podpořeno behaviorální přístupem. Jsou využívány tyto metody: nápodoba, individuální činnosti, skupinové činnosti, komunikace – rozhovor, pozorování, metody odměny a trestu, videozáznamy, hra. Je také navázána spolupráce s logopedem.

*Zhodnocení průběhu práce pomocí behaviorálního přístupu.* (proběhlo 64 konzultací, celkem tedy 127 hodin práce s dítětem) Před začátkem terapie vydávala Jana pouze zvuky. O věci žádala ukazováním nebo vedením dospělého za ruku. Pokud se jí něco nedařilo, nechtěla to nebo nechápala, křičela. Neuměla dát najevo, že něco chce nebo nechce. Nedokázala bez protestu sedět na židli. Po skončení terapie Jana přijde bez protestu ke stolu a sedne si na židli. Pokud se projeví protest dovede se na pokyn ztišit. Zvládá více úkolů jdoucích za sebou. Napodobí výslovnost většiny hlásek, zopakuje citoslovce i kratší slova a dokáže je funkčně použít. Dle odpovědi matky se komunikace zlepšila o jednu úroveň. Umí si říct, že něco chce nebo nechce a požádá o danou věc – mami dej. Pojmenuje členy rodiny. Poznává a ukáže na obrázky činností, jejich více než dvacet a většinu názvů funkčně používá při komunikaci (auto, dino, pes, mimi, ahoj, pití, autobus, hají, děti, táta, máma, děda, míč,...) S pomocí deklamuje jednoduchou básničku. Splní jednoduché pokyny – zamávej, zatleskej, ruce nahoru, plácne si, vezmi si, odnes do koše, dones mamce, polož na stůl. Imitace a motorika zůstaly na stejné úrovni, grafomotorika se o jednu úroveň zlepšila. V sebeobsluze se Jana nezlepšila, ale ani nezhoršila. Vnímání se zlepšilo o jednu úroveň a myšlení zůstalo na úrovni stejné, tedy tři z pěti.

Po skončení terapie rodina využívá metod nápodoby, komunikační knihy a znakové řeči v domácím prostředí. Momentálně Jana chodí do nultého ročníku speciální školy, kde je dle slov matky spokojená a ABA terapii zde nepoužívá. (V předchozím školním zařízení neměli dobré zkušenosti s asistentkou pedagoga) Na otázku, zdali využívají při práci s Janou jiné terapie, matka odpověděla: „*Žádné jiné terapie jsme neabsolvovali a ani si nemyslím, že existuje něco převratného, co by nám pomohlo.*“

Vybrané otázky z dotazníku, které hodnotí terapii s prvky aplikované behaviorální analýzy po jejím úplném skončení.

Otázka číslo 22.

**Zjednodušil se Váš život po absolvování terapie s prvky ABA? (Pokud ano, v jakých oblastech)**

**Odpověď:** „Rozhodně ABA terapii nezavrhuji, ale rozhodně si nemyslím, že by Janě a nám přinesla to, co jsme od ní očekávali.“

Otázka číslo 23.

**Jak ovlivnila terapie s prvky ABA Vás, jako rodiče? Pohlížíte na své dítě jinak? Rozumíte více svému dítěti a jeho potřebám?**

**Odpověď:** „Vlastně mě moc neovlivnila, již před terapií jsme s Janou pracovali s prvky ABA terapie, aniž bychom to věděli. V KH nás ubezpečili, že to děláme dobře a dále se snažili ji rozvíjet. Na své dítě pohlížím stejně, je to moje dítě a já ho musím co nejlépe postavit do života a svému dítěti rozumím a rozumím i jeho potřebám, ale nerozumím společnosti, která tyto děti odmítá a dává to dost nevybíravě najevo.“

Otázka číslo 25.

**Zde je prostor pro napsání Vašich osobních zkušeností, silných zážitků nebo čehokoliv co Vás pozitivně spojuje s terapií. Nebo na cokoliv, s čím byste se chtěli podělit a týká se to terapie a vašeho dítěte.**

**Odpověď:** „Dostupnost ABA terapie je malá, vlastně i v KH se ji učili (přesto jsem jim velice vděčná, že se nás ujali a dělali pro nás maximum)“

## 4.2 Případová studie č.2

Aleš, 2009, 10 let

Aleš je chlapec, který poprvé navštívil středisko rané péče v roce 2013. Záhy byla ale spolupráce ukončena a znovu péči zahájili v roce 2015, kdy bylo Alešovi 6 let. Veškeré informace uváděné o Alešovi jsou čerpány z osobní složky chlapce ve středisku rané péče, informací terapeutek a z dotazníku s matkou chlapce.

Diagnóza: dětský autismus

Alešovi byl v roce 2015 vytvořen nový individuální plán, který zahrnoval přístup s pomocí behaviorální terapie, o které se matka dozvěděla ve středisku rané péče. Před zahájením terapie věděli, co terapie obnáší a jaké má výsledky. Byla zapojena i do tvorby individuálního plánu pro svého syna. Zpočátku probíhaly terapie nepravidelně ve středisku rané péče, následovaly pravidelné konzultace a následně probíhala terapie v domácím prostředí. Velmi rychle se podařilo rodiče naučit principy ABA – negativní zpevnění, pozitivní zpevnění, negativní potrestání, pozitivní potrestání.

Na počátku terapie bylo Alešovi 6 let a měl dle IP problémy s komunikací – komunikoval posunky, zvuky a citoslovci, imitací. A výrazné bylo i problémové chování – vzteky a protesty. Ztrácel pozornost. Měl problémy se sebeobsluhou. V dotazníku matka uvedla, že schopnosti chlapcovi komunikace byly na úrovni pět z pěti. Zápisy v individuálním plánu uvádějí opak. Také uvedla, že schopnost imitace je na úrovni dva. Motoriku označila na úrovni pět, grafomotoriku na úrovni čtyři. Sebeobsluhu také na úrovni čtyři z pěti. Vnímání na úrovni dva a myšlení na třetí úrovni.

Cílem behaviorální terapie byla komunikace, především, aby lépe rozuměl a využíval více funkčních slov. Dalším cílem byla sebeobsluha – konkrétně výkon potřeby. A posledním cílem bylo nalezení vhodných způsobů, jak reagovat na Alešův vztek a jak mu předcházet. V průběhu terapie byla využívána orofaciální stimulace, obrázkové hry, logopedické karty, gestikulace. Byl zadán oblíbený úkol a za jeho splnění byl chlapec odměněn. Průběh terapie byl zaměřen i na sebeobslužné činnosti. Zejména na vykonání potřeby – u Aleše zkracovali rodiče dobu nošení plíny, zejména v domácím prostředí a dostatečně ho chválili za vykonanou potřebu na toaletě.

*Zhodnocení průběhu práce pomocí behaviorálního přístupu* (proběhlo zhruba 40 konzultací). Po skončení terapie Aleš lépe spolupracuje při plnění úkolů. V komunikaci se rozšířila slovní zásoba, jak aktivní, tak pasivní. Komunikaci podporují komunikační knížkou a využívají znak do řeči, který podporuje chlapcovu komunikaci. Alešova imitace – nápodoba

se dle slov matky zlepšila z druhé úrovně na úroveň pátou. I v oblasti vnímání zaznamenala značný pokrok a v neposlední řadě i v myšlení. V ostatních oblastech neviděli žádný výraznější pokrok. Rodině byla nadále doporučena práce dle behaviorálních principů, které chlapci svědčí a následná péče ve speciálně pedagogickém centru a spolupráce s logopedkou. Rodiče doposud nevyzkoušeli jinou metodu či terapii, ale aktivně využívají prvky ABA terapie i doma, kde jim dle slov matky pomáhá nejvíce se záchvaty vzteku. Slova matky: „Dříve měl časté záchvaty, trvající hodinu i více, nyní jsou málo časté a když, tak podstatně kratší dobu.“ Je velice dobré, že některé z metod a prvků ABA terapie využívají i ve školním zařízení. Vede to Aleše k jasnému řádu, pravidlům a možnostem k pochopení světa.

Vybrané otázky z dotazníku, které hodnotí terapii s prvky aplikované behaviorální analýzy po jejím úplném skončení.

Otázka číslo 22.

**Zjednodušil se Váš život po absolvování terapie s prvky ABA? (Pokud ano, v jakých oblastech)**

**Odpověď:** „Ano, zjednodušil. Méně časté záchvaty vzteku, komunikace s piktogramy, imitace....“

Otázka číslo 23.

