



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Terapie využívané u dětí s poruchou autistického spektra

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SOCIÁLNÍ PRÁCE**

Autor: Andrea Capouchová

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

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Terapie využívané u dětí s poruchou autistického spektra*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 8.8.2022

.....

Andrea Capouchová

Poděkování

Můj vděk patří především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Ingrid Baloun, Ph.D., děkuji za podporu, cenné rady a připomínky, které mi ochotně v průběhu zpracování bakalářské práce poskytla. Dále bych chtěla poděkovat komunikačním partnerům, kteří se podíleli na výzkumu této práce. Poslední poděkování přísluší mé rodině a přátelům za podporu během celého studia.

Terapie využívané u dětí s poruchou autistického spektra

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje terapiím využívaným u dětí s poruchou autistického spektra. Cílem bakalářské práce je zjistit, jaký vliv mají terapie z pohledu rodičů na vývoj dítěte, které má poruchu autistického spektra. Dále se tato práce zaměřuje na to, jaké terapie děti s poruchou autistického spektra využívají a jak často tyto děti terapie využívají.

V rámci výzkumu byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. V kvalitativní výzkumné strategii byly využity polostrukturované rozhovory, které probíhaly s rodiči dětí s poruchou autistického spektra ve věku od 2 do 18 let. Výběr výzkumného souboru byl realizován pomocí metody sněhové koule. Polostrukturované rozhovory byly doslovně přepsány a následně vyhodnoceny pomocí otevřeného kódování a kódy byly zkatégorizovány.

Ve výsledcích se ukázal pozitivní vliv terapií na děti s poruchou autistického spektra. Pozitivním vlivem se rozumí to, že terapie kladně působí na děti s autismem, jelikož jsou po absolvování terapií vidět určité změny. Největší vliv terapií byl shledán v komunikaci, dále pak v nápodobě a porozumění. V minulosti u rodičů dětí s poruchou autistického spektra bylo použito devět terapií, nejvíce však byla uplatňována aplikovaná behaviorální analýza a nejvíce komunikačních partnerů používalo také muzikoterapii a zooterapii. V současné době polovina komunikačních partnerů žádné terapie nevyužívá. Nicméně je používáno sedm terapií, kdy je nejvíce aplikován videotrénink interakcí. Frekvence využívání terapií u dětí s autismem se liší, často se však terapie využívají denně anebo vůbec.

Pomocí této bakalářské práce jsem si rozšířila znalosti o problematice poruch autistického spektra a o terapiích, které se mohou aplikovat u dětí s autismem. Nikdy nemůžeme s jistotou říci, jaká terapie je pro dítě s poruchou autistického spektra nejvhodnější, jelikož každý člověk je jedinečný a reaguje na terapie jinak.

Bakalářská práce může sloužit jako zpětná vazba pro terapeuty pracující s dětmi s poruchou autistického spektra.

Klíčová slova

Poruchy autistického spektra; Terapie; Děti; Diagnostika; Rodina.

Therapies Used in Children with Autism Spectrum Disorder

Abstract

The bachelor thesis deals with therapies used in children with autism spectrum disorder. The aim of the bachelor's thesis is to find out what effect therapies have from the parents' point of view on the development of a child who has an autism spectrum disorder. Furthermore, this work focuses on what therapies children with autism spectrum disorder use and how often these children use therapies.

Within the research, a qualitative research strategy was chosen. The qualitative research strategy used half-structured interviews with parents of children with autism spectrum disorder aged between 2 and 18 years. The selection of the research group was realized using the snowball method. Half-structured interviews were literally rewritten and then evaluated using open coding, and the codes were categorized.

The results showed a positive effect of therapies on children with autism spectrum disorder. A positive influence means that the therapy has a positive effect on children with autism as certain changes are visible after completing the therapies. The biggest influence of therapies was found in communication, followed by imitation and understanding. In the past, nine therapies were used in parents of children with autism spectrum disorder, but ABA therapy was used the most and music therapy and zootherapy were also very popular. Currently, half of the communication partners do not use any therapy. However, seven therapies are used at this time, where videotraining of interactions is the most applied. The frequency of use of therapies in children with autism spectrum disorder varies, but often therapies are used daily or never.

With the help of this bachelor thesis, I expanded my knowledge about the issue of autism spectrum disorders and the therapies that can be applied in children with autism. We can never say for sure which therapy is the most suitable for a child with autism spectrum disorder because each person is unique and responds to therapies differently.

The bachelor thesis can serve as feedback for therapists working with children with autism spectrum disorder.

Key words

Autism Spectrum Disorders; Therapy; Children; Diagnostics; Family.

Obsah

Úvod	8
1 Teoretická část	9
1.1 Poruchy autistického spektra.....	9
1.2 Historický přehled poruch autistického spektra	9
1.3 Příčiny vzniku poruch autistického spektra	10
1.4 Diagnostika poruch autistického spektra	11
1.4.1 Narušená sociální interakce a porucha komunikace	12
1.4.2 Porucha v oblasti představivosti, zájmů a her.....	14
1.5 Rozdělení poruch autistického spektra.....	14
1.5.1 Dětský autismus	15
1.5.2 Atypický autismus	15
1.5.3 Aspergerův syndrom.....	16
1.5.4 Rettův syndrom.....	17
1.5.5 Dezintegrační porucha v dětství	17
1.5.6 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby 18	
1.5.7 Jiné pervazivní vývojové poruchy	18
1.6 Terapie využívané u dětí s poruchou autistického spektra.....	18
1.6.1 ABA terapie	19
1.6.2 O.T.A. terapie	20
1.6.3 Son-Rise program	21
1.6.4 TEACCH program	22
1.6.5 Strukturované učení	23
1.7 Další terapie využívané u dětí s PAS	24
1.8 Doplnkové terapie	26
1.9 Sociální pracovník – terapeut.....	27
2 Cíle práce a výzkumné otázky	30

2.1	Cíle práce	30
2.2	Výzkumné otázky.....	30
3	Metodika.....	31
3.1	Metody a techniky výzkumu.....	31
3.2	Výzkumný soubor	31
3.3	Způsob zpracování dat	32
3.4	Časový harmonogram výzkumu	32
3.5	Omezení a rizika výzkumu.....	33
3.6	Etika výzkumu	33
4	Výsledky	34
4.1	Charakteristika komunikačních partnerů a dětí s PAS.....	34
4.2	Kategorizace výsledků rozhovorů.....	36
5	Diskuze.....	57
	Závěr	61
	Seznam literatury.....	62
	Seznam příloh.....	68
	Přílohy.....	69
	Seznam zkratk.....	71

Úvod

Poruchy autistického spektra jsou jednou z neurovývojových poruch, jejichž důsledkem je změna v mentálním vývoji dítěte. Jedinci s autismem mají narušenou sociální interakci, komunikaci a představivost. Přestože společnost není dle mého názoru dostatečně informována o poruchách autistického spektra, lidí s touto poruchou stále přibývá, a proto by se veřejnost měla o tento problém více zajímat. Ani já sama jsem o autismu neměla příliš mnoho znalostí, ale během zpracování této práce a pomocí rozhovorů s rodiči dětí s poruchou autistického spektra jsem zjistila, jak moc je péče o tyto jedince náročná a vyčerpávající. Existuje však mnoho terapií, jež přispívají ke zlepšení stavu osoby s autismem, ale není jednoduché se na každou dostat, jelikož si myslím, že mají nedostatečnou kapacitu a také nedostatek lidí, kteří by terapie provozovali. Cílem bakalářské práce je zjistit, jaký vliv mají terapie z pohledu rodičů na vývoj dítěte, které má poruchu autistického spektra.

Téma „Terapie využívané u dětí s poruchou autistického spektra“ jsem si zvolila hlavně proto, že v rámci praxe na vysoké škole jsem měla příležitost narazit na jedince s poruchou autistického spektra. Chtěla jsem tuto problematiku prozkoumat více do hloubky a nabrat nové zkušenosti.

Bakalářská práce se dělí na teoretickou a praktickou část. V části teoretické je čtenář seznámen se základními pojmy poruch autistického spektra, s historií, s příčinami vzniku, s diagnostikou obsahující autistickou dyádu a s jednotlivými poruchami. Dále se práce věnuje terapiím, které se využívají u dětí s poruchou autistického spektra a jejich charakteristice.

V rámci praktické části budou zkoumány a poté zodpovězeny předem určené výzkumné otázky. V této části budou zobrazeny metody a techniky výzkumu, dále pak charakteristika výzkumného souboru, způsob zpracování dat, časový harmonogram výzkumu, omezení a rizika výzkumu a etika výzkumu. Využity budou polostrukturované rozhovory, které budou zpracovávány pomocí otevřeného kódování. Následně budou popsány výsledky.

V závěru bude uveden souhrn výsledků z provedeného výzkumu. Tato bakalářská práce může být využita jako zpětná vazba pro terapeuty v oblasti práce s dětmi s autismem.

1 Teoretická část

1.1 Poruchy autistického spektra

Poruchy autistického spektra mohou být dále označovány jinými termíny jako jsou autismus, pervazivní vývojové poruchy a zkratkami PAS či PVP (Bazalová, 2017). Autismus se ve společnosti objevuje výjimečně, ale i tak je velice závažný (Fischer et al., 2014). Tyto poruchy řadíme k nejzávažnějším poruchám mentálního vývoje v dětství (Thorová, 2016). Dle Kodak a Bergmann (2020) je porucha autistického spektra definována deficitem v sociální komunikaci a interakci s přítomností omezených a opakujících se vzorců chování a zájmů. Sládečková a Sobotková (2014, s. 15) ve své knize uvádějí, že *pervazivní znamená, že je zasázeno něco hluboko v člověku, něco, co postihuje celou osobnost, co proniká všemi směry, co je trvalé*. Vrozené postižení mozkových funkcí má za následek to, že dítě s touto poruchou nezvládne zhodnotit informace stejně tak, jako děti stejné duševní úrovně. Tyto děti tedy vnímají, jednají a prožívají odlišně (Thorová, 2016). Poruchy autistického spektra se projevují již od raného dětství před 18. měsícem věku dítěte (Co je autismus, 2021). Sládečková a Sobotková (2014) ale popisují, že mohou mít původ v období kolem dvou až tří let věku dítěte. Více jsou postiženi chlapci než dívky (Bazalová, 2014).

1.2 Historický přehled poruch autistického spektra

Dle Šporclové (2018) byl prvním člověkem, který použil termín autismus, Leo Kanner. Thorová (2016) ale tvrdí, že to Leo Kanner nebyl, jelikož dle autorky poprvé s tímto pojmem přišel psychiatr Eugen Bleuler ze Švýcarska v roce 1911. Výraz autismus aplikoval k označení jednoho z příznaků u pacientů se schizofrenií. Je jasné, že lidé s autismem existovali už dříve, než byl popis jejich chování zaznamenán do diagnostických třídících systémů. Děti s poruchami autistického spektra byly v Hippokratově období považovány za svaté a naproti tomu ve středověku za děti, které jsou posedlé d'áblem, či uhranuté děti (Thorová, 2016).

Šporclová (2018) říká, že Kanner a Eisenberg v roce 1956 popsali pět zásadních vlastností chování, které byly charakteristické pro autismus. Mezi tyto rysy spadalo hluboké poškození emočního kontaktu s jinými lidmi, lpění na stálosti v každodenním životě, omámení objekty, jenž dítě využívá. Dalším znakem byla řeč, která není užívána

v komunikaci s okolím a v neposlední řadě dobré kognitivní paměťové vlohy (Šporclová, 2018).

V mezinárodní klasifikaci nemocí v osmé revizi z roku 1965 byl autismus zapsaný, ale jako dětská schizofrenie. Ani v MKN v deváté revizi z roku 1975 se nic nezměnilo (Šporclová, 2018). Až v roce 1980 byl termín autismus zasazený do amerického diagnostického statistického manuálu (DSM) ve třetí revizi. Tehdy se poprvé objevila samostatná kategorie nemocí označovaná „pervazivní vývojové poruchy“ (Hrdlička, Komárek, 2014).