**Jak ovlivnila terapie s prvky ABA Vás, jako rodiče? Pohlížíte na své dítě jinak? Rozumíte více svému dítěti a jeho potřebám?**

**Odpověď:** „Určitě ano. Dokážeme si více poradit v situacích, kdy on nerozumí nám a my jemu.“

Otázka číslo 25.

**Zde je prostor pro napsání Vašich osobních zkušeností, silných zážitků nebo čehokoliv co Vás pozitivně spojuje s terapií. Nebo na cokoliv, s čím byste se chtěli podělit a týká se to terapie a vašeho dítěte.**

**Odpověď:** „Nejsilnější zážitek byl, když se syn začal na mě soustředit, snažil se porozumět a spolupracoval. V podstatě jako mávnutím proutku, pak už jsme jen pilovali a podle potřeby se učili nové věci.“

### 4.3 Případová studie č.3

Jakub, 2011, 8 let

Jakub je chlapec, který docházel do střediska rané péče od roku 2015. Veškeré informace uváděné o Jakobovi jsou čerpány z osobní složky chlapce ve středisku rané péče, informací terapeutek a z dotazníku s matkou chlapce.

Diagnóza: atypický autismus, porucha pozornosti

První individuální plán byl Jakobovi sestaven v roce 2015 při jeho nástupu do střediska rané péče. V té době byly Jakobovi 4 roky a dle slov matky byl zhruba o dva roky opožděný ve vývoji. Byl nesoustředěný, měl problémy s komunikací – neimitoval slova. Jakub ukazoval na věci a ptal se, co to je? A vyžadoval odpověď. Sám říkal několik slov – mama, tata, čiči, papa a frázi „co to je“. Měl problémy se sebeobsluhou i s hrou. S dětmi je rád, ale neumí si s nimi hrát. Má rád živly – vodu, kameny, oheň. Jeho jemná motorika neodpovídala jeho věkové úrovni – zvláště překřížoval prsty. Měl zhoršené prostorové vnímání, pravděpodobně způsobené zrakovou vadou. Hlavními cíli byla podpora komunikace, rozvoje hry a sebeobsluhy.

Druhý individuální plán byl sestaven o rok později, tedy v Jakobových pěti letech, matka opět uvedla, že je chlapec stále o 2 roky opožděný, přetrvávají problémy s komunikací i hrou. Od listopadu byly zahájeny terapie s využitím prvků aplikované behaviorální analýzy. Přestože matka zpočátku nevěděla, co může od terapie očekávat, byly vidět znatelné pokroky a rodiče se začali zapojovat do tvorby individuálního plánu. Z dotazníku vyplývá, že Jakobova komunikace byla na dobré úrovni, i když individuální plán vypovídá o něčem jiném. Nápodoba neboli imitace byla na úrovni tři z pěti. Motoriku matka zhodnotila na úrovni jedna, stejně tak grafomotoriku, sebeobsluhu a vnímání. Myšlení bylo na úrovni dva z pěti.

Hlavním cílem druhého individuálního plánu bylo podpořit celkový Jakubův rozvoj, zejména řeč a jemnou motoriku a také vytvoření návodu k řešení problémových situací – v čekárně, ve vlaku. V průběhu realizace druhého individuálního plánu došlo k největším zvrátům, Jakub začal imitovat části slov, naučil se pracovat u stolku, naučil se zeptat, občas naznačil slovo či kratší větu. Ke zvyšování slovní zásoby byl využíván VOKS – výměnný obrázkový systém, který chlapec s rodiči využívá doposud. Zřídka se objevovalo impulzivní chování v průběhu plnění úkolů. Jakub si dokáže hrát s ostatními dětmi na písku, staví kostky, rozlišuje barvy, umí vyjádřit radost a pomalu se začala zlepšovat i jeho jemná motorika. Na zvládnutí problémových situací byl vytvořen dotazník, který mohl vysvětlit chlapcovo

chování. Obsahoval tyto otázky: Co se stalo? Co chování vyprovokovalo? Kde se to stalo? Souvislosti a následky. Po zhodnocení všech otázek následují pokusy najít nejvhodnější řešení. V první řadě je to snaha předcházet problémovým situacím. Chlapci je vysvětleno, co ho čeká. Jsou vymyšleny aktivity, které zkrátí dobu čekání a zabrání tak nevhodnému chování způsobeného nudou. K rozvoji hry byla především využita nápodoba, gesta, posunky a běžná slova doprovázející hru – dej, dík, můžu? Mimo výše zmíněných metody byly také použity tyto postupy: individuální činnosti, skupinové činnosti, komunikace – rozhovor, pozorování, metoda odměny a trestu, videozáznamy a hra. Některé z metod využívají rodiče doma i po skončení terapie, nejčastěji je to metoda odměny a trestu – až to uděláš, budeš odměněn. Poslední individuální plán byl vytvořen v roce 2017, kdy bylo Jakobovi 6 let, dle matky je vývoj zhruba o jeden rok opožděn, což nepřímo vypovídá o úspěšnosti terapie. Mezi cíle posledního IP byl zařazen další celkový rozvoj – zejména řeči a jemné motoriky.

*Zhodnocení průběhu práce pomocí behaviorálního přístupu (proběhlo celkem 42 konzultací po dvou hodinách, celkem tedy 92 hodin práce s klientem. Terapie probíhaly v prostorách střediska rané péče, kam chlapec docházel pravidelně se svojí matkou, ta se také aktivně účastnila průběhu terapie. U Jakuba se ukázalo, že mu terapie velice prospěla a za velmi krátkou dobu došlo k velkému zlepšení ve všech oblastech, které matka označila jako málo rozvinuté, a to zejména v oblasti imitace, motoriky, grafomotoriky, sebeobsluhy, vnímání i myšlení. Nejvíce rozvinutou oblastí se stala komunikace. Na úplném začátku Jakub téměř nemluvil, používal pouze zvuky, rozuměl pokynům a ukazoval. Po 28 hodinách práce si sám uměl říct, že chce k mámě – ukázal a řekl: „Máma“. Po 60 hodinách začal funkčně používat Ahoj při pozdravu, a Ne při odmítnutí. Začal poznávat a napodobovat zvířata a jejich zvuky. Sebeobsluhu zvládá bez obtíží, v případě potřeby si dokáže říct. Do budoucna bude pro chlapce dobré pokračovat s využíváním prvků ABA a dalších pomocných terapií a metod. Rodina již v minulosti využívala možnosti nabízené C/T/A, jak uvedla matka v dotazníku: „Navštěvovali jsme v Praze C/T/A individuální terapie ušité synovi na míru a dále intenzivní tříhodinové terapie ve skupině s dětmi. Absolvoval s nimi i letní pobytový tábor, který úspěšně zvládl. Dále jsme byli na čtyřdenním pobytu, kde podstoupil terapie a my rodiče, jsme byli v péči psychologa, kde jsme si povídali a řešili, co nás trápí, a jak se s tím máme srovnat. Nyní navštěvujeme grafomotorické cvičení cca 1x za tři týdny a jezdíme hipoterapii 1x týdně. Logopedie je samozřejmostí 1x týdně.“*

V případě Jakuba je nutné podotknout, že ke zlepšení došlo nejenom díky ABA terapiím, ale také díky souběžné práci s jinými odborníky a ve velké míře také díky péči rodičů.



Vybrané otázky z dotazníku, které hodnotí terapii s prvky aplikované behaviorální analýzy po jejím úplném skončení.

Otázka číslo 22.

**Zjednodušil se Váš život po absolvování terapie s prvky ABA? (Pokud ano, v jakých oblastech)**

**Odpověď:** „ABA nám nesmírně pomohla, ve všem, komunikace, imitace, mluvení, chování, vztek, který u syna přetrvával nejdéle, sebeobsluha, jemná a hrubá motorika, držení tužky, hygiena. Chození na procházky, kdy nám utíkal do silnice např. nechtěl chodit za ruku. Neposlouchal nás, dělal si, co chtěl. Pomohla nám tedy ve všech směrech.“

Otázka číslo 23.

**Jak ovlivnila terapie s prvky ABA Vás, jako rodiče? Pohlížíte na své dítě jinak? Rozumíte více svému dítěti a jeho potřebám?**

**Odpověď:** „Ano pohlížíme na syna jinak, naučili jsme se s ním mluvit, vysvětlovat (kam půjdeme - návštěva lékaře), co se tam bude odehrávat. Ale sice na něj mluvíme jinak, ale nepohlížíme na něj, jako k handicapovanému, máme stejné nároky v jeho možnostech a ty také požadujeme. Jsme přísní, ale laskaví a milující rodiče, kteří dali svému dítěti mantinely. Jsou potřeba, protože musí vědět, kde jsou hranice, jinak by si s námi dělal, co chtěl.“

Otázka číslo 25.

**Zde je prostor pro napsání Vašich osobních zkušeností, silných zážitků nebo čehokoliv co Vás pozitivně spojuje s terapií. Nebo na cokoliv, s čím byste se chtěli podělit a týká se to terapie a vašeho dítěte.**

**Odpověď:** „ABA je nejlepší, co nás mohlo potkat. Syn, jak jsem již zmínila výše se neskutečně zlepšil ve všech směrech. Nelituji toho času a dojíždění na ABA. Díky ní, nyní syn navštěvuje první třídu v normální ZŠ s asistentkou pedagoga a výuku zvládá (alespoň zatím) dobře. Měl samé jedničky na vysvědčení. Zkrátka měli jsme štěstí, že jsme se k ABA dostali a samozřejmě tetám v rané péči patří velké DĚKUJI za vše, co pro nás, a hlavně syna udělaly. Nejsilnější silný zážitek byl, když mi syn řekl "mami, mám tě rád". :-)"

#### 4.4 Komparace chování u dětí před a po skončení terapie

V této části bakalářské práce bude porovnáno chování dětí před a po skončení terapie. Vzhledem k tomu, že se u všech dětí objevovalo problémové chování v podobě vzteku či křiku a problém v komunikaci bude pozornost zaměřena právě na tyto dvě oblasti.

##### PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ

###### *Jana*

U Jany se na počátku terapie objevovalo problémové chování zejména ve chvílích, kdy nerozuměla zadanému úkolu, nechtěla něco dělat nebo to neuměla. Problémové chování se projevovalo vzdorem, vzlykáním, pláčem až křikem. V průběhu terapie se Jany problémové chování redukovalo. Snižovala se frekvence i doba trvání afektu. Důvodem snižování afektů bylo větší porozumění okolnímu světu díky rozvoji komunikace a využívání více neverbálních gest, ale i funkční využívání základních slov a frází.

###### *Aleš*

U Aleše se problémové chování projevovalo zejména vztekem, který uplatňoval ve chvílích, kdy se nedělalo něco dle jeho potřeb. Nedokázal se podřídít žádným požadavkům nebo pokynům. Kvůli vzteku a neschopnosti přizpůsobit se nebylo možné s Alešem funkčně pracovat. Tudíž hlavním cílem bylo vypořádat se se vztekem a dojít k vysvětlení, že afekt mu nepomůže získat to, co on chce. Cestou k získání např. hračky je zklidnění a následně tedy odměna v podobě zmíněné hračky. Matka uvedla, že: „*Dříve měl časté záchvaty, trvající hodinu i více, nyní jsou málo časté a když tak podstatně kratší dobu.*“ Rodiče nadále pracují se zvládnutím problémového chování, ale daří se jim díky naučeným metodám takovému chování alespoň předcházet.

###### *Jakub*

U Jakuba se problémové chování objevilo ve formě nezájmu o činnost a občasných vzteků, neposlouchal rodiče a dle slov matky: „*si dělal co chtěl.*“ V průběhu terapie se naučil následovat pokyny a plnit úkoly, po kterých následovala odměna. Tím se pro něj stala činnost atraktivní a nezájem postupně vyprchával. Díky těmto principům práce dokáže Jakub pracovat i nadále a vzhledem k tomu, že rodiče i po skončení terapie užívají tyto principy práce, dokáže Jakub v domácím prostředí lépe spolupracovat a je více trpělivý. Na zvládnutí

problémových situací vytvořily terapeutky společně s rodiči dotazník, ve kterém si rodiče zodpoví na otázky: Co se stalo? Co chování vyprovokovalo? Kde se to stalo? Zhodnotí si souvislosti a následky a dle celkového vyhodnocení situace vyberou vhodně řešení.

## KOMUNIKACE

### *Jana*

Jana na počátku terapie komunikovala pomocí gest, ukazování a vydávání zvuků. V průběhu terapie se postupně zaměřili na imitaci jednotlivých hlásek, postupně přidávali slabiky, a nakonec celá slova. Jana se v průběhu naučila funkčně a samostatně používat tato slova: ANO, NE, JANA, AUTO, BOTY, DINO, po skončení terapie uměla používat zhruba 30 slov. Porozumí jednoduchým pokynům a splní je. Momentálně používají v domácím prostředí neverbální komunikaci, komunikační knihu a znakový jazyk.

### *Aleš*

Aleš používal jako komunikační prostředek gesta, popřípadě pohyb – vezme dospělého za ruku a dovede ho tam, kam potřebuje, ukáže mu to, co chce. Dle slov matky dříve využíval více slov, na počátku terapie funkčně využíval pouze slovo táta a máma. Zpočátku se v terapii opět zaměřili na imitaci jednoduchých hlásek a slabik, které chlapec znal, posléze začal tvořit celá slova. Na konci terapie dokázal funkčně využívat základní slova – ano, ne, máma, táta. Zná základní barvy, naučil se odpovídat na otázku „Jak dělá...?“ „Co to je?“. Komunikace je podpořena komunikační knihou, piktogramy.

### *Jakub*

Jakub byl dle slov maminky na počátku terapie asi o dva roky opožděný a projevilo se to i v jeho komunikaci. Rád ukazoval na věci a vyžadoval, aby mu bylo řečeno, co to je. Sám používal několik slov – mama, tata, čiči, papa, kuku a frázi „co to je?“ Do terapie zapojili využívání komunikační strategie VOKS a komunikační knihu. Díky tomu se Jakub začal lépe dorozumívat a pomocí imitace se naučil i nová slova, která funkčně využívá. Jakub si dokáže říct, co potřebuje a pokud to říct nedokáže, přinese si obrázek z komunikační knihy. Po skončení terapie navázali rodiče spolupráci s logopedkou, která nadále rozvíjí Jakubovy komunikační kompetence.

## 5 Zhodnocení naplnění cílů

**Hlavním cílem** této bakalářské práce bylo zkoumání využití aplikované behaviorální analýzy a jejího vlivu na děti s neurovývojovými poruchami. Tento cíl lze považovat za **splněný**. Z výsledku výzkumného šetření vyšlo najevo, že aplikovaná behaviorální analýza, konkrétně její prvky, které jsou využívány ve středisku rané péče, které navštěvovali probandi výzkumného šetření, má na „zkoumané“ děti v tomto výzkumu jistý vliv. Vzhledem k tomu, že každé dítě je individuální, a i přístup k němu by měl být individuální, byly výsledky s ohledem na tuto skutečnost u někoho patrnější a u někoho méně patrné.

*Dle mého osobního názoru hraje hlavní roli v procesu vývoje dítěte rodina a její spolupráce s dalšími odborníky. Existuje více možností a způsobů práce s dětmi s neurovývojovými poruchami, aplikována behaviorální terapie je pouze jednou z nich. A její zvolení si žádá velkou míru trpělivosti, protože výsledky nejsou z valné většiny patrné po krátkém časovém úseku. Je to terapie, která je časově náročná a také vyžaduje jistou míru spolupráce od rodičů, i od ostatních jedinců, kteří přijdou s dítětem do styku. Důvodem je to, aby stejné principy při práci s dítětem využívali všichni, aby se chování dítěte nadále upevňovalo. ABA terapie ukazuje rodičům, jak s dítětem efektivně pracovat a přirozeně tak zvyšovat jeho potenciál.*

**Dílčím cílem** bakalářské práce bylo provést komparaci chování dětí s neurovývojovými poruchami před a po skončení terapie. Tento cíl lze také považovat za **splněný**. Níže budou obecně zhodnoceny a komparovány výsledky pokroku u dětí s neurovývojovými poruchami, které docházely na ABA terapii.

Výzkumu se účastnily celkem tři děti, jedna dívka a dva chlapci. Dívka s vývojovou dysfázií a oba chlapci s dětským autismem. Rodiny a jejich děti byly klienty střediska rané péče, ve kterém se účastnily terapie, ta byla vedena dle principů aplikované behaviorální analýzy. Každému dítěti byl sestaven individuální plán s konkrétními cíli, podle kterého se ubírala terapie. Hlavními cíli u zkoumaných jedinců byla podpora v rozvoji komunikace, podpora sebeobsluhy a podpora při odstraňování afektů. Dále se také v plánech objevovala podpora v rozvoji grafomotoriky a podpora celkového vývoje.