V roce 1987 vyšla nová verze diagnostického statistického manuálu (DSM-III-R) a přinesla úpravu a rozšíření kritérií a kategorií. Tato verze zařazovala narušení vzájemné sociální interakce, narušení verbální a neverbální komunikace, omezení v oblasti her a zájmů (Šporclová, 2018). *Do evropské Mezinárodní klasifikace nemocí se však tento koncept dostal až s výrazným zpožděním, a to v 10. revizi z roku 1990 (v ČR je tato klasifikace v platnosti od roku 1994) (Šporclová, 2018, s. 27).*

Později docházelo k rozšíření nových poznatků o PAS a upřesňování kritérií, protože v roce 1994 byla přijata čtvrtá revize Diagnostického statistického manuálu (DSM-IV). Tento manuál zahrnoval obecné označení pervazivních vývojových poruch a ty obsahovaly další poruchy autistického spektra. Dále v roce 2013 vyšla pátá revize DSM, kde už dílčí poruchy (např. dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom atd.) byly spojeny do jedné kategorie „poruchy autistického spektra“ a znovu došlo k obohacení diagnostických kritérií o současné poznatky (Šporclová, 2018).

1.3 Příčiny vzniku poruch autistického spektra

Příčina vzniku autismu není přesně známá. Je patrné, že autismus vzniká z více faktorů (Vágnerová, 2014). I Fischer et al. (2014) a Bazalová (2017) se přiklánějí k tomu, že etiologie autismu není dosud určena. Autismus je podle Fischera et al. (2014) neurologické postižení, které se projevuje poškozením mozku.

Thorová (2016) mezi klíčové vlivy ale zařazuje genetické faktory, vlivy prostředí a deficity imunity. Vágnerová (2014) doplňuje, že na vzniku poruch autistického spektra se mohou podílet zevní vlivy působící v prenatálním období (př. intrauterinní infekce). *Několik odborných studií provedených po celém světě prokázalo, že autistické chování*

je z velké části důsledkem náhodných nových mutací desítek genů potřebných pro vývoj mozku (Šporclová, 2018, s. 11). Rodiče dětí s autismem mají takové rysy, které jsou obdobné symptomům této poruchy jako jsou sklon k izolaci od ostatních, výkyvy v komunikaci, potíže v navazování vztahů, úzkosti apod. (Vágnerová, 2014).

Thorová (2016) říká, že v roce 1998 se gastroenterolog Andrew Wakefield zabíral studií, která měla spojitost mezi očkováním a autismem. Obával se, že když rodiče nechají dítě naočkovat vakcínou proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám, může se stát, že vznikne zánět tlustého a tenkého střeva. Bakteriální jedy, které se ve střevech vytvoří, se dostanou do krve a dojde k poškození mozku a tím vznikne autismus. Tato souvislost nebyla nikdy dokázána (Thorová, 2016).

1.4 Diagnostika poruch autistického spektra

Určení diagnózy a rozsah závažnosti poruchy jen prostřednictvím nemocničního hodnocení bývá málo spolehlivý. Při nemocničním vyšetření se specialisté zabývají kontaktem s dítětem a jeho pozorováním. Podstatným údajem je zejména anamnéza celé rodiny o nástupu a vývoji poruch autistického spektra (Hrdlička, Komárek, 2014). V nynější době neexistuje zkouška biologické povahy prokazující autismus. Diagnostika se tudíž zabývá mapováním a průzkumem chování. V této diagnostice jsou nejvíce důležité znalosti expertů. A právě těchto znalostí dosáhnou pouze jedinci, kteří se pravidelně věnují lidem s PAS. (Thorová, 2016).

Projevy poruch autistického spektra se mohou posuzovat dle několika existujících diagnostických nástrojů. Avšak v České republice se nejčastěji využívají škály CARS, ADI-R a ADOS (Hrdlička, Komárek, 2014).

CARS (Childhood Autism Rating Scale) je posuzovací škála autismu, která sestává z 15 hodnocených okruhů a všechny body se hodnotí dle četnosti výskytu a síly abnormních projevů v daném okruhu (Thorová, 2016). Její administrace může trvat půl hodiny až hodinu (Hrdlička, Komárek, 2014). Tato škála je známá svou menší spolehlivostí, ale je časově nenáročná (Thorová, 2016).

ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) je důkladný rozhovor s rodiči dítěte nebo dospělého autisty. Narozdíl od CARS je doba vyšetření dlouhá (cca 90-150 minut) (Thorová, 2016). Test je zaměřen na výpovědi rodičů a má 111 položek, které se zabírají ze začátku anamnézou a nynější obavou, dále raným vývojem dítěte, prvotními projevy

postížení, sociálním vývojem a hrou, zájmy a chováním, oblastí zhoršování, speciálními schopnostmi a na závěr zhodnocením (Hrdlička, Komárek, 2014).

ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) je pro všechny, kteří mají podezření na PAS (Thorová, 2016). Vyšetření touto metodou může probíhat půl hodiny až hodinu. V rámci různorodých testovacích aktivit a v odlišných situacích se hodnotí způsobilosti osob zejména v komunikaci, sociální interakci a chování při hře (Hrdlička, Komárek, 2014). Thorová (2016) ale mluví o tom, že při posuzování schopností jedinců, se zaměřují na oblasti sociální interakce a komunikace.

Fischer et al. (2014) mluví o základním prvku pro diagnostiku poruch autistického spektra jako o triádě postižení. Sládečková a Sobotková (2014) zase hovoří o tzv. autistické triádě, která slouží k diagnostice poruch autistického spektra. Tato triáda je označením pro oblasti, kde lze najít abnormality (Sládečková, Sobotková, 2014). Tyto oblasti jsou sociální interakce, komunikace a představitost (Fischer et al., 2014). Dle Hrdličky a Komárka (2014) to jsou zase oblasti sociální interakce, komunikace a hra a chování a zájmy.

Podle nového vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (dále jen DSM-V) byla ale symptomatologická triáda předefinována na symptomatologickou dyádu. Sociální a komunikační oblast je nyní posuzována společně. Další část dyády je porucha v oblasti představitosti (Raboch et al., 2015).

1.4.1 Narušená sociální interakce a porucha komunikace

Hrdlička a Komárek (2014) i Thorová (2016) mluví ve svých knihách o tom, že poruchy v **sociální interakci** se rozvíjí již v prvních týdnech existence dítěte. Jedinci, kteří mají autismus, se vyhýbají kontaktu, nemají zájem o ostatní a jednají, jako by jiné osoby neexistovaly (Vágnerová, 2014). Typické pro osoby s PAS je, že se straní očním kontaktu, nezakládají si citovou vazbu ke své matce a zřídka mají obavu z osamocení od blízkého člověka anebo nemají hrůzu z neznámých lidí (Hrdlička, Komárek, 2014). Dále dětem s PAS může dělat potíže rozeznávání projevů v obličeji, zbarvení hlasu a přesné nasazení řeči (Straussová, Knotková, 2011). Příčinou tohoto chování může být to, že jedinec špatně porozumí sociálním signálům (Straussová, Knotková, 2011; Vágnerová, 2014). Thorová (2016) uvádí, že v sociální interakci se dle Lorny Wingové děti s PAS třídí na pět skupin a těmi jsou typ osamělý, typ pasivní, typ aktivní – zvláštní,

typ formální a typ smíšený – zvláštní. Osamělý typ si drží odstup od ostatních a je převážně samotářský. Pasivní typ styk s jinými lidmi nevyhledává, ale nevyvolává ho. Aktivní – zvláštní typ má potíže s chápáním pravidel sociálního vystupování, rušivým chováním a celkově nevhodnými reakcemi. Formální typ je spojený s dětmi či dospělými s vyšším IQ, s jejich odtažitým chováním, s chápáním ironie a legrace, s přesným dodržováním společenských pravidel a s jejich dobře vyvinutými komunikačními schopnostmi. Smíšený – zvláštní typ je charakterizován jako vystupování, které záleží na aktuální situaci, prostředí a osobě (Thorová, 2016).

Čadilová a Žampachová et al. (2012, str. 22) uvádějí, že *lidé s PAS mají výrazné problémy v oblasti komunikace. Jejich vývoj řeči je buď opožděný nebo se řeč nevyvine vůbec.* Také Hrdlička a Komárek (2014) se přiklání k názoru, že u těchto jedinců je vývoj řeči pozadu. Thorová (2016) mluví o pozdním vývoji řeči jako o prvním důvodu obav rodičů. Přibližně polovina jedinců s PAS se nikdy nezvládne naučit řeč tak moc, aby ji mohli používat k účelům komunikace (Thorová, 2016). Je evidentní, že jsou děti, kde se řeč rozvine, ale má nápadné a podivné odchylky (Hrdlička, Komárek, 2014). Lidé s tímto postižením mají potíže v expresivní a receptivní složce řeči (Čadilová, Žampachová et al., 2012). Thorová (2016) dodává, že komunikační porucha se dále jeví na úrovni verbální a neverbální. Autorka pojem expresivní charakterizuje jako vyjadřování a pojem receptivní jako porozumění. Prvním verbálním vyjádřením je samovolné opakování výrazů či slovních spojení. Také může dojít k autistické regresi, což znamená úbytek již získaných dovedností (Vágnerová, 2014). Dle Hrdličky a Komárka (2014) se v řeči mohou objevit tzv. echolálie (dítě zopakuje to, co slyší od druhých lidí). Také je charakteristická verbální stereotypie (tzn. opakování totožných obrátů, jenž dítě slyšelo v okolí). Dále můžeme mluvit i o neologismech, tj. vznik nových slov (Vágnerová, 2014). Děti s tímto postižením nepoužívají zájmeno já, když hovoří o sobě, ale mají tendenci mluvit ve druhé nebo třetí osobě (Hrdlička, Komárek, 2014). Vágnerová (2014) doplňuje, že děti s PAS nezachovávají slovosled vět správně. Dále nedokážou pochopit význam některých slovních spojení a vět (Vágnerová, 2014). Hrdlička a Komárek (2014) mluví o tom, že bývá poškozena i neverbální stránka komunikace. Podle těchto autorů je gestikulace potlačena až zaniknutá. Mimika u dítěte nepůsobí na současné dění v okolí a nevyjadřuje požadavky dítěte s autismem (Hrdlička, Komárek, 2014). Nejméně poškozenou poruchu řeči mají jedinci, kteří trpí Aspergerovým syndromem (Thorová, 2016).

1.4.2 Porucha v oblasti představivosti, zájmů a her

Čadilová a Žampachová et al. (2012) tuto kategorii ve své knize označují jako způsoby chování, zájmy a aktivity. Zatímco Thorová (2016) ji popisuje tak, jak je zmíněno výše a to představivost, zájmy a hra. Dále Hrdlička a Komárek (2014) ji pojmenovali jako abnormality v chování a zájmech.

Rozvoj imitace je dle Thorové (2016) prvkem vývoje představivosti. Na mentální vývoj dítěte má špatný vliv právě poškozená představivost. Narušená nápodoba je příčinou toho, že se u dítěte nerozvíjí hra, která je základem učení a celého vývoje (Thorová, 2016). Pokud jsou vady v oblasti představivosti, dítě preferuje aktivity a činnosti, které jsou charakteristické pro děti v nižším věku (Čadilová, Žampachová et al., 2012). U dětí s PAS si můžeme všimnout, že lpí na neměnnosti života a dodržování pravidel. Vadí jim i ty nejmenší změny (například posun věcí v pokoji, změna v jejich každodenním programu atd.), na které mohou reagovat výbuchem vzteku a agrese (Hrdlička, Komárek, 2014). Tyto děti jsou daleko více zaujaté jednou či více činnostmi, ulpívavé, stereotypní a často užívají opakování. Toto chování jim dodává pocit bezpečí a jistoty (Thorová, 2016). Mnohdy se u dětí s autismem objevuje obvyklé motorické manýrování, tj. bezvýznamné opakování pohybů rukou, prstů nebo kompletně celým tělem (Hrdlička, Komárek, 2014). Thorová (2016) uvádí stereotypní aktivity jako jsou poslech zvukových hraček, sledování různých věcí a jejich pohyb, houpání se, bouchání, třes rukama, točení se, plácání se do hlavy, mnutí, různé záklony a kývání s tělem apod.

1.5 Rozdělení poruch autistického spektra

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále MKN-10) řadíme poruchy autistického spektra do skupiny Poruchy duševní a poruchy chování. Podskupina, pod kterou poruchy autistického spektra patří, je označována jako F84 – Pervazivní vývojové poruchy (MKN-10, 2021). Tyto poruchy dělíme následovně: Dětský autismus, Atypický autismus, Rettův syndrom, Jiná dezintegrační porucha v dětství, Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby, Aspergerův syndrom, Jiné pervazivní vývojové poruchy a Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (Fischer et al., 2014).

Dle nově připravované MKN-11 se rozdělení již změnilo. Kategorie pervazivních vývojových poruch byla zrušena a nahradila ji skupina Neurovývojových, duševních

a behaviorálních poruch s označením 6A a porucha autistického spektra je označována jako 6A02 (Thorová, 2021).