U Jany, dívky s vývojovou dysfázií, která začala terapii navštěvovat v 5 letech, probíhaly intenzivní terapie v rozsahu dvou terapeutických sezení po dvou hodinách týdně v celkovém rozsahu 127 hodin týdně. Individuální plán byl zaměřen na rozvoj komunikace, snižování a odbourávání křiku při činnostech. V průběhu terapie se Jana naučila lépe spolupracovat, využívat funkčně přes třicet slov a její protesty se výrazně snížily. I přesto rodina očekávala

od terapie větší a viditelnější pokroky. Momentálně (březen 2019) Jana navštěvuje základní školu s asistentem pedagoga a prvky ABA terapie nevyužívají. Maminka se domnívá, že asi ani neexistuje nic, co by jim výrazně pomohlo.

Aleš (10), chlapec s dětským autismem, začal terapii navštěvovat v 6 letech. Vzhledem k věkovému rozmezí středisek rané péče, nemohla aplikovaná behaviorální analýza probíhat déle než jeden rok. I přes to přinesla výsledky, se kterými byla rodina spokojená a principy ABA terapie byly přeneseny i do domácího prostředí. Přispěly k tomu i konzultace, které se odehrávaly právě v domácím prostředí. Principy terapie využívají i ve školním zařízení. Během terapie se Alešovi výrazně zlepšily komunikační dovednosti, rodiče zaznamenali méně časté a kratší dobu trvající záchvaty vzteku, které před počátkem terapie výrazně ovlivňovaly spolupráci a možnosti rozvoje Aleše. Rodiče Alešovi více rozumějí a Aleš rozumí více svým rodičům.

Třetím „zkoumaným“ probandem byl osmiletý chlapec Jakub. U něj byla, i dle slov matky, terapie velice účinná a ve všech ohledech jim usnadnila život. Z počátku nebyl čtyřletý chlapec schopný komunikovat, využíval pouze dvě slova. Nedokázal se soustředit, nedokázal se podřídit požadavkům ani plnit pokyny. V průběhu terapie se jeho soustředěnost zvyšovala a spolupráce s ním byla lepší. Za krátkou dobu pochopil principy, které mu přinesly uspokojení a rychle se učil novým dovednostem. Matka označila ABA terapii jako to nejlepší, co je mohlo potkat a nelituje času, který museli obětovat právě terapii. Momentálně (březen 2019) Jakub navštěvuje běžnou základní školu s asistentkou pedagoga a výuku zvládá prozatím bez problémů.

*Dle mého názoru, a i z výše vycházejících informací, opět velice záleží na přístupu rodiny, jejich očekávání a v neposlední řadě také na schopnostech dítěte. Je opět nutné brát v potaz, že každé dítě je individuální a každému dítěti bude vyhovovat jiný výchovný přístup a metody, ale i časová dotace, po kterou bude terapie probíhat. Důležité je vždy postupovat s ohledem na dítě a jeho možnosti a potřeby.*

V rámci prvního dílčího cíle byla formulována výzkumná otázka (VO1): *Existují pozorovatelné rozdíly v chování a vývoji dětí s neurovývojovými poruchami před a po skončení terapie s prvky aplikované behaviorální analýzy?*

Pozorovatelné rozdíly v chování u dětí s neurovývojovými poruchami před a po skončení terapie určité jsou. U některých dětí jsou rozdíly více patrné u některých méně. Nejméně patrné výsledky se zdály být u dívky s vývojovou dysfázií, naopak u chlapců s dětským a atypickým autismem byly výsledky patrné za kratší časový úsek a ve větší míře. Cíl lze tedy považovat za **splněný**.

**Druhým dílčím cílem** této bakalářské práce bylo zjistit, do jaké míry ovlivnila ABA terapie přístup rodičů k dítěti, ve smyslu pochopení jeho chování. I tento cíl lze považovat za **splněný**.

První názor, který zde bude uveden je názor od matky Jany, která má na ABA terapii neutrální názor. Dle jejích slov ji ABA terapie nijak neovlivnila, jelikož již před terapií nevědomky s Janou pracovali podobným principem. Ve středisku je pouze ubezpečili, že postupují správným směrem a snažili se jí nadále rozvíjet. Na své dítě prý pohlíží stejně i z toho důvodu, že je to její dítě a ona, jako matka ji musí nejlépe postavit do života. Svému dítěti rozumí a rozumí i jeho potřebám, ale nerozumí okolní společnosti, která děti jako je Jana odmítá a dává to dost nevybíravě najevo.

Druhý názor je matky Aleše, která na ABA terapii pohlíží pozitivně a zastává názor, že po jejím absolvování se jim zjednodušil život. Na Aleše pohlížejí určitě jinak, více chápavě a hlavně více rozumí jeho chování a dokáží si s ním poradit.

Poslední názor je od matky Jakuba, která na terapii nahlíží velmi pozitivně. A jako hlavní pozitivum vidí to, že se naučili se synem komunikovat, vysvětlovat mu, co se bude dít. Podotýká, že na syna mluví sice jinak, ale nepohlíží na něj jako na handicapovaného. Mají na něj stejné nároky, které po něm vyžadují. Považují se za přísné, ale laskavé a milující rodiče, kteří se naučili nastavit svému synovi mantinely, které jsou v jeho zájmu potřebné.

Součástí druhého dílčího cíle byla výzkumná otázka (VO2): *Existují u oslovených rodičů dětí s neurovývojovými poruchami rozdílné přístupy k dítěti po skončení terapie?*

Ano, existují rozdílné přístupy rodičů k dítěti po skončení terapie. Nelze přesně říci, co ovlivňuje přístup rodiče ke svému dítěti před a po skončení terapie. Je to velice osobní a relevantní věc. Cílem této otázky bylo spíše zjistit, jestli jim terapie nějakým způsobem pomohla k jinému úhlu pohledu na jejich potomka. A to se dle odpovědí více méně stalo. Ukázala jim především možnosti komunikace, které vedou vždy k lepšímu dorozumění a porozumění. *Dle mého názoru, také mimo výše uvedeného, záleží i na očekáváních, se kterými rodiče do terapie přicházejí.*

## ZÁVĚR

Předmětem a hlavním cílem této bakalářské práce bylo zkoumání vlivu aplikované behaviorální analýzy u dětí s neurovývojovými poruchami. Bakalářská práce měla dva dílčí cíle. Prvním dílčím cílem byla komparace chování dětí s neurovývojovými poruchami před začátkem a po skončení terapie s prvky aplikované behaviorální analýzy. Druhým dílčím cílem bylo zjistit do jaké míry ovlivnila ABA terapie přístup rodičů k dítěti, ve smyslu pochopení jeho chování. Ve výzkumném šetření byly položeny a formulovány dvě výzkumné otázky. Bakalářská práce bylo rozdělena na dvě části – část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část práce se skládá ze dvou hlavních kapitol. První kapitola se zabývá aplikovanou behaviorální analýzou, jejím historickým vývojem, základními principy, výhodami a nevýhodami této terapie a je zde také zmínka o České odborné společnosti aplikované behaviorální analýzy. Hlavní cílem této kapitoly je přiblížení aplikované behaviorální analýzy jejího vývoje a jejích principů. Druhá kapitola je zaměřena na neurovývojové poruchy, jsou zde vybrány zejména ty poruchy, které se objevují u respondentů, na které je zaměřený výzkum. Je zde popsána problematika poruch psychického vývoje, poruch chování a emocí a jejich specifika, terminologie a etiologie.

V praktické části je proveden a prezentován kvalitativní výzkum, který byl uskutečněn za pomoci obsahové analýzy dokumentů a polostrukturovaného dotazníku. Veškeré informace získané z tohoto výzkumného šetření jsou zpracovány do případových studií.

V úvodu této bakalářské práce byla vyslovena otázka, zdali má ABA terapie využití a vliv na děti s neurovývojovými poruchami. Po skončení výzkumu se domnívám, že ano, ale jsou k tomu zapotřebí další podmínky, které podpoří účinnost samotné terapie. V první řadě je důležitá podpora rodiny, která se v průběhu terapie stává nedílnou součástí procesu. Ten vede k osvojení si adekvátních vzorců chování, získávání nových dovedností a v konečném výsledku také k usnadnění fungování v běžném životě. Rodina je tím největším hybatelem v životě dítěte a má na jeho vývoj největší vliv.

Je ale nutné si uvědomit, že ABA terapie, i přes to, že má zřejmé pozitivní výsledky na děti, které ji využívají, není doposud pro všechny dostupná. Prvním důvodem její nevelké dostupnosti je časová náročnost a druhým důvodem náročnost finanční.