1.5.1 Dětský autismus

Dětský autismus je nejčastější poruchou autistického spektra, a to i z hlediska historického (Thorová, 2016). Výraz autismus je z řeckého slova autos neboli sám. Tento termín byl poprvé použit Eugenem Bleulerem v roce 1911. Poté, v roce 1943, byl důkladně popsán americkým psychiatrem Leo Kannerem, tudíž byl dříve označován jako Kannerův syndrom (Fischer et al., 2014). Slovo autismus se označuje jako stažení se do sebe a sklon k sociální izolaci (Vágnerová, 2014). Míra závažnosti postižení bývá u každého jedince odlišná – od mírné formy, kde je minimum příznaků po těžkou formu, kde je naopak mnoho značných příznaků. Tyto symptomy se musí objevit v oblasti komunikace, sociální interakce a představitosti a chování (Thorová, 2016). Thorová (2016, s. 179) uvádí, že *kromě poruch v klíčových oblastech sociální interakce, komunikace a představitosti mohou lidé s autismem trpět mnoha dalšími dysfunkcemi, které se projevují navenek odlišným, abnormním až bizarním chováním*. Fischer et al. (2014) říká, že u dítěte nastávají prvotní autistické vlastnosti chování s pozdějším vývojem řeči nebo echolálií (opakování slov). Další variantou je včasná regrese ve vývoji, kdy dítě od jisté chvíle ztrácí již získané schopnosti a dovednosti (Fischer et al., 2014). Valenta et al. (2014) dodává, že tyto postižené děti nemají důležité reakce na citové podněty, těžko zvládají kteroukoliv změnu, vzdělávají se převážně ve speciálních třídách, mají rády své stereotypní pohyby a hrají si spíše s drobnými neobvyklými předměty více než s klasickými hračkami (Valenta et al., 2014). Dětský autismus bývá diagnostikován v každé věkové skupině (Thorová, 2016). Dle Bendové et al. (2015) je tento syndrom rozpoznatelný do tří let věku dítěte a vyskytuje se až třikrát častěji u chlapeckého pohlaví než u pohlaví dívčího.

1.5.2 Atypický autismus

Vymezení atypického autismu využijeme v případě, že porucha nesplňuje znaky charakteristické pro dětský autismus (Hrdlička, Komárek, 2014). V americkém diagnostickém systému DSM-IV se termín atypický autismus jako samostatný druh nerozpoznával. Využíval se výraz pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (Thorová, 2016). Thorová (2016) ve své publikaci popisuje čtyři kritéria, díky kterým diagnostikujeme atypický autismus. První kritérium je o tom, že první příznaky autismu

se zpravidla objevují až po třetím roce věku dítěte. Druhé kritérium uvádí, že v oblastech sociální interakce, komunikace a představivosti je zaznamenáván abnormní vývoj. Třetí kritérium popisuje, že jedna z oblastí sociální interakce, komunikace a představivosti není výrazně oslabena. Posledním čtvrtým kritériem je to, že k autistickému chování se připojuje těžká a hluboká mentální retardace. Můžeme zpozorovat některé příznaky, jež jsou typické pro autismus (Thorová, 2016). Atypický autismus se tvoří častokrát u postižených osob a osob s těžkou vývojovou poruchou řeči (Bendová et al., 2015).

1.5.3 Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom (dále jen AS) byl poprvé charakterizován v roce 1944 pediatrem Hansem Aspergerem z Rakouska (Fischer et al., 2014). Tuto poruchu můžeme zpozorovat spíše u chlapců než u dívek (Valenta et al., 2014). Aspergerův syndrom je lehčí forma autismu, jež zasahuje nejméně jednoho jedince z tisíce. Je ale těžké určit přesný počet, jelikož většina jedinců s Aspergerovým syndromem v minulosti zůstávala bez diagnózy (Sainsburyová, 2016). Thorová (2016) ale říká, že je velmi zjednodušené, pokud mluvíme o Aspergeru jako o mírnější formě autismu. Děti s tímto syndromem mají potíže stejně tak závažné, jako děti s jinou poruchou autistického spektra (Thorová, 2016). Aspergerův syndrom má podobné symptomy jako autismus, a to hlavně ve stereotypních zájmech, poruchách sociální interakce a komunikace. Oproti autismu není oslabený vývoj řeči a kognitivních funkcí (Fischer et al., 2014). Naopak Thorová (2016, s. 189) ve své knize uvádí, že *děti s Aspergerovým syndromem mohou a nemusí mít opožděný vývoj řeči*. Vývoj řeči může být sice opožděný, ale dětem s Aspergerem se rychle rozvíjí mluva a do šesti let věku již bývá ustálená (Fischer et al., 2014). Dle Thorové (2016) se osoby s Aspergerovým syndromem dělí na dvě skupiny. První skupina tvoří osoby, které nemají velké potíže s chováním a prostřednictvím různých cvičení zvládnou odchodit povinnou školní docházku, najít si vhodného partnera a zaměstnání a tím vést obyčejný život. Druhá skupina je o jedincích, kteří již při svém působení v mateřské školce potřebují asistenta. Při školní docházce se mohou vyskytovat potíže i přesto, že se ve třídě pohybuje asistent učitele. Pro druhou skupinu je lepší navštěvovat speciální školu. Po vypození školní docházky je pro ně obtížné si najít práci. Tyto lidé nedokážou navázat partnerský vztah (Thorová, 2016). V nějakých případech u lidí s Aspergerem může být stupeň získaného vzdělání značně vysoký (Fischer, et al., 2014).

1.5.4 Rettův syndrom

Rettův syndrom je genetickým neurologickým onemocněním, které způsobuje mutace genu MECP2 v chromozomu X a je velmi vzácné (Kyle, Vashi, Justice, 2018). Toto onemocnění bylo poprvé popsáno v roce 1966 rakouským dětským neurologem Andreasem Rettem (Thorová, 2016). Rettův syndrom se objevuje pouze u děvčat (Hrdlička, Komárek, 2014). Černá et al. (2015) ale tvrdí, že se může tento syndrom vyskytovat vzácně i u chlapců. U mužského pohlaví se také může objevit stejná mutace genu, ale to způsobí silnou nemoc s názvem encefalopatie, tzn. poškození mozku, a poté dochází k zániku plodu (Fischer et al., 2014). Začátek vývoje u děvčat s Rettovým syndromem je normální, až mezi 6. a 18. měsícem nastává zpomalení růstu hlavy a později ztrácejí schopnosti a dovednosti, které měla již naučená (Vágnerová, 2014). Thorová (2016, s. 214) říká, že *za stěžejní symptomy označili ztrátu kognitivních schopností, ataxii (porucha koordinace pohybů) a apraxii, konkrétně ztrátu schopnosti účelně pohybovat rukama*. Fischer et al. (2014) doplňuje, že se následně objevuje skolióza či kyfoskolióza a u většiny dětí s Rettovým syndromem se rozvíjí záchvaty epilepsie. Tyto onemocnění jsou příčinou zhoršení stavu a vedou až k těžké mentální retardaci (Fischer et al., 2014). První příznaky jsou viditelné v období ve věku 7-24 měsíců (Bendová et al., 2015).

1.5.5 Dezintegrační porucha v dětství

Dětskou dezintegrační poruchu neboli Hellerův syndrom popsal speciální vídeňský pedagog Theodore Heller v roce 1908 (Thorová, 2016). Příznaky, které jsou typické pro tento syndrom, jsou skoro stejné jako další pervazivní vývojové poruchy. Rozdíl mezi nimi je takový, že se první příznaky u dětské dezintegrační poruchy vyskytují až po delší době, a proto je také nazýván „zpožděný autismus“ (Fischer et al., 2014). Vágnerová (2014) uvádí, že se děti vyvíjí do dvou let normálně a následně se začnou objevovat potíže spojené s motorikou, řečí apod. Thorová (2016, s. 197) dodává, že *po období normálního vývoje, které trvá u dezintegrační poruchy minimálně dva roky, nastává z neznámé příčiny regres v doposud nabytých schopnostech*. Dle Vágnerové (2014) jde v podstatě o ranou demenci. Tato porucha se projevuje mezi druhým a desátým rokem věku, ale nejvíce však mezi třetím a čtvrtým rokem. Po období zhoršení stavu se můžou, ale také nemusí opakovaně zlepšovat dovednosti, ale normy nikdy není dosaženo (Thorová, 2016).

1.5.6 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

Tato porucha má nejasnou definici. Jde o postižení, které spojuje hyperaktivní syndrom, mentální retardaci s IQ menším než 50 a obvyklé pohyby či sebedestruktivní chování (Hrdlička, Komárek, 2014). V období dospívání má hypoaktivita sklon být náhradou za hyperaktivitu (Hosák et al., 2015). U této poruchy se neobjevuje sociální narušení, které je charakteristické pro autismus (Thorová, 2016). Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby je zmiňována pouze v MKN-10 (Hrdlička, Komárek, 2014).

1.5.7 Jiné pervazivní vývojové poruchy

Dle MKN-10 se tato kategorie označuje jako F84.8 (MKN-10, 2021). Tyto poruchy se v Evropě často nevyužívají a její znaky nejsou přesně vymezeny. Jde o nijak specifickou skupinu. U těchto poruch jsou dvě skupiny dětí (Thorová, 2016). U první skupiny dětí je komunikace, sociální interakce a hra poškozená, ale ne tak hodně jako u autismu či atypického autismu. Děti s tímto postižením mohou mít shodné příznaky jako u dětí s autismem, ale nikdy se nevyskytují ve velkém počtu (Adamus et al., 2017). Do druhé skupiny patří děti s nápadně oslabenou oblastí představivosti. Typické pro tyto děti je to, že nemají schopnost rozpoznat fantazii od reality a též se zaměřují na jedno téma, kterému se věnují (Thorová, 2016).

1.6 Terapie využívané u dětí s poruchou autistického spektra

Müller et al. (2014, s. 18) uvádí, že *terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k prospěšné změně (např. v prožívání, v chování, ve fyzickém výkonu)*. Je podstatné se zabývat brzkou intervencí, jelikož včasné zvolená terapie je významná pro následující vývoj jedince s PAS (Bazalová, 2014). Je prokázáno, že když terapie začne před třetím rokem života dítěte, tak je mnohem efektivnější než u dětí, u kterých léčba započne až po pátém roce věku (Šporclová, 2018). Thorová (2016) říká, že pro lidi s PAS bylo vytvořeno několik léčebných terapií, ale ani jedna z nich nevydává stoprocentní výsledky. Bazalová (2017) mluví o tom, že je možné, že u osob s PAS nebudou terapie fungovat. Při volbě formy pomoci je klíčové vzít v úvahu zvláštnosti projevů postižení, ale i individuální specifika dítěte (Bazalová, 2014). Také je podstatné zohlednit přístupnost možných intervencí a vhodnost

jak pro dítě, tak pro rodinu (Bazalová, 2017). Thorová (2016) dodává, že je nutná spokojenost dítěte, ale i rodiny při výběru terapie. V současné době jedince s poruchou autistického spektra nelze uzdravit (Šporclová, 2018). Je nemožné vyzkoušet všechny terapie, jelikož jich je mnoho (Thorová, 2016). Podle Bazalové (2017) lékařská komora prohlásila některé terapie za nevyhovující a těmi jsou biomodulační léčba autismu Jana Šuly a Josefa Šmardy, Jiřina Prekopová a její terapie pevným objetím a léčba epilepsie a poruch autistického spektra Evy Augustinové. Naopak Thorová (2016) sděluje, že terapie, které mají největší účinek, jsou strukturované zasahující programy, které užívají různorodé behaviorální postupy, pracují s informacemi a srozumitelnými předpisy a jsou to například TEACCH program a ABA terapie (Thorová, 2016). Rodiče dětí s PAS jsou nuceni si terapie zatím platit i obstarat sami (Bazalová, 2017).