Momentální situace v České republice je taková, že oproti zahraničí, a především Spojeným státům americkým, není terapie podporována zdravotními pojišťovny. Rodiče ji musí prozatím hradit sami, a ne všechny rodiny, které by měly zájem o ABA terapii, si ji mohou dovolit. Behaviorální terapie je v ČR stále v začátcích, nicméně je zde Česká odborná

společnost aplikované analýzy, jejíž činnost považuji za velice přínosnou a důležitou. Snaží se totiž vzdělávat nové profesionály, kteří by prováděli ABA terapii na špičkové úrovni u nás v republice. Vyjma kurzů, které nabízejí, zavedli postgraduální studium zaměřené na ABA terapii na Masarykově univerzitě v Brně, pořádají semináře a přednášky pro odborníky, ale i laickou veřejnost a rodiče. V neposlední řadě také zahájili spolupráci s irskou neziskovou organizací P.E.A.T a VZP ČR. Díky těmto dvěma partnerům se do ČR dostal projekt „Česká verze SIMPLE STEPS – Pomoc pro rodiny dětí s PAS,“ jehož cílem je umožnit rodinám s dětmi i dospělými osobami s PAS a pracovníkům v přímé péči využít potenciál SIMPLE STEPS v jejich mateřském jazyce. Jedná se především o on-line přístup k základním informacím o principech ABA a možnostech jejich využití v přímé péči u dětí a osob s PAS, včetně názorných doprovodných videí. (ČSABA, 2017, online) V druhé řadě je velice důležitá podpora a akceptace ABA terapie i ve školních a dalších zařízeních, kam klienti docházejí. Podpoří to jejich další vývoj a jejich dovednosti se budou nadále upevňovat. A v poslední řadě je nutné zapojit do spolupráce další odborníky (logopedy, psychology, lékaře), kteří budou kooperovat a participovat s rodiči a terapeuty na společném cíli, tedy co nejlépe dítě začlenit do běžné společnosti.

U dětí, které byly součástí výzkumu pro tuto bakalářskou práci a docházely do střediska rané péče, ve kterém absolvovaly ABA terapii v různém časovém horizontu, byly zřejmé patrné pokroky. Jsem toho názoru, že pokud se bude s dětmi nadále pracovat dle principů aplikované behaviorální analýzy za spolupráce dalších odborníků, a hlavně jejich rodin, mohlo by se jejich začlenění do společnosti stále zlepšovat.

Při celkovém pohledu na ABA terapii si myslím, že je účinná. Je není jistě jedinou účinnou terapií, která je nabízena. Je vždy důležité brát ohled na dítě a na to, co nejvíce vyhovuje jemu. Vždy se vyplatí vyzkoušet více možností, popřípadě i více kombinací metod a terapií, které by dítěti mohly pomoci.



## SEZNAM LITERATURY

BAER, Donald M., Montrose M. WOLF a Todd R. RISLEY. Some current dimensions of Applied Behavior Analysis. *Jurnal od Applied Behavior Analysis* [online]. 1968, **1**(1), 7 [cit. 2019-02-22]. ISSN 1938-3703 Dostupné z: WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1310980/?page=>

BAZALOVÁ, Barbora. 2007. *Autismus v edukační praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1195-2

BEYER, Jannik a Lone GAMMELTOFT. 2006. *Autismus a hra: příprava herních aktivit pro děti s autismem*. Praha: Portál, Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-157-3.

Česká odborná společnost aplikované behaviorální analýzy [online]. 2016/2017 [cit. 2018-05-07]. Dostupné z: WWW: <http://csaba.cz/>

*DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Editor Jiří RABOCH, editor Michal HRDLIČKA, editor Pavel MOHR, editor Pavel PAVLOVSKÝ, editor Radek PTÁČEK, přeložil Martina VŇUKOVÁ. 2015. Praha: Hogrefe Testcentrum, liv, 1032. ISBN 978-80-86471-52-5.

GANDALOVIČOVÁ, Jana. *Aplikovaná behaviorální analýza*. CSABA z.s. [online]. 2018, 2016 [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: WWW: <http://csaba.cz/o-aba/>

HELUS, Z. 2003. *Psychologie*. Praha: Fortuna, ISBN 80-7168-876-2

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3037-0.

HOSKOVEC, J., NEKONEČNÝ, M., SEDLÁKOVÁ, M. 2003. *Psychologie XX. století*. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-0300-4

HUNT, Morton. *Dějiny psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-386-2.

CHRAPKOVÁ, Kateřina. *Praktické využití aplikované behaviorální analýzy při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu u dítěte s autismem*. Praha, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D.

CHRÁSKA, Miroslav a Klára ŠEĎOVÁ. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

JANDERKOVÁ, Dita, a kolektiv, 2016. *SPU a ADHD*. Praha: Raabe. Dobrá škola. ISBN 978-80-7496-215-8.

JENETT, Wolfdieter. 2013. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele*. Brno: Edika. Rádce pro rodiče a učitele. ISBN 978-80-266-0158-6.

JERÁBEK, H., 1992 *Úvod do sociologického výzkumu* [online]. Praha: Carolinum, [cit. 2019-03-22]. Dostupné z: WWW: <http://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/jerabek3/podrobnyjerabek.htm>

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2697-7.

KASAL, David, Jana GANDALOVIČOVÁ, Karel PANČOCHA a Milena NĚMCOVÁ. *Česká odborná společnost Aplikované behaviorální analýzy* [online]. 2016 [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: WWW: <http://csaba.cz/>

KAZDIN, Alan E. a Richard R. BOOTZIN. The token economy: an evaluative review. *Jurnal od Applied Behavior Analysis* [online]. 1972, 5(3), 30 [cit. 2019-02-22]. ISSN 1938-3703. Dostupné z: WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1310772/>

KEARNEY, A. 2008. *Understanding applied behavior analysis: an introduction to ABA for parents, teachers, and other professionals*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

KOMÁREK, Vladimír a Alena ZUMROVÁ. 2000. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*. Praha: Karolinum, 195 s. ISBN 80-24601-90-7.

MORRIS, B. *Introduction to Applied Behavior Analysis. Help with Autism, Asperger's syndrome & Related disorders. Autism-help* [online]. 2008 [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: WWW: <http://www.autism-help.org/intervention-applied-behavioral-analysis.htm>

NEUBAUER, Karel. 2018. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1390-1.

OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-87240-33-5.

OŠLEJŠKOVÁ, Hana, ed. *Neurologie pro praxi: Neurovývojové poruchy a jejich důsledky v dospělém věku* [online]. 2010, 1 [cit. 2019-02-13]. Dostupné z: WWW: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/06/02.pdf>

PACLT, Ivo. 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1426-4.

PALČOVÁ, Alena, ed. *Duševní poruchy a poruchy chování. Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 80-85121-44-1.

PEETERS, Theo. 1998. *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha: Scientia. ISBN 80-7183-114-x

PLHÁKOVÁ, Alena. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-0871-3.

PLHÁKOVÁ, Alena. 2003. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1499-3.

RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, 2015. ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum. ISBN 978-80-86471-52-5.

RICHMAN, S. 2006. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-102-6

ROŠKAŇUK, Michal. *Jaká je ABA?* [online]. 2015 [cit. 2019-03-24] Dostupné na: WWW: <https://www.adventor.org/poradna/225-jaka-je-aba>

SCHOPLER, Eric, Robert Jay REICHLER a Margaret LANSING. 1998. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami: příručka pro učitele i rodiče*. Praha: Portál. 271 s. ISBN 8071781991.

SCHREIBMANOVÁ, L. 1997. *Hlavní principy zvládnutí autistického chování*. In: Schopler, E., Jelínková, M., & Mesibov, G. *Autistické chování*. (s. 23-52). Praha: Portál.

SOUDKOVÁ, M. 2009. *Významné postavy americké psychologie*. Brno: Doplněk. ISBN 978-80-7239-241-4

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. 2003. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.

ŠOTOVÁ, Monika. *ABA terapie v Centru Na Sioně* [online]. 2016 [cit. 2019-03-24] Dostupné na: WWW: <https://www.fondnno.cz/novinky/novinky/aba-terapie-v-centru-na-sione/>

ŠVARCOVÁ, Iva.2000. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. 178 s. ISBN 8071785067.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

THOROVÁ, Kateřina.2006. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál. 453 s. ISBN 8073670917

TRAIN, Alan. 1997. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-131-2.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. 2014. *Posuzování verbální a neverbální složky komunikace ve speciálněpedagogické praxi: výsledky partikulárních výzkumných šetření*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3989-1.

WHO, *ICD - 11* [online]. 2018 [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: WWW:  
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

ZELINKOVÁ, Olga.2003. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál. 263 s. ISBN 8071788007

# PŘÍLOHY

## Souhlasy zákonných zástupců

---

### SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., v platném znění, o ochraně osobních údajů, souhlasím s využitím osobních údajů a údajů o průběhu terapie konané ve Středisku Na Sioně (Kutná Hora, Palackého náměstí 320) týkajících se mé nezletilé dcery, a to pro účely bakalářské práce.