1.6.1 ABA terapie

Aplikovanou behaviorální analýzu (dále jen ABA terapie) poprvé charakterizoval B. F. Skinner ve 30. letech 20. století (Čadilová, Žampachová et al., 2012). Avšak pro děti s poruchou autistického spektra se tato terapie používá až od 60. let (Thorová, 2016). Johnson (2020, s. 15) popisuje ABA terapii jako *vědecký přístup k vyhodnocování chování a jeho úpravám, podpořený dlouholetým výzkumem a analýzami*. Autorka dále zmiňuje, že se tato terapie zabývá vylepšováním společenského chování (Johnson, 2020). Další definici předkládá autorka Šporclová (2018), která říká, že tato metoda je principem nauky, který se opírá o znalosti vědy zkoumající chování lidí. Terapie ABA je charakteristická tím, že spojuje nácvik nového chování s odstraněním chování konfliktního (Kroupová et al., 2016). Užívání ABA terapie je velmi efektivním prostředkem, jak vštípit jedinci s PAS nové dovednosti (Čadilová, Žampachová et al., 2012). Studie dokazují, že má ABA terapie pozitivní vliv na vylepšení dovedností v oblasti sociální a komunikační, dále na poznávací schopnosti, přizpůsobivost a na snížení potíží v chování (Šporclová, 2018). Aplikovaná behaviorální analýza ale nedokáže vyléčit jedince s autismem (Thorová, 2016). Může jen zlepšit kvalitu života jedinců s PAS (Antill, 2020). ABA se nevyužívá pouze u dětí s autismem (Rivera et al., 2014). Používá se i u jedinců, kteří jsou různého věku, u zdravých jedinců i jedinců s handicapem. Je ale důležité, aby se celý program uprůsobil určitým potřebám dítěte a současné situaci, jelikož důležitým základem ABA terapie je individuální přístup (Čadilová, Žampachová et al., 2012). ABA je pokládána za nejintenzivnější terapii, jelikož terapeut pracuje s dítětem 40 hodin týdně (Thorová, 2016). Naopak Šporclová

(2018) uvádí nejnižší doporučenou dobu sezení, která je stanovena na 25 hodin týdně v období 12 měsíců.

V současnosti se ABA terapie dělí na tradiční a moderní. Moderní terapie ABA vnáší do prvotní tradiční ABA terapie nové prvky, dbá na individuální přístup dětí a zaobírá se přenášením dovedností do obvyčejného prostředí. Tradiční ABA terapie je zaměřena především na mimořádně strukturované prostředí, usměrňování chování a sledování výsledků, ale i tato tradiční ABA terapie se později rozvinula o nové elementy a tím je například spontánnost (Thorová, 2016).

V České republice je ABA považována za komerční službu, avšak v jiných státech je hrazena ze zdravotních pojišťoven. Ti, co si tuto léčbu zvolí, musí počítat s vysokou finanční zátěží, která je pro ně velmi nepřiměřená (Šporclová, 2018). ABA je světově pokládána za nejvíce rozšířenou metodu a v České republice se jí věnuje Česká odborná společnost aplikované behaviorální analýzy, která je neziskovou organizací (Thorová, 2016).

1.6.2 O.T.A. terapie

Open Therapy of Autism (dále jen O.T.A. terapie) je léčebná terapie, která je stvořená pro jedince s PVP, ale i pro osoby s poruchou chování a neurovývojovou poruchou. Tato metoda je spojená s kontaktem a úspěšnou komunikací a preferuje napojení vztahu terapeut – dítě a rodič – dítě (Open Therapy of Autism, 2017). O.T.A. terapie vznikla v souladu s vývojem zdravého dítěte a zabývá se rozvojem výchozích dovedností, které se objevují v prvním roce života dítěte (Straussová, Vágnerová, 2016). U této terapie je důležité dbát na individualitě v rámci terapeutického plánu, ale i práce s rodinou. Jednotlivé techniky práce jsou posuzovány na základě úrovně a věku dítěte (Open Therapy of Autism, 2017).

Straussová a Vágnerová (2016) uvádějí hlavní body k posilování podstatných dovedností u dítěte s PAS. Prvním bodem je **lechtání**, které má dosáhnout toho, aby se dítě podělilo o radost s rodiči. V případě, že se ze začátku dítě nesměje, je nezbytné, aby se smál rodič. Závěrem má být jasný a dlouhotrvající smích dítěte. Rovněž by dítě mělo vědět, že by se tato radostná chvílka měla předávat druhým. Druhou fází je **oční kontakt po zavolání jménem**, kde je cílem užití očního kontaktu jako žádost. Zpočátku rodič šimrá dítě a v okamžiku, kdy dítě odkloní hlavu na jinou stranu, rodič zastaví lechtání a radostným

hlasem na dítě zvolá jeho jménem a jakmile se dítě koukne zpět na rodiče, tak se rodič znovu pustí do lechtání a začne se řehtat společně s dítětem. Třetím bodem je **ukazování**, a to slouží ke vzniku pasivní slovní zásoby, tzn. porozumění řeči. Záměrem je připravit dítě ke zkoušce sdílené pozornosti. Čtvrtá fáze je nazvána **sdílená pozornost**. Tato etapa se musí dlouhodobě a cíleně upevňovat, jelikož sdílená pozornost je velice těžce vyvoditelná. Na začátku dítě ukazuje a je navyklé na to, že to vždycky rodič pojmenuje. Avšak trénink je v tom, že dítě ukazuje, ale rodič najednou danou věc nepojmenuje a vyčkává, až se na něj dítě obrátí. V momentě, kdy se oči dítěte potkají s očima rodiče, rodič ukazovaný předmět pojmenuje. Pátý stupeň se označuje jako **pojmenování**. Návčik se projevuje tak, že rodič sedí, ruce nesmí nijak používat, sleduje dítě a označuje pokojným hlasem to, co vidí. Rodič jen kouká, co dítě provádí a označuje objekty, o které dítě projevuje zájem. Účelem je pozornost dítěte mířit na vnímání hlasu lidí. Šestá etapa s názvem **tempo interakcí** je zaměřena na rodiče, aby se naučili reagovat opačným způsobem, než se projevuje dítě, a to na zrychlení dítěte musí rodič zpomalit tempo řeči. Sedmá fáze se jmenuje **ANO-SÉRIE a zpevňování dobrého chování konkrétní zpětnou vazbou**. Cílem je podpoření kladného jednání dítěte a také krok za krokem odstranit záporné chování. Je nutné, aby rodič využíval ANO-SÉRII, protože kdyby používal negativní odpovědi, dítě se uzavře do sebe. Reakce rodičů by neměla vypadat takto: „Ne, nedostaneš to!“, ale zakázat mu to ANO-SÉRIÍ a to: „ANO, Martínku, VIDÍM, že chceš autíčko, ALE teď to nejde.“ **Sdílení emocí** je osmým stádiem. V tomto stádiu se má dítě naučit odlišovat své emoce. Rodič se snaží imitovat hlasem emoce, které dítě právě zažívá. Předposlední etapa je pojmenovaná jako **připojování se k aktivitě dítěte**. Tady se rodič snaží vstoupit do hry dítěte tak, aby započali hru na partnerské úrovni. Poslední fází je **zapojování do skupiny**. Tato etapa je náročná v tom, že rodič je zaměřený jen na své dítě a tím na něj naléhá a on se uzavře do svého světa. Pro dítě je podstatné, aby začalo vnímat lidi kolem sebe (Straussová, Vágnerová, 2016).

1.6.3 Son-Rise program

Program Son-Rise byl vynalezen v roce 1974 manželi Kaufmanovými z USA (Bazalová, 2017). Thorová (2016) ale tvrdí, že tento program byl založen již v roce 1970. Son-Rise program vychází z vlastních zkušeností manželů, jelikož jejich synovi byl v 18. měsících diagnostikován autismus a také těžká mentální retardace. Kaufmanovi se svému synovi věnovali dvanáct hodin denně v období tří a půl let s tím, že se poté úplně uzdravil

(Thorová, 2016). Rodiče Kaufmanovi na základě Son-Rise programu založili v roce 1983 společnosti, které nesou názvy The Option Institute a The Autism Treatment Center of America (Bazalová, 2014). Thorová (2016) mluví o tom, že autismus není navždy. Bazalová (2017) říká, že program bývá společností odsuzován, protože připouští uzdravení, ale to je v rozporu s dnešními odbornými poznatky.

Son-Rise vychází z práce, která se vykonává ve specificky upravené místnosti a má tři fáze. První etapa je nejvíce důležitá a je pojmenovaná jako **akceptace dítěte**. Druhou fází je **nabídnutí motivačně-terapeutické zkušenosti**, kde se snaží dítěti ukázat, že je ve světě vítaný. Posledním stádiem je **vzdělávací program**, jenž rozčleňuje činnosti na menší součásti (Bazalová, 2017). V programu jsou rodiče považováni za klíčové terapeutky, protože cizí lidé nejsou tak motivováni pomoci jako vlastní rodina. Odborník v tomto případě nesoudí a jen pozoruje (Thorová, 2016).

Thorová (2016) uvádí omezení v rámci této metody. Patří tam náročnost v oblasti financí a času. Dále je program náročný na psychiku rodičů, protože by své děti s PAS měli bezvýhradně milovat a akceptovat, a tím se někteří rodiče cítí provinile. Také čas, který se věnuje této terapii, je možné využívat účinněji (Thorová, 2016).

1.6.4 TEACCH program

TEACCH program je celým názvem Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (Thorová, 2016). V roce 1966 byl vynalezen vědci Erichem Schoplerem a Robertem Reichlerem v americkém státě Severní Karolína. V ČR ale používáme metodiku TEACCH programu, který se nazývá strukturované učení (Kroupová et al., 2016). TEACCH program je programem péče o autistické jedince, a to v každé věkové skupině lidí (Thorová, 2016). Je nutné, aby byla zjištěna diagnóza správně a včas a poté zahájena specifická výchovně vzdělávací péče, jež je zaměřena na zvláštnosti poruchy (Thorová, 2016).

Program TEACCH klade důraz na úzký vztah mezi rodiči a profesionály (Van Bourgondien, Schopler, 1996 in Virues-Ortega, Julio, Pastor-Barriuso, 2013). Další důležité zásady, které jsou charakteristické pro TEACCH program, jsou individualita ke každému jedinci, zjednodušování dovedností, začleňování dětí s PAS do společnosti a kladný přístup i k těm dětem, které jsou problémové (Thorová, 2016).

1.6.5 *Strukturované učení*

Strukturované učení, zkratkou SU, plyne z teorie učení a teorie chování. V České republice vyplývá zejména z TEACCH programu a Lovaasovy intervenční terapie (Čadilová, Žampachová et al., 2012). Bazalová (2014) říká, že strukturované učení se využívá hlavně u dětí s poruchami autistického spektra, ale i u jedinců s mentálním postižením. Čadilová a Žampachová et al. (2012) dodává, že se aplikuje i u dětí s jinými vývojovými poruchami a handicapem v oblasti komunikace. SU se objevuje i u normálního člověka při každodenním fungování, které je pouze zvýrazněno (Bazalová, 2017). Strukturované učení je zaměřeno na individualitu, výcvik samostatnosti, dále používá alternativní komunikaci a klade důraz na spolupráci s rodinou (Hrdlička, Komárek, 2014).

V případě strukturovaného učení jsou využívány principy individualizace, strukturalizace, vizualizace a motivace (Bazalová, 2014). Čadilová a Žampachová et al. (2012) tvrdí, že jen ty intervence, které užívají tyto principy, zaručují odpovídající přístup k osobě s poruchou autistického spektra a jeho rozvoji. Prvním principem je tedy výše zmíněná **individualizace**, kde se zjišťují potřeby určité osoby, volí se metody a postupy při vzdělávání a řešení jeho potíží. Je potřeba brát individuální přístup co nejpodrobněji, protože i když pedagog bude mít řádně připravený způsob práce při učení, ale nebude se zabírat těmi nejmenšími detaily, může postup selhat (Čadilová, Žampachová et al., 2012). Další princip se nazývá **strukturalizace**. Pro každou osobu je struktura důležitá v tom, že zabezpečí každému jedinci jistotu a stálost ve vykonávání jejich každodenních rutinních aktivit (Čadilová, Žampachová et al., 2012). Bazalová (2014) mluví o tom, že se strukturuje prostor, do něhož patří například třídy, školy, pracovní místa, dále se pak strukturuje čas a dílčí úkoly. Třetí princip je **vizualizace**. Tento princip se používá při nefunkční komunikaci, aby se dál rozvíjela. Může jít o komunikaci s využitím určitých objektů (děti v nižším věku a děti, které mají těžké mentální postižení), obrázků či karet s ústním vyjádřením činnosti (děti s AS, děti, které mají vysoce funkční autismus). Používá se zejména denní režim, a to je posloupnost denních činností, které se zobrazují dle vývojového stupně určitého člověka. Také jsou využívány procesuální tabulky, a to je řada dílčích kroků dané činnosti (Bazalová, 2014). Je zde možnost vizualizovat prostor a čas (Čadilová, Žampachová et al., 2012). Poslední princip je **motivace**. Motivací se myslí odměna (Bazalová, 2014). Právě motivace ovlivňuje jednání osoby a je velmi podstatná při práci s jedinci s PAS (Čadilová, Žampachová et al., 2012). Bazalová (2014,

s. 167) uvádí, že *dítě by mělo vědět, kdy odměnu dostane, za co ji dostane a co to bude*. Odměny jsou buď hmotné (potraviny, hračky), činnostní (milovaná opakující se činnost) nebo sociální (Bazalová, 2014).

1.7 Další terapie využívané u dětí s PAS

Dramaterapie je léčebně-výchovná metoda, ve které převládají skupinové činnosti používající dramatické a divadelní nástroje. Tyto prostředky vedou ke snížení dopadů duševních poruch a sociálních potíží, k integraci osobnosti a k získání osobního a společenského růstu (Valenta et al., 2014). Je možné vymezit i teatroterapii, kde je kladen důraz na produkt, tzn. konečná realizace dramatického textu a vlastní seznámení klientů nebo dětí se zdravotním postižením před diváky (Müller et al., 2014). V případě práce s autisty se dbá na změnu jejich chování. Léčebná metoda musí být přesně uspořádaná a koncentrovaná na oční kontakt. Jako jeden z hlavních nástrojů dramaterapie je improvizace.

Dle Slowíka (2016, s. 56) je **ergoterapie** *terapeutické využití pracovních aktivit (podle možností a schopností klientů)*. Pojem ergoterapie je z řeckých slov ergon, což znamená práce, a therapia neboli léčení či terapie. Tato terapie je nápomocná jedincům při vykonávání všedních denních aktivit. Osoby jsou do těchto aktivit zapojeny i přes jejich poruchu či postižení (Krivošíková, 2011). Ergoterapie se zabývá rozvojem jemné motoriky (například stisk, koordinace pohybu, součinnost obou rukou) (Thorová, 2016).

HANDLE přístup neboli Holistic Approach to Neuro-development and Learning Efficiency zlepšuje funkce nervové soustavy, průběh učení a přispívá ke zjištění neurovývojových poruch. Jestliže se v jednom nebo ve více systémech objevují dysfunkce, má to vliv na funkčnost celé osoby a každou formu učení (Bazalová, 2017). Každý jedinec, jenž využívá HANDLE přístup, dostane program činností, které bude vykonávat denně a které snižují stres (How HANDLE can help with Autism, 2015). Bazalová (2017) doplňuje, že tento program je pro každého individuální a vykonávají se činnosti, které jsou spojeny s pohybem a používají se k tomu jednoduché pomůcky.

Muzikoterapie je terapií, která používá hudbu nebo hudební elementy k tomu, aby bylo docíleno nehudbních cílů (Gerlichová, 2021). Rozděluje se dle počtu klientů, a to na muzikoterapii individuální, párovou a skupinovou (Beníčková, 2011).

Müller et al. (2014) doplňuje další formu muzikoterapie, a to komunitní. Někteří terapeuti tvrdí, že tato metoda pomáhá v komunikaci projevat své emoce (Thorová, 2016). Gerlichová (2021) uvádí, že základními cíli pro muzikoterapii je zlepšení v oblasti komunikace, snížení sociální separace, zvýšení motivace a aktivity k učení, podpora samostatnosti a začlenění do společnosti. Je nutné vědět, že jedinci s autismem jsou hodně citliví v případě vyšších zvuků (Gerlichová, 2021).

Vymětal (2010) vymezuje **psychoterapii** jako určitou psychologickou péči, jež je umožňována osobám, kteří ji potřebují, tzn. osobám ztrácející rovnováhu v životě. Psychoterapie se zaměřuje na psychický život jedince, jeho vystupování a projevy, které nejsou vyhovující, a proto se psychoterapeut snaží tyto potíže spolu s klientem změnit. Hlavními prostředky psychoterapie je **rozhovor**, kterým se psychoterapeut pokouší klienta ovlivňovat, aby v něm vyvolal změnu, dále **psychodrama**, pro kterou je typické přehrávání různých scének, aby klient správně pochopil své potíže, odreagoval se a pochytil jiné chování, poté **psychogymnastika**, jež se používá v případě rozehtání skupiny, jestliže si psychoterapeut chce něco vyjasnit, po skončení zahřátí následuje skupinový rozhovor, a dokonce s ní jde ukončit sezení, dalším prostředkem jsou **relaxační metody**, které mají za cíl dosáhnout uvolnění neboli relaxace a zahrnují autogenní trénink, progresivní svalové uvolnění, meditaci a biologickou zpětnou vazbu, dále je **zaostřování – tělesně zakotvené prožívání**, kde klienti orientují pozornost na proud jejich prožívání ve stavu uvolnění, také **katatymní prožívání obrazů**, kde se klient vleže uvolňuje a pak si musí představit různé obvyklé motivy, další je **práce se sny**, kde využití snů souvisí s analýzou a výkladem snů a posledním prostředkem psychoterapie je **cyberpsychologie**, která má za cíl se pomocí elektronických zdrojů a informačních technologií podílet na prevenci, terapii a rehabilitaci poruch zdraví (Vymětal, 2010).

Tanečně pohybovou terapii lze vymezit jako psychoterapeutické uplatnění pohybu, které podporuje citovou, kognitivní, sociální a tělesnou integraci osoby (Dosedlová, 2012). Jde o spojení tance a psychoterapie (Bazalová, 2014). Tanečně pohybová terapie se tedy opírá o vzájemné působení těla a mysli, přičemž tanec je komunikačním kanálem a změna v pohybu vyvolá změnu v mysli. Cílem této terapie je nalezení nového způsobu života a objevování emocí, které nelze vystihnout slovně (Dosedlová, 2012). Během terapie mají klienti příležitost vybrat si téma, hudbu a prostředí a také mohou

volně improvizovat (Bazalová, 2014). Dále se terapie pokouší eliminovat stereotypy, překážky v chování nebo pohybu (Dosedlová, 2012).

Terapie pomocí zvířete známá také pod pojmy zooterapie či animoterapie má léčebný vliv na fyzické i psychické zdraví osoby prostřednictvím různých zvířat (Bicková et al., 2020). Kroupová et al. (2016) tvrdí, že se tato terapie používá k získání symptomatologické úlevy. Může se však stát, že klienti při setkání se zvířetem reagují váhavě, což může vyústit v nadšení a radost, ale i ve fobii. Během volby terapie je nezbytné klást důraz na individuální vztah jedince ke zvířatům, dále tam zařadit nebezpečí úrazu a eventuálně časové a peněžní zatížení v oblasti péče o zvíře (Thorová, 2016). V této terapii se nejvíce používá canisterapie, což je terapie za pomoci psa, dále pak hipoterapie, kde se využívají koně, potom felinoterapie, ve které terapeuti užívají kočku a ornitoterapie, kde se vykonává terapie prostřednictvím ptactva (Bicková et al., 2020).

1.8 Doplnkové terapie

Alternativní a augmentativní komunikace (dále jen AAK) se snaží dočasně či trvale vyvážit projevy poruchy u jedinců se závažným handicapem mluvy, jazyka a psaní (Co je AAK, 2021). Pojem alternativní znamená náhradní a výraz augmentativní je doplňující (Bazalová, 2017). Kejkličková (2016) dodává, že alternativní komunikace je náhradou mluvené řeči a augmentativní komunikace je spojena s rozšiřováním, zlepšováním, zdůrazněním a utvrzením existujícího. Tato forma terapie se využívá u dětí, které nemluví či u dětí v předškolním období, kde je vývoj mluvy nedostačující (Thorová, 2016). AAK se používá k tomu, aby se vyřešily nedostatky v komunikaci a také se využívá současně se strukturovaným učením (Bazalová, 2017). Do této metody spadají zejména piktogramy, symboly a psaní a přečtení slov (Thorová, 2016). Šporclová (2018) doplňuje, že se nacvičuje znaková řeč, dále se aplikuje komunikace prostřednictvím objektů, fotek, také se pak se využívají technické nástroje, komunikační schémata a knížky.

Děti s PAS nechápou smysl komunikace, jelikož u nich není dobře vyvinutá. Většinou neumí mluvit nebo používají výrazy, u kterých neznají význam. Je proto nutné zvolit vhodnou formu komunikace (Čadilová, Žampachová et al., 2012). Existují různé formy komunikace a těmi jsou mimo té verbální například komunikace motorická, pomocí předmětů, gest a symbolů, dále obrázková, písemná, tištěná apod. (Metody a postupy AAK, 2021). Během výběru vyhovující formy komunikace je třeba dbát na individuální přístup dítěte dle jeho možností a potřeb (Adamus et al., 2017).

Dětem s PAS nejvíce vyhovuje komunikovat v prostředí, ve kterém se cítí jistě a spokojeně a které je zná a chápe jejich potřeby (Čadilová, Žampachová et al., 2012).

Alternativní a augmentativní komunikace využívá britský PECS, celým názvem Picture Exchange Communication System, přičemž v České republice je proslulý jako VOKS neboli Výměnný obrázkový komunikační systém (Thorová, 2016). Čadilová a Žampachová et al. (2012) uvádí, že tento přístup je nejvíce osvědčený a efektivní pro děti s PAS. Účelem tohoto systému je rychlé získání komunikačních schopností (Kejklíčková, 2016). *Tento systém využívá vizualizovaných prostředků jako alternativy slov, k jejichž využití je dítě motivováno* (Čadilová, Žampachová et al., 2012, s. 58).

1.9 Sociální pracovník – terapeut

Dle zákona č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, může být behaviorálním analytikem pouze osoba, která úspěšně dokončí akreditované magisterské studium z psychologie či neučitelské pedagogiky a akreditovaný kvalifikační kurz behaviorální analytik (zákon č. 201/2017 Sb., §21c).

K vystavení certifikátu pro terapeuty O.T.A. je nejdříve potřeba, aby byl uchazeč přijat k výcviku této terapie. Pro přijetí musí mít dosažené vzdělání v oblastech speciální pedagogiky, sociální pedagogiky, psychologie nebo v náležitém zdravotním oboru. Dále je důležité, aby měl alespoň dvouletou praxi s dětmi a dospívajícími s autismem nebo jinou neurovývojovou vadou. Nutností je především splnění 60 hodin teorie, 20 hodin náhledů a 20 hodin činnosti s dítětem pod osobním dozorem O.T.A. terapeuta a 20 hodin supervizí své práce v období minimálně 1,5 roku a na závěr úspěšně složit závěrečnou zkoušku a tím prověřit praktické dovednosti absolventa. Vystavený certifikát je vydán na dobu 5 let, kdy je podmínkou povinnost supervize práce O.T.A. terapeuta pod dozorem metodika O.T.A. přinejmenším 1x za rok (Certifikování terapeutů O.T.A., 2017).

K dosažení certifikátu terapeuta Son-Rise programu by měl uchazeč absolvovat výcvik v Autism Treatment Center of America. Linda Cecavová tímto výcvikem prošla a stala se tak první českou certifikovanou dětskou facilitátorkou Son-Rise programu (Linda Cecavová, 2022). V Autism Treatment Center of America se pořádají různé kurzy pro rodiče. Prvním kurzem je Start-Up, dále pak kurz Maximum Impact, kdy rodiče již Son-Rise program vykonávají a ještě kurz New Frontiers (Autism Treatment Programs & Services, 2022).

Dramaterapeutem se stává osoba, jež dosáhla zdravotnického, společenskovedního nebo umělecky zaměřeného vysokoškolského vzdělání přinejmenším na úrovni bakalářského titulu. Poté musí ještě uchazeč projít výcvikem, jehož obsahem je sebezkušenostní, nácviková a teoretická část, a to minimálně 500 hodin. Dramaterapeut svou praxi vykonává pod stálou odborně kvalifikovanou supervizi a odborné kompetence udržuje a rozvíjí celoživotním vzděláváním (Profesní standardy Asociace dramaterapeutů ČR (ADCR), 2016).

Uchazeč o pozici ergoterapeuta musí mít dosažené nejméně tříleté bakalářské studium a minimálně 1 600 hodin praktického vyučování (Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání ergoterapeut, 2022).

Uchazeč o výkon HANDLE přístupu musí projít minimálně 2 kurzy. Kurz 1. stupně je úvodní, kde uvedou HANDLE přístup a seznámí se s ním. Kurz 2. stupně je základní, kde se zabývají základy HANDLE přístupu. Pokud se chce uchazeč stát certifikovaným terapeutem v HANDLE přístupu, musí absolvovat ještě kurz 3. stupně a to HANDLE Screener (Courses and Events, 2015).