Podmínkou je, že jméno dcery nebude zveřejňováno, bude nahrazeno jiným nebo bude využito označení XX.

Souhlas uděluji na dobu neurčitou, pod podmínkou, že data a údaje budou využita výhradně pro bakalářskou práci.

Zákonný zástupce ..... *Blanka Medlová* ....., matka.

v *Velkém* ..... dne *13. 4. 2018* .....

.....  
.....

Podpis

### SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

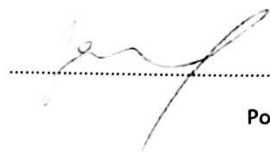
V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., v platném znění, o ochraně osobních údajů, souhlasím s využitím osobních údajů a údajů o průběhu terapie konané ve Středisku Na Sioně (Kutná Hora, Palackého náměstí 320) týkajících se mé nezletilé dcery/syna, a to pro účely bakalářské práce.

Podmínkou je, že jméno dcery/syna nebude zveřejňováno, bude nahrazeno jiným nebo bude využito označení XX/XY.

Souhlas uděluji na dobu neurčitou, pod podmínkou, že data a údaje budou využita výhradně pro bakalářskou práci.

Zákonný zástupce.....PETRA JANEČKOVÁ....., matka/otec.

v. Hlízově dne 18.3.2019

  
.....  
Podpis



#### SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., v platném znění, o ochraně osobních údajů, souhlasím s využitím osobních údajů a údajů o průběhu terapie konané ve Středisku Na Sioně (Kutná Hora, Palackého náměstí 320) týkajících se mé nezletilé dcery/syna, a to pro účely bakalářské práce.

Podmínkou je, že jméno dcery/syna nebude zveřejňováno, bude nahrazeno jiným nebo bude využito označení XX/XY.

Souhlas uděluji na dobu neurčitou, pod podmínkou, že data a údaje budou využita výhradně pro bakalářskou práci.

Zákonný zástupce Šumovská Simona, matka/otc~~ek~~

Ml. Boleslav dne 1.4.2019

Šumovská Simona

Podpis

## Dotazníky

### Dotazník č.1

1. **Jak jste se o Aplikované behaviorální analýze dozvěděli? Byla pro Vás jako pro rodiče dostupná?**

**Odpověď:** Dozvěděli jsme se o ní v ranné péči v Kutné Hoře. Byla dostupná. Intenzivní kurz byl dostupný zhruba po 3/4 roce a musel se platit.

2. **Věděli jste před zahájením samotné práce s Vaším dítětem, co terapie obnáší? Co od ní můžete očekávat nebo jaké přináší výsledky?**

**Odpověď:** Ne

3. **Sestavovali jste s terapeutkou individuální plán práce? Měli jste možnost zasahovat do vytyčení cílů?**

**Odpověď:** Ano

4. **Na jaké úrovni byla komunikace před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 1/5

5. **Na jaké úrovni je komunikace po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 2/5

6. **Na jaké úrovni byla imitace (nápodoba) před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 3/5

7. **Na jaké úrovni je imitace (nápodoba) po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 3/5

8. **Na jaké úrovni byla motorika před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 5/5

9. **Na jaké úrovni je motorika po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 5/5

10. **Na jaké úrovni byla grafomotorika před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 1/5

11. **Na jaké úrovni je grafomotorika po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 2/5

12. **Na jaké úrovni byla sebeobsluha před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 4/5

13. Na jaké úrovni je sebeobsluha po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)

Odpověď: 4/5

14. Na jaké úrovni bylo vnímání před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)

Odpověď: 2/5

15. Na jaké úrovni je vnímání po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)

Odpověď: 3/5

16. Na jaké úrovni bylo myšlení před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)

Odpověď: 3/5

17. Na jaké úrovni je myšlení po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)

Odpověď: 3/5

18. V jakých oblastech Vám terapie nejvíce pomohla? (komunikace, imitace, motorika, grafomotorika, sebeobsluha, vnímání, myšlení)

Dítě nekomunikuje vůbec	0	✓	0	Dítě komunikuje pouze s rodičem
Dítě komunikuje pouze v domácím prostředí	0	✓	0	Dítě komunikuje i mimo domácí prostředí
Funkční zrakový kontakt	0	✓	0	Nefunkční zrakový kontakt
Dítě napodobuje (imituje) pohyb	✓	0	0	Dítě nenapodobuje pohyb
Dítě zopakuje zvuk	✓	0	0	Dítě nezopakuje zvuk
Dítě opakuje slova	✓	0	0	Dítě neopakuje slova
Dítě uchopí předmět	✓	0	0	Dítě neuchopí předmět
Dítě udrží předmět	✓	0	0	Dítě neudrží předmět
Dítě předmět funkčně využívá	✓	0	0	Dítě neumí funkčně využívat předmět
Koordinuje oko-ruka	✓	0	0	Nekoordinuje oko-ruka
Zvládá chůzi po schodech	✓	0	0	Nezvládá chůzi po schodech
Vybarvuje pastelkou	✓	0	0	Nevybarvuje pastelkou
Nakreslí postavu	✓	0	0	Nenakreslí postavu
Vezme si tužku sám od sebe	✓	0	0	Nevezme si tužku sám od sebe
Jí vidličkou a nožem	✓	0	0	Nejí vidličkou a nožem
Samostatně se svléká	✓	0	0	Nesvléká se samostatně

Samostatně se obléká	0	✓	0	Neobléká se samostatně
Dojde si samo na wc	✓	0	0	Nedojde si samo na wc
Samo si umyje ruce	✓	0	0	Ruce si myje s pomocí
Rozezná zrakové vjemy	✓	0	0	Nerozezná zrakové vjemy
Rozezná sluchové vjemy	✓	0	0	Nerozezná sluchové vjemy
Pozná předměty po hmatu	✓	0	0	Nepozná předměty po hmatu
Dítě je schopno abstraktního myšlení	✓	0	0	Dítě není schopno abstraktního myšlení
Dítě je schopno vizuálního myšlení	0	✓	0	Dítě není schopno vizuálního myšlení

**19. Jakými metodami docházely terapeutky k vytyčeným cílům?**

- a. Nápodoba ✓
- b. Individuální činnosti ✓
- c. Skupinové činnosti ✓
- d. Komunikace – rozhovor ✓
- e. Analýza činností
- f. Pozorování ✓
- g. Metoda odměny a trestu ✓
- h. Videozáznamy ✓
- i. Hra ✓
- j. Jiné

**20. Používáte některé metody i doma, popřípadě i po skončení terapie? Jaké?**

**Odpověď:** Nápodoba, komunikační kniha a znaková řeč

**21. Využívají některé metody ve vzdělávacích zařízeních, kam Vaše dítě dochází (pokud dochází), respektují jeho potřeby?**

**Odpověď:** Dcera docházela do MŠ, kde měla asistentku, která neměla zájem o práci natož o dceru.. Nyní dochází do nultého ročníku speciální školy, kde je spokojená a ABA terapie se zde nepoužívá.

**22. Zjednodušil se Váš život po absolvování terapie s prvky ABA? (Pokud ano, v jakých oblastech)**

**Odpověď:** Rozhodně ABA terapii nezavrhuji, ale rozhodně si nemyslím, že by dceři a nám přinesla to, co jsme od ní očekávali.

**23. Jak ovlivnila terapie s prvky ABA Vás, jako rodiče? Pohlížíte na své dítě jinak? Rozumíte více svému dítěti a jeho potřebám?**

**Odpověď:** Vlastně mě moc neovlivnila, již před terapií jsme s dcerou pracovali s prvky ABA terapie aniž bychom to věděli. V KH nás ubezpečili, že to děláme dobře a dále se snažili ji rozvíjet. Na své dítě pohlížím stejně, je to moje dítě a já ho musím co nejlépe postavit do života a svému dítěti rozumím a rozumím i jeho potřebám, ale nerozumím společnosti, která tyto děti odmítá a dává to dost nevybíravě najevo.