K výkonu muzikoterapie je potřeba, aby měl uchazeč vysokoškolské vzdělání humanitního směru (včetně medicíny) či vyšší odborné vzdělání oborově profilové, tzn. umělecky, sociálně, pedagogicky, zdravotně. Dále pak minimálně 250 hodin uceleného dlouhodobého akreditovaného muzikoterapeutického výcviku nebo tyto hodiny složené z vícero muzikoterapeutických kurzů. Uchazeč musí alespoň 5 let pracovat s klienty a z toho přinejmenším 500 hodin muzikoterapie a také musí splnit 120 hodin supervize (Profesní členství CZMTA, 2022).

Aby se stal sociální pracovník terapeutem musí absolvovat speciální akreditovaný psychoterapeutický výcvik (Presslerová, 2022). Adept na psychoterapeuta by měl být

emočně stabilní, imunní proti psychosociálnímu zatížení a měl by mít pozitivní postoj k lidem, tzn. projevování empatie, tolerance a akceptace druhých (Vymětal, 2010). Psychoterapeutický výcvik se realizuje skupinovou anebo individuální formou, případně kombinací těchto dvou forem. Průběh psychoterapeutického vzdělání se skládá ze čtyř fází. **První fází** je získání teoretických znalostí, kde získá nové vědomosti o modelu psychoterapie. **Druhou fází** je zažití sebezkušnostního procesu, kdy je budoucí psychoterapeut ve výcviku v roli klienta. V této fázi kandidát na psychoterapeuta zažije na vlastní zkušenost, jak se pomoc prakticky provádí a jaký má na jedince vliv. **Třetí fáze** spočívá v nabytí základních psychoterapeutických dovedností, kde si adepti osvojí psychoterapeutické techniky a strategie. Budoucí psychoterapeut se tyto techniky a strategie učí vlastním zkoušením a to např. hraním rolí, řízením výcvikové skupiny místo terapeutů apod. Poslední **čtvrtou fází** je supervize své práce, kdy má kandidát na starost klienty s méně obtížnými problémy a v rámci jejich vedení se pravidelně radí s výcvikovým psychoterapeutem (Vymětal, 2010).

Předpokladem pro vstup do vzdělávání tanečně pohybové terapie je bakalářské či magisterské studium, které má především pedagogické, sociální, zdravotnické, psychologické zaměření nebo umělecké studium resp. taneční. Poté dlouhodobá a intenzivní taneční/pohybová zkušenost. Hranice věku je určena na 23 let a uchazeč musí mít praxi v pomáhající profesi nejméně 320 hodin. Minimálním požadavkem je alespoň 580 hodin výuky, kdy je z toho 350 hodin sebezkušnosti, 200 hodin teorie a 30 hodin kineziologie a anatomie těla v pohybu. Ve výcviku je nutné vykonat 500 hodin praxe a 100 hodin supervize (Standardy Tanter pro vzdělávání a praxi v tanečně pohybové terapii, a pro garanci vzdělávání v tanečně pohybové terapii, 2021).

V zooterapii je nejčastější terapie za pomoci psa, čili canisterapie. Nejdříve musí uchazeč splnit podmínky k základnímu minimu, což je canisasistent. Dále musí mít dlouhodobou praxi a jejich minimální vzdělání je 220 hodin teorie a 40 hodin praxe (Canisterapie, 2022).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaký vliv mají terapie z pohledu rodičů na vývoj dítěte, které má poruchu autistického spektra.

2.2 Výzkumné otázky

Pro splnění bakalářské práce jsou stanoveny následující výzkumné otázky:

VO1: Jaké terapie děti s poruchou autistického spektra využívají?

VO2: Jak často děti s poruchou autistického spektra terapie využívají?

3 Metodika

3.1 *Metody a techniky výzkumu*

V praktické části bakalářské práce byla využita kvalitativní výzkumná strategie, která byla realizována metodou dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru. Hendl (2016) formuluje výzkum jako proces, v němž jsou vytvářeny nové poznatky, které výzkumníkovi zodpoví stanovené výzkumné otázky. Výstupem kvalitativního výzkumu je stanovení nových teorií (Kajanová et al., 2017). Nevýhodou kvalitativní výzkumné strategie je, že probíhá v delším časovém intervalu. Naopak výhodou je dosažení důkladného popisu případů a také to, že se výzkumník může v rámci kvalitativního výzkumu doptávat na otázky, jestliže to bude potřeba (Hendl, 2016). Dle Švaříčka a Šed'ové (2014) je rozhovor nejpoužívanější metodou pro získávání dat v kvalitativním výzkumu.

Pro sběr dat jsem vybrala techniku polostrukturovaného rozhovoru (též interview), jenž je charakteristický tím, že má výzkumník předem připravený soubor otázek, na které se během výzkumu ptá (Švaříček, Šed'ová, 2014). U těchto stanovených otázek je možné měnit pořadí. Na všechny tyto otázky by měl výzkumník získat odpovědi (Miovský, 2006). Tento typ rozhovoru je též nazýván jako rozhovor pomocí návodu či částečně řízený rozhovor (Reichel, 2009). U polostrukturovaného rozhovoru se často objevuje předpis prostředí, ve kterém by se mělo interview odehrávat. Většinou je požadováno klidné prostředí (např. v kavárně, v parku atd.) (Miovský, 2006). Hendl (2016) poukazuje na to, že je důležité, aby se výzkumník zaměřil zejména na začátek, ale i na konec rozhovoru. Na začátku dotazování je nezbytné odstranit všechny rušivé elementy, které by mohly zabraňovat klidnému rozhovoru a také zabezpečit svolení se záznamem. Ukončení rozhovoru je také velmi významnou součástí, jelikož právě na konci si můžeme zajistit ještě hodně podstatných informací (Hendl, 2016).

3.2 *Výzkumný soubor*

Cílový, též výzkumný soubor (popř. populace) je množina objektů, kterých se zkoumání týká, na které se mají jeho výsledky vztáhnout (Reichel, 2009, str. 76).

V rámci výzkumu jsem zvolila metodu sněhové koule (snowball sampling) k výběru výzkumného souboru. Dle Miovského (2006) se metoda sněhové koule vyznačuje tím, že pomocí respondentů, které jsme již získali, se dostáváme k dalším kontaktům, které by

mohly odpovídat kritériím výzkumu. Jde o metodu, která spojuje výběr účelový a prostý náhodný výběr, ale metoda má různé varianty, kde je kombinace spíše záměrného a stratifikovaného nebo jiného výběru (Miovský, 2006).

Při výzkumu jsem získávala data od rodičů dětí s poruchou autistického spektra ve věku od 2 do 18 let. Prvního rodiče jsem získala ze známosti k mé rodině. Další komunikační partnery jsem získala pomocí metody sněhové koule.

3.3 *Způsob zpracování dat*

Výsledky výzkumu byly zpracovány prostřednictvím metody otevřeného kódování. Dle Miovského (2006) je kódování operace, při které jsou zjištěná data analyzována a znovu složena jiným novým způsobem. Švaříček a Šedřová (2014) ve své knize mluví o postupu otevřeného kódování, kde je text rozdělen na jednotky a ke každé z nich je přidělen určitý kód. Textem se značí přepsaný rozhovor, záznam z pozorování či dokument. Jednotkou se rozumí slovo, věta, odstavec. Kódy jsou krátké fráze, které vyjadřují určitý typ (např. typ vyjadřování) a odlišuje ho od ostatních (Švaříček, Šedřová, 2014). Kódovat se dají slova, odstavce či celé texty (Hendl, 2016).

3.4 *Časový harmonogram výzkumu*

Teoretická část bakalářské práce byla zpracovávána od října 2021 do prosince 2021. Měsíc leden 2022 byl věnován dokončení posledních úprav teoretické části bakalářské práce. Samotný výzkum probíhal od února 2022 do května 2022. Od února 2022 do dubna 2022 probíhal sběr dat a poté od května 2022 do června 2022 byly výsledky zpracovávány. V červenci 2022 byla bakalářská práce dokončována. Časový harmonogram je zobrazen níže v tabulce 1.

Nejdříve měla všechna setkání s komunikačními partnery probíhat osobně, ale vzhledem k nemoci pandemie COVID-19 a časové zátěži z obou stran to nebylo možné, proto některé rozhovory byly provedeny telefonní formou přes platformu WhatsApp či Skype. Pouze tři rozhovory proběhly osobně. Každý z rozhovorů trval zhruba 15-35 minut. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány. Nahrávky posloužily k doslovnému přepsání rozhovorů, poté byly zakódovány a zapsány do výsledků této bakalářské práce a následně vymazány z mobilního telefonu.

Tabulka 1: Časový harmonogram výzkumu

Teoretická část	říjen 2021 - leden 2022
Praktická část – sběr dat	únor 2022 – duben 2022
Praktická část – zpracování získaných dat	květen 2022 - červen 2022
Dokončení bakalářské práce	červenec 2022

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

3.5 Omezení a rizika výzkumu

Nejzásadnějším rizikem ze strany výzkumníka bývá ovlivnění výsledků, jelikož zná dané téma anebo má různé předsudky a své názory, a to může zkreslit výsledky výzkumu. Dalším rizikem, ale už ze strany komunikačního partnera, je, že může sdělit nepravdivé informace či něco zatajit. Dalším omezením je časová zátěž a to z obou stran a také pandemie COVID-19, kvůli které výzkumné šetření bylo uskutečňováno především online formou.

3.6 Etika výzkumu

Všichni komunikační partneři byli předem informováni o cíli bakalářské práce. Každý z nich byl ujištěn o naprosté anonymitě a souhlasil s nahráváním na diktafon mobilního telefonu, a proto podepsali informovaný souhlas nebo na nahrávku sdělili, že souhlasí. Vzor informovaného souhlasu je přílohou 2 této bakalářské práce. Před rozhovorem bylo všem umožněno přečtení souboru otázek, které je přílohou 1 této bakalářské práce.

Podle Miovského (2006) by měl výzkumník dodržovat tyto etická pravidla:

- a) důvěryhodnost výzkumníka,
- b) projevování zájmu a porozumění, ale být neutrální,
- c) zajistit si informovaný souhlas,
- d) ochrana soukromí účastníků výzkumu,
- e) zajištění emočního bezpečí účastníků,
- f) zpřístupnění práce účastníkům výzkumu.

4 Výsledky

Tato kapitola se zabývá výsledky, které byly zjištěny v rámci polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor je tvořen z deseti rodin, kde žije dítě s poruchou autistického spektra ve věku od 2 do 18 let.

4.1 Charakteristika komunikačních partnerů a dětí s PAS

Tabulka 2: Základní údaje o komunikačních partnerech

Komunikační partneři	Pohlaví	Věk
KP 1	žena	45
KP 2	žena	43
KP 3	žena	42
KP 4	žena	54
KP 5	žena	54
KP 6	žena	39
KP 7	žena	28
KP 8	žena	33
KP 9	žena	55
KP 10	žena	37

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Tabulka 2 se věnuje identifikaci komunikačních partnerů. Jde o informace o pohlaví a věku komunikačních partnerů. Jak je vidět v tabulce 2, komunikačními partnery jsou pouze ženy a jejich stáří se pohybuje ve věku od 28 do 55 let.

Tabulka 3: Identifikační údaje o dětech s PAS

Dítě komunikačních partnerů	Pohlaví dítěte	Věk dítěte	Věk dítěte při určení diagnózy	Druh PAS
1	muž	8	3	Dětský autismus
2	žena	11	3,5	Atypický autismus
3	muž	12	3,5	Dětský autismus; ADHD
4	muž	15	4	Aspergerův syndrom
5	žena	14	2	Jiná dezintegrační porucha v dětství; kombinované postižení
6	muž	5	3,5	Jiná dezintegrační porucha v dětství; nespecifikovaná mentální retardace; lehká mozková obrna
7	muž	4	3	Dětský autismus; těžká mentální retardace
8	muž	4	2	Dětský autismus; ADHD
9	muž	17	3	Atypický autismus; lehká mentální retardace
10	muž	6	2,5 a 5	Atypický autismus a dětský autismus; těžká mentální retardace

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Tabulka 3 znázorňuje identifikaci dětí s PAS od komunikačních partnerů. Jedná se o pohlaví a stáří dítěte, dále pak věk při diagnostice PAS a typ autismu, které dítě má. Výzkumný soubor byl tedy tvořen z deseti rodin s dětmi s PAS, kdy pouze dva z nich byly ženského pohlaví a zbylých osm byly mužského pohlaví. Stáří dětí se pohybovalo mezi věkem čtvrtým a věkem sedmnáctým. Z tabulky 3 vyplývá, že polovina dětí překročila hranici deseti let věku. Věk při určení diagnózy se pohyboval od dvou do pěti let s tím, že dítě komunikačního partnera 10 mělo ve 2,5 letech diagnostikovaný atypický autismus, ale později, jak KP 10 při rozhovoru sdělil, se diagnóza změnila: „*Přehodnocení diagnózy na dětský autismus dostal v pěti letech.*“ Druh poruchy autistického spektra se v tabulce dělí na skupiny. V pěti případech se jedná o dětský

autismus. Další dvě děti mají diagnostikovaný atypický autismus. Také dvě děti mají jinou dětskou dezintegrační poruchu a jen jedno dítě má Aspergerův syndrom.

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů

Následující tabulka zahrnuje seznam jednotlivých kategorií. Kategorie vznikly z otázek kladených komunikačním partnerům. K těmto kategoriím byly vytvořeny jednotlivé kódy prostřednictvím otevřeného kódování. Kategorie a k nim přiřazené kódy jsou podrobněji popsány níže.

Tabulka 4: Kategorie výsledků rozhovorů

Kategorie
1. Prvotní projevy odlišného chování dítěte s PAS od normy
2. Období zjištění poruchy autistického spektra
3. Prvotní informace o terapiích pro děti s PAS
4. Použití terapií u dětí s PAS
5. Znalost terapií u dětí s PAS
6. Postoj k terapiím
7. Změny po absolvování terapií
8. Frekvence využívání terapií u dětí s PAS
9. Potřebnost využívání terapií u dětí s PAS
10. Pomůcky při práci s dětmi s PAS
11. Nedostatky v oblasti práce s dětmi s PAS
12. Obavy z budoucnosti

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Tabulka 5: Prvotní projevy odlišného chování dítěte s PAS od normy

Kategorie	Kódy
Prvotní projevy odlišného chování dítěte s PAS od normy	<ul style="list-style-type: none">• Uzavřenost• Žádné reakce na podněty• Špatný oční kontakt• Špatná komunikace• Absence hry s běžnými hračkami

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Každý z komunikačních partnerů popsal prvotní projevy odlišného chování u jejich dětí s PAS.

KP 1, KP 3 a KP 9 popsali, že jejich dítě bylo uzavřené do sebe a nereagovalo na podněty. KP 1 nezpozoroval změny v chování, jelikož jeho ostatní děti měly podobný vývoj a doslova uvedl: „*Mně to nepřišlo divné, protože si moje děti všechny hrály samy se sebou a nepotřebovaly okolí. Když tady moji kluci měli kamarády a hráli si s nimi, tak on se na ně koukal, ale nezapojoval se.*“ KP 9 popisoval vlastní svět svého dítěte, které se nezajímalo o okolí a dodal: „*Když třeba někdo vstoupí do místnosti, tak jestli to můžu říct, tak zdravé dítě se otočí a zareaguje a on byl tak zaujatej tím hraním, že se nezajímal o běžnej sociální kontakt.*“ Rodiče dále spatřili jinakost v tom, že jejich dítě neudržovalo oční kontakt.

Všichni komunikační partneři vyjma KP 5 se shodli na odpovědi, že má jejich dítě problémy s komunikací. Dítě KP 5 komunikuje pomocí znakové řeči, které dobře rozumí. Zatímco u dětí KP 1, KP 4, KP 6, KP 8 a KP 10 se řeč nerozvinula vůbec, ostatní děti se naučily říkat slabiky či slova, ale poté nadešel regres a to, co se dítě naučilo, rázem zmizelo. KP 2 k tomu uvedl: „*Ona měla naprosto normální chování, který se rapidně změnilo během týdne, dvou. Normálně říkala slova jako je třeba mama, baba.*“ KP 7 zmínil, že řeč jeho dítěte byla zcela v pořádku do té doby, než prodělal jiné onemocnění a k tomu řekl: „*Syn do toho roka jako mluvil, ale potom ve 13. měsících měl virovou zápal plic a od té doby se to změnilo. On prostě přestal mluvit, jakože už nežvatlal jako dřív.*“ O tom samém mluví ještě KP 3 i KP 9.

Rodiče dále zpozorovali odlišné chování v rámci hraní. Mluví o tom, že si děti s PAS hrají s hračkami jiným stylem. KP 3 doplnil informace k hraní si s hračkami: „*Jeho hra začala být zjevně jiná, neustále jen roztáčel kulaté předměty, nehrál si s hračkami jako*

jiné děti. Občas měl raději předměty než hračky. Zkrátka si s dětskými hračkami hrál nejpodivnějším způsobem.“

Tabulka 6: Období zjištění poruchy autistického spektra

Kategorie	Kódy
Období zjištění poruchy autistického spektra	<ul style="list-style-type: none">• Od narození• 1 rok• 2 – 3 roky

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Komunikační partneři se při své reakci na otázku v této kategorii rozdělili do tří skupin.

KP 4 a KP 10 postřehli, že je něco špatně už od narození. KP 4 popsal, že vývoj jeho druhého dítěte s PAS byl odlišný než vývoj u jeho prvorozeného zdravého dítěte a uvedl: *„No vzhledem k tomu, že jsem měla první dítě zdravý, tak se mi zdál jeho vývoj jinej už od začátku. Kdybych neměla to první dítě zdravý, tak bych na to nepřišla.“*

Dalších šest komunikačních partnerů zpozorovalo odlišnost kolem prvního roku. Na dítěti KP 3 nebylo nic znát do prvního roku a k tomu zmínil: *„Slabikoval, na první narozeniny jedl svůj dort a byl ochotný si u toho zamazat ruce. Všechny tři tyto skutečnosti se krátce poté staly úplnou minulostí a jeho regres nabral velké obrátky. To málo, co uměl, zmizelo.“*

KP 1 a KP 5 si u svých dětí všimli jinakosti mezi druhým a třetím rokem. KP 1 neměl ponětí, že něco není v pořádku, než mu bylo ve školce řečeno, že nefunguje a vypověděl: *„Měl právě 3 roky, šel do školky a tam mě na to upozornili, že nefungoval, ale do té doby mi to nějak nepřišlo. Takže jsme jeli na vyšetření, ale to měl napsané od psychologky, že má opožděný vývoj. Za půl roku jsme jeli na další vyšetření a tam už mu řekli, že je autista.“* Naopak KP 5 již v těhotenství věděl, že jeho dítě bude mít fyzické postižení, ale uvedl, že mentálně by mu nic být nemělo a dodává: *„To je trošku složitější, protože ona jak má kombinovaný postižení, tak jsme věděli už v těhotenství, že zřejmě nebude něco v pořádku, ale říkali, že mentálně by to mělo být dobrý, protože je to fyzická záležitost. Poprvé, kdy jsem si začala myslet, že ten vývoj a vůbec všechno je jiný, tak ta pochybnost už byla kolem 2. roku.“*

Tabulka 7: Prvotní informace o terapiích pro děti s PAS

Kategorie	Kódy
Prvotní informace o terapiích pro děti s PAS	<ul style="list-style-type: none">• Vlastní iniciativa rodiče• Lékaři• NAUTIS – Národní ústav pro autismus, z. ú.• Známi

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

V této kategorii získali čtyři komunikační partneři prvotní informaci o terapiích pro děti s PAS od lékařů. Konkrétně šlo o pediatry, psychiatry a psychology. Avšak v rámci získaných informací pokračovala vlastní iniciativa rodiče či rodičů. Šlo o hledání různých dostupných terapií v místě bydliště hlavně na internetu. KP 9 k tomu dodává: „Absolvovali jsme vyšetření sluchu, protože jsme měli podezření na to, že špatně slyší, jak nereagoval na jméno. Tam nám paní doktorka vznesla myšlenku, jestli náhodou není autistický. Pak jsme tedy kontaktovali APLU, což byla dnešní NAUTIS a dostali diagnózu autismu. Tam jsme získali informace o různých terapiích. Spíš jsem pak hledala různě na internetu a zjišťovala, co by bylo pro syna nejlepší.“

KP 4, KP 5 a KP 8 o terapiích poprvé slyšeli od jejich známých. KP 8 uvedl: „O terapiích jsem poprvé uslyšela od mé kamarádky, která má taky dceru s autismem a využívá různé terapie. Takže jsem dala na její radu a začala se o terapie hodně zajímat, ale začali jsme u té O.T.A. terapie a u ní i zůstali.“

Tabulka 8: Použití terapií u dětí s PAS

Použití terapií u dětí s PAS		
Komunikační partneři	Minulost	Současnost
KP 1	ABA terapie; Muzikoterapie; Senzorická integrace; SU	Nepoužívají
KP 2	Canisterapie; Hipoterapie; Muzikoterapie	Nepoužívají
KP 3	VOKS (AAK); SU; Canisterapie; Hipoterapie; Muzikoterapie	SU; Videotrénink interakcí
KP 4	Arteterapie; VOKS (AAK)	Videotrénink interakcí
KP 5	Canisterapie; Hipoterapie	Videotrénink interakcí; Muzikoterapie; Arteterapie
KP 6	Nepoužívali	Nepoužívají
KP 7	Nepoužívali	Nepoužívají
KP 8	O.T.A. terapie; ABA terapie	O.T.A. terapie; Ergoterapie
KP 9	ABA terapie	Nepoužívají
KP 10	Ergoterapie; Canisterapie; Hipoterapie; Muzikoterapie; Arteterapie; ABA terapie	Prvky ABA terapie

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Tato kategorie je rozdělena do dvou podkategorií, které jsou níže popsány.

Minulost

Tato podkategorie se zabývá tím, jaké terapie komunikační partneři používali u svých dětí s PAS v minulosti.

ABA terapie, neboli Aplikovaná behaviorální analýza je jednou z častějších terapií, které KP u svých dětí aplikovali. Komunikační partner 1 považuje ABA terapii za vhodnou pro jeho dítě, jelikož ho nastartovala a vypověděl k tomu: „*V APLE používají*

ABA terapii. Tam se syn naučil sedět u stolečku a plnit úkoly.“ KP 10 zdůraznil, že kvůli této terapii se on a jeho rodina přestěhovala: *„My jsme se dokonce i přestěhovali o 200 km dál kvůli ABA školce.*“ Naopak KP 2 má tuto terapii nastudovanou, ale nebyl schopný ji aplikovat a dodává: *„Nepoužívali jsme ABA terapii, to jenom, že to znám, že jsem si to nastudovala, ale nějak jsem nebyla schopná to aplikovat do našich podmínek.*“

Muzikoterapie se stala také populární mezi KP. Především ji využívali KP 1, KP 2, KP 3 a KP 10. KP 1 zmínil, že pro ně bylo velmi těžké chodit na terapie z důvodu vládního nařízení v době nemoci COVID-19 a hovořil: *„On chodí do školy v Rolničce a chodil tam na muzikoterapii a teď nevím, jestli furt chodí, protože on je ten, který nenesl roušku, takže na určité terapie ani chodit nemohl, protože to bylo nařízené.*“

Dále byla u KP velmi oblíbená zooterapie, přesněji canisterapie a hipoterapie. Obě tyto terapie aplikovali KP 2, KP 3, KP 5 a KP 10. KP 5 řekl: *„Canisterapii a hipoterapii jsme používali, ale jak to bylo pozastavený kvůli COVID-19, tak teď jsme je nedělali.*“

KP 4 a KP 10 použili v minulosti arteterapii, kdy dítě KP 4 nemělo rádo malování, ale poté se to změnilo a doslovně řekl: *„On předtím vůbec nechtěl malovat, ale pak pochopil, že když nám něco namaluje, tak tím nám řekne, co chce. Když třeba namaloval mě a babičku a namaloval tam šipku, tak to jsme zjistili, že chce jet se mnou k babičce.*“ KP 10 jako jediný zkusil se svým dítětem i ergoterapii.