**24. Absolvovali jste i jiné terapie? Pokud ano, jaké? Ve srovnání s terapií s prvky ABA mi vyhovovaly více, či méně?**

**Odpověď:** Žádné jiné terapie jsme neabsolvovali a ani si nemyslím, že existuje něco převratného, co by nám pomohlo.

**25. Zde je prostor pro napsání Vašich osobních zkušeností, silných zážitků nebo čehokoliv co Vás pozitivně spojuje s terapií. Nebo na cokoliv, s čím byste se chtěli podělit a týká se to terapie a vašeho dítěte.**

**Odpověď:** Dostupnost ABA terapie je malá, vlastně i v KH se ji učili (přesto jsem jim velice vděčná, že se nás ujali a dělali pro nás maximum)

## Dotazník č. 2

- 1. Jak jste se o Aplikované behaviorální analýze dozvěděli? Byla pro Vás jako pro rodiče dostupná?**

**Odpověď:** O ABA terapii, jsme se dozvěděli v rané péči, bylo nám to nabídnuto.

- 2. Věděli jste před zahájením samotné práce s Vaším dítětem, co terapie obnáší? Co od ní můžete očekávat nebo jaké přináší výsledky?**

**Odpověď:** Ano

- 3. Sestavovali jste s terapeutkou individuální plán práce? Měli jste možnost zasahovat do vytyčení cílů?**

**Odpověď:** Ano

- 4. Na jaké úrovni byla komunikace před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 5/5

- 5. Na jaké úrovni je komunikace po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 5/5

- 6. Na jaké úrovni byla imitace (nápodobá) před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 2/5

- 7. Na jaké úrovni je imitace (nápodobá) po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 5/5

- 8. Na jaké úrovni byla motorika před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 5/5

- 9. Na jaké úrovni je motorika po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 5/5

- 10. Na jaké úrovni byla grafomotorika před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 4/5

- 11. Na jaké úrovni je grafomotorika po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 4/5

- 12. Na jaké úrovni byla sebeobsluha před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 4/5

13. Na jaké úrovni je sebeobsluha po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)

Odpověď: 4/5

14. Na jaké úrovni bylo vnímání před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)

Odpověď: 2/5

15. Na jaké úrovni je vnímání po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)

Odpověď: 4/5

16. Na jaké úrovni bylo myšlení před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)

Odpověď: 3/5

17. Na jaké úrovni je myšlení po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)

Odpověď: 4/5

18. V jakých oblastech Vám terapie nejvíce pomohla? (komunikace, imitace, motorika, grafomotorika, sebeobsluha, vnímání, myšlení)

Dítě nekomunikuje vůbec	0	✓	0	Dítě komunikuje pouze s rodičem
Dítě komunikuje pouze v domácím prostředí	0	0	✓	Dítě komunikuje i mimo domácí prostředí
Funkční zrakový kontakt	✓	0	0	Nefunkční zrakový kontakt
Dítě napodobuje (imituje) pohyb	✓	0	0	Dítě nenapodobuje pohyb
Dítě zopakuje zvuk	✓	0	0	Dítě nezopakuje zvuk
Dítě opakuje slova	✓	0	0	Dítě neopakuje slova
Dítě uchopí předmět	✓	0	0	Dítě neuchopí předmět
Dítě udrží předmět	✓	0	0	Dítě neudrží předmět
Dítě předmět funkčně využívá	✓	0	0	Dítě neumí funkčně využívat předmět
Koordinuje oko-ruka	0	✓	0	Nekoordinuje oko-ruka
Zvládá chůzi po schodech	✓	0	0	Nezvládá chůzi po schodech
Vybarvuje pastelkou	✓	0	0	Nevybarvuje pastelkou
Nakreslí postavu	✓	0	0	Nenakreslí postavu
Vezme si tužku sám od sebe	✓	0	0	Nevezme si tužku sám od sebe
Jí vidličkou a nožem	✓	0	0	Nejí vidličkou a nožem
Samostatně se svléká	✓	0	0	Nesvléká se samostatně

Samostatně se obléká	0	✓	0	Neobléká se samostatně
Dojde si samo na wc	✓	0	0	Nedojde si samo na wc
Samo si umyje ruce	✓	0	0	Ruce si myje s pomocí
Rozezná zrakové vjemy	✓	0	0	Nerozezná zrakové vjemy
Rozezná sluchové vjemy	0	✓	0	Nerozezná sluchové vjemy
Pozná předměty po hmatu	0	✓	0	Nepozná předměty po hmatu
Dítě je schopno abstraktního myšlení	0	0	✓	Dítě není schopno abstraktního myšlení
Dítě je schopno vizuálního myšlení	0	✓	0	Dítě není schopno vizuálního myšlení

**19. Jakými metodami docházely terapeutky k vytyčeným cílům?**

- a. Nápodoba ✓
- b. Individuální činnosti
- c. Skupinové činnosti
- d. Komunikace – rozhovor
- e. Analýza činností
- f. Pozorování
- g. Metoda odměny a trestu ✓
- h. Videozáznamy ✓
- i. Hra ✓

**20. Používáte některé metody i doma, popřípadě i po skončení terapie? Jaké?**

**Odpověď:** Ano, používáme. Jeden příklad za všechny: úkol ► odměna, přičemž úkol (činnost) musí splnit a pak je odměna (kterou si vybere z několika možností). Když to přes vztek nejde, úkol buď zjednodušíme (např. podej mi obrázek) a tím úkol ukončíme. Anebo podle situace vymyslím jiný "úkol", který v danou chvíli je schopný splnit, např. tleskni, vyskoč... zkrátka to co jde. Jde v podstatě o to, aby se naučil, že vztekem si "nepomůže". U nás momentálně situace vypadá tak, že si tak zvykl, že vzteku předcházíme se alespoň rychleji uklidní. Nejde jen o učení, ale o běžné věci. Dříve měl časté záchvaty, trvající hodinu i více, nyní jsou málo časté a když tak podstatně kratší dobu.

**21. Využívají některé metody ve vzdělávacích zařízeních, kam Vaše dítě dochází (pokud dochází), respektují jeho potřeby?**

**Odpověď:** Ano, určitě používají.

**22. Zjednodušil se Váš život po absolvování terapie s prvky ABA? (Pokud ano, v jakých oblastech)**

**Odpověď:** Ano, zjednodušil. Méně časté záchvaty vzteku, komunikace s piktogramy, imitace....



**23. Jak ovlivnila terapie s prvky ABA Vás, jako rodiče? Pohlížíte na své dítě jinak? Rozumíte více svému dítěti a jeho potřebám?**

**Odpověď:** Určitě ano. Dokážeme si více poradit v situacích, kdy on nerozumí nám a my jemu.

**24. Absolvovali jste i jiné terapie? Pokud ano, jaké? Ve srovnání s terapií s prvky ABA mi vyhovovaly více, či méně?**

**Odpověď:** Ne

**25. Zde je prostor pro napsání Vašich osobních zkušeností, silných zážitků nebo čehokoliv co Vás pozitivně spojuje s terapií. Nebo na cokoliv, s čím byste se chtěli podělit a týká se to terapie a vašeho dítěte.**

**Odpověď:** Nejsilnější zážitek byl, když se syn začal na mě soustředit, snažil se porozumět a spolupracoval. V podstatě jako mávnutím proutku, pak už jsme jen pilovali a podle potřeby se učili nové věci.

Dotazník č. 3

- 1. Jak jste se o Aplikované behaviorální analýze dozvěděli? Byla pro Vás jako pro rodiče dostupná?**

**Odpověď:** Nevěděla jsem o této možnosti. A nebyla tím pádem pro mne ani dostupná.

- 2. Věděli jste před zahájením samotné práce s Vaším dítětem, co terapie obnáší? Co od ní můžete očekávat nebo jaké přináší výsledky?**

**Odpověď:** Ne

- 3. Sestavovali jste s terapeutkou individuální plán práce? Měli jste možnost zasahovat do vytyčení cílů?**

**Odpověď:** Ano

- 4. Na jaké úrovni byla komunikace před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 5/5

- 5. Na jaké úrovni je komunikace po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 5/5

- 6. Na jaké úrovni byla imitace (nápodobá) před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 3/5

- 7. Na jaké úrovni je imitace (nápodobá) po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 5/5

- 8. Na jaké úrovni byla motorika před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 1/5

- 9. Na jaké úrovni je motorika po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 4/5

- 10. Na jaké úrovni byla grafomotorika před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 1/5

- 11. Na jaké úrovni je grafomotorika po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 4/5

- 12. Na jaké úrovni byla sebeobsluha před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)**

**Odpověď:** 1/5

13. Na jaké úrovni je sebeobsluha po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)

Odpověď: 4/5

14. Na jaké úrovni bylo vnímání před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)

Odpověď: 1/5

15. Na jaké úrovni je vnímání po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)

Odpověď: 5/5

16. Na jaké úrovni bylo myšlení před zahájením terapie? (Na úrovni od 1 do 5)

Odpověď: 2/5

17. Na jaké úrovni je myšlení po skončení terapie? (Na úrovni od 1 do 5)

Odpověď: 5/5

18. V jakých oblastech Vám terapie nejvíce pomohla? (komunikace, imitace, motorika, grafomotorika, sebeobsluha, vnímání, myšlení)

Dítě nekomunikuje vůbec	0	0	✓	Dítě komunikuje pouze s rodičem
Dítě komunikuje pouze v domácím prostředí	0	0	✓	Dítě komunikuje i mimo domácí prostředí
Funkční zrakový kontakt	✓	0	0	Nefunkční zrakový kontakt
Dítě napodobuje (imituje) pohyb	✓	0	0	Dítě nenapodobuje pohyb
Dítě zopakuje zvuk	✓	0	0	Dítě nezopakuje zvuk
Dítě opakuje slova	✓	0	0	Dítě neopakuje slova
Dítě uchopí předmět	✓	0	0	Dítě neuchopí předmět
Dítě udrží předmět	✓	0	0	Dítě neudrží předmět
Dítě předmět funkčně využívá	✓	0	0	Dítě neumí funkčně využívat předmět
Koordinuje oko-ruka	✓	0	0	Nekoordinuje oko-ruka
Zvládá chůzi po schodech	✓	0	0	Nezvládá chůzi po schodech
Vybarvuje pastelkou	✓	0	0	Nevybarvuje pastelkou
Nakreslí postavu	0	0	✓	Nenakreslí postavu
Vezme si tužku sám od sebe	✓	0	0	Nevezme si tužku sám od sebe
Jí vidličkou a nožem	✓	0	0	Nejí vidličkou a nožem
Samostatně se svléká	✓	0	0	Nesvléká se samostatně
Samostatně se obléká	✓	0	0	Neobléká se samostatně

Dojde si samo na wc	✓	0	0	Nedojde si samo na wc
Samo si umyje ruce	✓	0	0	Ruce si myje s pomocí
Rozezná zrakové vjemy	✓	0	0	Nerozezná zrakové vjemy
Rozezná sluchové vjemy	✓	0	0	Nerozezná sluchové vjemy
Pozná předměty po hmatu	✓	0	0	Nepozná předměty po hmatu
Dítě je schopno abstraktního myšlení	✓	0	0	Dítě není schopno abstraktního myšlení
Dítě je schopno vizuálního myšlení	✓	0	0	Dítě není schopno vizuálního myšlení

**19. Jakými metodami docházely terapeutky k vytyčeným cílům?**

- a. Nápodoba ✓
- b. Individuální činnosti ✓
- c. Skupinové činnosti ✓
- d. Komunikace – rozhovor ✓
- e. Analýza činností
- f. Pozorování ✓
- g. Metoda odměny a trestu ✓
- h. Videozáznamy ✓
- i. Hra ✓
- j. Jiné

**20. Používáte některé metody i doma, popřípadě i po skončení terapie? Jaké?**

**Odpověď:** Při psaní domácích úkolů využíváme metodu: Až to uděláš, půjdeš na tablet nebo si hrát apod.

**21. Využívají některé metody ve vzdělávacích zařízeních, kam Vaše dítě dochází (pokud dochází), respektují jeho potřeby?**

**Odpověď:** V matematice: Malá soustředěnost, pokud spočítáš, dostaneš bonbon (od asistentky). Při velké únavě, jde si na koberec, který je ve třídě, odpočinout(lehnout) na 5minut.

**22. Zjednodušil se Váš život po absolvování terapie s prvky ABA? (Pokud ano, v jakých oblastech)**

**Odpověď:** ABA nám nesmírně pomohla, ve všem, komunikace, imitace, mluvení, chování, vztek, který u syna přetrvával nejdéle, sebeobsluha, jemná a hrubá motorika, držení tužky, hygiena. Chození na procházky, kdy nám utíkal do silnice např. nechtěl chodit za ruku. Neposlouchal nás, dělal si, co chtěl. Pomohla nám tedy ve všech směrech.

**23. Jak ovlivnila terapie s prvky ABA Vás, jako rodiče? Pohlížíte na své dítě jinak? Rozumíte více svému dítěti a jeho potřebám?**

**Odpověď:** Ano pohlížíme na syna jinak, naučili jsme se s ním mluvit, vysvětlovat (kam půjdeme - návštěva lékaře), co se tam bude odehrávat. Ale sice na něj mluvíme jinak, ale nepohlížíme na něj, jako k hendicapovanému, máme stejné nároky v jeho možnostech a ty také požadujeme. Jsme přísní, ale laskaví a milující rodiče, kteří dali svému dítěti mantinely. Jsou potřeba, protože musí vědět, kde jsou hranice, jinak by si s námi dělal, co chtěl.

**24. Absolvovali jste i jiné terapie? Pokud ano, jaké? Ve srovnání s terapií s prvky ABA mi vyhovovaly více, či méně?**

**Odpověď:** Navštěvovali jsme v Praze C/T/A individuální terapie ušité synovi na míru a dále intenzivní tříhodinové terapie ve skupině s dětmi. Absolvoval s nimi i letní pobytový tábor, který úspěšně zvládl. Dále jsme byli na čtyřdenním pobytu, kde podstoupil terapie a my rodiče, jsme byli v péči psychologa, kde jsme si povídali a řešili, co nás trápí, a jak se s tím máme srovnat. Nyní navštěvujeme grafomotorické cvičení cca 1x za tři týdny a jezdíme hipoterapii 1x týdně. Logopedie je samozřejmostí 1x týdně.

**25. Zde je prostor pro napsání Vašich osobních zkušeností, silných zážitků nebo čehokoliv co Vás pozitivně spojuje s terapií. Nebo na cokoliv, s čím byste se chtěli podělit a týká se to terapie a vašeho dítěte.**

**Odpověď:** ABA je nejlepší, co nás mohlo potkat. Syn, jak jsem již zmínila výše se neskutečně zlepšil ve všech směrech. Nelituji toho času a dojíždění na ABA. Díky ní, nyní syn navštěvuje první třídu v normální ZŠ s asistentkou pedagoga a výuku zvládá (alespoň zatím) dobře. Měl samé jedničky na vysvědčení. Zkrátka měli jsme štěstí, že jsme se k ABA dostali a samozřejmě tetám v rané péči patří velké DĚKUJI za vše, co pro nás, a hlavně syna udělaly. Nejsilnější silný zážitek byl, když mi syn řekl "mami, mám tě rád". :-)

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Tereza Procházková
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2019

<b>Název práce:</b>	Aplikovaná behaviorální analýza a její využití a vliv na děti s neurovývojovými poruchami
<b>Název v angličtině:</b>	Applied Behavioral Analysis – the Influence and Use on Children with Neurodevelopmental Disorders
<b>Anotace práce:</b>	<p>Bakalářská práce se zabývá využitím a vlivem aplikované behaviorální analýzy u dětí s neurovývojovými poruchami. V teoretické části je popsán vývoj samotné aplikované behaviorální analýzy. Následuje kapitola přibližující aplikovanou behaviorální analýzu, její principy, metody výhody a nevýhody. V druhé půlce teoretické části je přiblížena problematika neurovývojových poruch se zaměřením na etiologii, terminologii a projevy. Součástí práce je kvalitativní šetření, které prostřednictvím obsahové systematické analýzy dokumentů a polostrukturovaných dotazníků zkoumá vliv aplikované behaviorální analýzy na děti s neurovývojovými poruchami. Zabývá se postoji rodičů k jejich dětem po skončení terapie. Informace získané z analýzy dokumentů a dotazníků jsou zpracovány do případových studií.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	aplikovaná behaviorální analýza, neurovývojové poruchy, vývojová dysfázie, dětský autismus, porucha pozornosti, případová studie

<b>Anotace v angličtině:</b>	This bachelor thesis is dedicated to applied behavioral analysis (ABA) and its use on children with neurodevelopmental disorders. In the theoretical part is described development of behavioral analysis. The next part is describing principals, methods, advantages and disadvantages of ABA. In the second half of theoretical part are presented problems of neurodevelopmental disorders with focus on etiology, terminology and symptoms. Part of the thesis is quality investigation which through content systematic analysis of documents and semi-structured questionnaire researching influence of ABA on children with neurodevelopmental disorders and also attitudes of parents to their children after end of therapy. Informations obtained from analysis of documents and questionnaire are processed to case studies.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	applied behavioral analysis, neurodevelopmental disorders, developmental dysphasia, autism/childhood autism, attention deficit disorder, case study
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Souhlasy zákonných zástupců Dotazníky
<b>Rozsah práce:</b>	52 stran
<b>Jazyk práce:</b>	český jazyk