Pouze jeden KP v minulosti uplatňoval O.T.A terapii, neboli Open Therapy of Autism u svého dítěte. KP 8 hledal terapii, která by pro jeho dítě byla vhodná, jelikož má k autismu ještě ADHD a dodal: *„Hledali jsme určitou cestu a my jsme hodně limitovaný tím, že syn má hodně silný ADHD, takže to jeho soustředění je prostě takový blbý, takže mu musíme uzpůsobit každý druh terapie.*“

VOKS (AAK) je jednou z podpůrných terapií, jež lze využít a KP 3 a KP 4 ji se svými dětmi využívali. KP 4 ji rád u svého dítěte dříve aplikoval, jelikož ho to nastartovalo v komunikaci, ale přestali s tím z důvodu toho, že mu to přestalo stačit a k tomu doplňuje: *„Takže my jsme na něj zkoušeli obrázky, je to systém obrázků VOKS (AAK). To jsme měli hrozně moc kartiček a měli jsme velkou bichli. V tom se dobře chytal, ale ono mu to přestalo stačit a on vyžadoval všechno možný, jako víc a víc.*“

Senzorickou integraci v minulosti používal pouze KP 1 se svým dítětem a doplnil: *„Senzoriku jsme chtěli právě pro něj, protože on je opravdu na ty hmaty a vadí mu různé*

předměty. “ Dále pak KP 1 rád využíval i strukturované učení. Také KP 3 se svým synem od raného věku pracoval dle metod strukturovaného učení. KP 3 hovořil o nastolení pravidel, protože každá změna jeho dítě znejistila.

KP 6 a KP 7 žádné terapie v minulosti neaplikovali u svého dítěte. Odpovědi na otázku, proč žádné terapie v minulosti nevyužívali, se lišily. KP 6 odpověděl takto: *„Protože nejsou anebo nemají kapacitu. Je to všude komplikovaný, přeplněný a nedostupný. Nám třeba v Autis Centru řekli, že na nás možná budou mít čas až v září. Mají prostě přeplněnou kapacitu.“* Naopak KP 7 má možnost využívat terapie ihned, ale z důvodu toho, že nemají auto a terapie jsou od nich dál, není v této chvíli možné nějaké terapie využívat a doslovně doplnil: *„Protože nemám auto a cesta s malým je náročná, ještě jak to mám do města hodinu tam a pak i zpátky. On nevydrží, protože má dokonce od narození hyperaktivitu, takže je to takový složitější.“*

Současnost

Tato podkategorie se zaměřuje na to, jaké terapie komunikační partneři využívají u svých dětí s PAS v současnosti.

Polovina KP v této době terapie nepoužívají. KP 1, KP 2 a KP 9 byla položena otázka, proč terapie již nevyužívají, když je v minulosti používali. KP 1 popisoval, že je to vyčerpávající, jelikož všechno u jeho dítěte trvá dlouho a už nemá sílu začínat znovu, když se něco nepovede a odpověděl: *„Čím je starší, tak tam už chybí jen ta síla, ta energie, protože u nich je to strašně dlouho. Prostě člověk si řekne, že normální dítě se to naučí za týden, za měsíc, ale jemu to trvá roky. Potom už si člověk řekne, že to nechá být. Já jsem se musela naučit, že to nechám být, teď to nezvládne, počkám měsíc nebo dva a pak to musím zkusit znovu. A zase to třeba nezvládne a takhle to člověk musí zkoušet furt, jenomže už je potom člověk zklamanej, tak už potom kolikrát nezačne znovu.“* Naopak KP 2 mluví o finanční a časové náročnosti a přeplněnosti terapií a doslova zmínil: *„Nemáme to k dispozici nebo na to nemáme finance. Ne, že bych o to neměla zájem, ale není to pro nás dostupný. My jako nemůžeme všechno využívat, já nemám nic k dispozici, dcera chodí pouze do školy, kde žádná takováhle nabídka není a jinak nevím o ničem, co bych měla nějak dostupný jak časově, tak cenově.“* KP 9 zase řekl, že terapie již nevyužívají, jelikož už je jeho dítě starší a vypověděl: *„V zásadě odjakživa jsme dělali ABA terapii a teď už je syn přece jenom větší a v momentě, kdy začal chodit do školy, tak už jsme z té takový intenzivní terapie odstoupili a víc jsme se věnovali té škole.“*

KP 6 a KP 7 nežívali terapie jak v minulosti, tak je zatím nežívají ani v současnosti. Tito KP byli dotázáni, zda-li plánují zkusit nějaké terapie v budoucnu. KP 6 na tuto otázku odpověděl, že má slíbenou muzikoterapii a ergoterapii, na které se těší, protože jeho dítě má hudbu rádo a u ergoterapie doufá, že mu pomůže s motorikou: „*Ano. V Autis Centru máme slíbenou muzikoterapii a ergoterapii, tak doufám, že se na ně teda jako dostaneme aspoň v tom září. Tu muzikoterapii bych určitě chtěla vyzkoušet, protože syn je právě hodně na tu muziku a zajímá ho to. Myslím si, že by to pro něj bylo vhodné a zároveň ta ergoterapie je taková jako, že obsahuje víc těch faktorů, které ovlivňuje jak motoriku, tak psychologii. Tak mi to přijde, že to by bylo pro něj jako úplně nejlepší, ale v jakém rozsahu zatím nejsem schopna říct.*“ KP 7 naopak vylíčil, že neví, jaké terapie budou využívat, ale určitě chtějí až si seženou auto, jelikož to mají daleko a doslovně řekl: „*Právě, že bych plánovala, protože si chci požádat o auto kvůli klukovi a že by si přítel dodělal řidičák a že bysme vlastně dojížděli už autem na ty terapie do toho Hradce Králové, že by to mohlo pomoci. Ještě nevím, jaký terapie budeme aplikovat, chci se právě dohodnout s paní z rané péče, ale je to podle toho, jestli nám vyjde to auto nebo ne. Nevíme, jestli teda budeme mít na to auto nárok.*“

KP 3, KP 4 a KP 5 hodně uplatňují videotrénink interakcí na svých dětech. KP 4 popsal, jak ho využívají: „*My jsme teda potom přešli na to, že jsem ho natáčela a pouštěla mu to, protože jsme přišli na to, že když mu to natáčíme a pouštíme, takže on to chápe lépe.*“

KP 3 pokračuje metodou strukturovaného učení, kterou aplikoval již v minulosti.

KP 4 vlastní i psa, který je certifikovaným asistenčním psem pro autisty. KP 5 zkouší využívat psa své známé: „*Ted' využívám moji kamarádku, která má necertifikovaného canisterapeutického psa a pak jsme ji koupili morčata, aby měla nějaký kontakt s tím zvířetem a to ji uklidňuje a jí to stačí jen pozorovat, jak se hýbou a to miluje.*“

KP 5 v přítomnosti aplikuje u svého dítěte muzikoterapii a arteterapii. Tyto terapie její dítě velmi baví a doplňuje k tomu: „*Ještě chodí na arteterapii a to jí hrozně baví a miluje to, protože si nabarví ty ruce a plácá to, nebo tekutý písek atd.*“

KP 8 stále uplatňuje O.T.A. terapii u svého syna tak, jako dříve. Dále ještě používají ergoterapii. KP 1 by rád ergoterapii také využíval, ale z důvodu přeplněnosti nemohou: „*Na ergoterapii jsme nikdy nebyli, protože je to všude obsazené, ale myslím si, že by pro něj byla taky dobrá.*“

KP 10 sice má určitou výhradu k ABA terapii, ale stále její prvky využívá. KP 10 vypověděl: „Dvakrát týdně k nám chodí paní, která využívá ABA prvky.“

Tabulka 9: Znalost terapií u dětí s PAS

Kategorie	Kódy
Znalost terapií u dětí s PAS	<ul style="list-style-type: none"> • ABA terapie • Son-Rise • Zooterapie • Muzikoterapie • Ergoterapie • Arteterapie • O.T.A. terapie • VOKS (AAK) • Senzorická integrace • Strukturované učení • HANDLE přístup • Videotrénink interakcí

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Každý z KP kromě KP 4 odpověděl, že zná ABA terapii, která se uplatňuje u dětí s autismem. KP 5 popisoval, že ABA terapii již sice zná, ale dle něj dříve tolik terapií neexistovalo a uvedl k tomu: „O ABA terapii jsem slyšela, ale jak už je to dlouho, tak dříve tolik terapií nebylo a jak jsem dlouho zjišťovala, jestli má autismus, tak jsem ty terapie nevyužívala moc.“ KP 6 vypověděl, že ABA terapii u něj v okolí nikdo nedělá a dodal: „O ABA terapii vůbec nevím, že by ji tady v regionu někdo dělal a ani nevím, jestli je pro nás úplně teď vhodná.“ KP 9 mluví o tom, že dříve byla ABA terapie časově a finančně náročná a doplňuje: „V té době, když byl syn malej, tak o tý ABA terapii se takzvaně vědělo, ale bylo to moc náročný jak časově, tak finančně a nebyli k tomu příliš pozitivní.“

O Son-Rise programu ví osm komunikačních partnerů z deseti. KP 10 rád sleduje novinky o terapiích a k Son-Rise programu uvedl: „Co tak sleduju, tak se ten Son-Rise za ta léta taky změnil a trochu se přiblížil tý ABA terapii.“

Zooterapie je známá v rodinách sedmi komunikačních partnerů. KP 2, KP 3, KP 5 a KP 10 uvedli, že znají canisterapii, což je terapie za pomoci psa a hipoterapii, která využívá koně k terapii. KP 4 vypověděl, že má doma pro svého syna asistenčního

psa. KP 6 má povědomí o hipoterapii. KP 9 ještě doplnil, že zná felinoterapii, která využívá kočku jako terapeutický prostředek.

Muzikoterapii zná sedm rodičů a KP 6 by ji rád začal aplikovat a zmínil k tomu: *„My bysme ji měli začít využívat, protože ji máme slíbenou od Autis Centra.“*

Polovina KP jsou obeznámeni s ergoterapií, kterou by chtěl aplikovat KP 1, ale nikdo mu nedal žádné doporučení a doplňuje: *„On funguje poměrně normálně, co se týče pohybu, tak nás na tu ergoterapii nikdy nikdo neposlal. Pokud nemá problémy třeba fyzické, tak nedostane doporučení.“*

S arteterapií se setkali tři rodiny a další dvě ji znají. KP 4 uvedl, že arteterapie byla pro jeho dítě vhodná, protože se naučilo namalovat to, co právě chce, a vypověděl k tomu: *„Ta arteterapie nás nastartovala v tom, že teda byl ochotnej aspoň vzít tužku do ruky a namalovat nějakým způsobem, abychom aspoň věděli, kde byl a co chtěl.“*

Na O.T.A. terapii narazil a využíval ji pouze jeden KP, ale znají ji ještě další dvě rodiny. KP 7 si myslí, že O.T.A. terapii nezná moc rodin a odpověděl k tomu: *„Slyšela jsem pak taky o O.T.A. terapii, která není podle mě tak známá, ale četla jsem o ní, protože jsem v té skupince na Facebooku a tam se baví o různých věcech přímo k autismu a taky tam řešili ty terapie.“*

KP také znají VOKS (AAK) při práci s dítětem s PAS. KP 4 v minulosti u svého dítěte tento systém využíval, ale v současnosti již neuplatňují. KP 5 je toho názoru, že VOKS (AAK) u jeho dítěte nezafungoval a uvedl k tomu: *„Co u ní absolutně nefunguje tak jsou kartičky neboli VOKS (AAK).“*

O sensorické integraci slyšeli pouze KP 1 a KP 10 s tím, že KP 1 ji u svého dítěte využíval a KP 10 s ní nemá žádnou zkušenost.

KP 3 zná a uplatňuje v současnosti principy strukturovaného učení, zatímco KP 1 v minulosti také rád využíval tuto metodu.

HANDLE přístup znají pouze dva komunikační partneři, ale nikdy ho nevyužili. Například KP 8 ví, že by mu tento přístup nevyhovoval.

Videotrénink interakcí je známý u třech rodin, které ho aplikují u svých dětí. Například KP 5 řekl, že přes videotrénink interakcí vidí její emoce a řekl:

„Třeba videotrénink se mi hodně osvědčil, když se něčeho bojí nebo naopak když se jí něco líbí, tak my s ní můžeme komunikovat.“

Tabulka 10: Postoj k terapiím

Postoj k terapiím		
Komunikační partneři	Účinné	Nevhodné
KP 1	Senzorická integrace	Žádné
KP 2	Muzikoterapie; Canisterapie; Hipoterapie	Žádné
KP 3	Videotrénink interakcí; SU	Žádné
KP 4	Videotrénink interakcí	Žádné
KP 5	Canisterapie; Hipoterapie; Videotrénink interakcí; Muzikoterapie; Arteterapie	VOKS (AAK)
KP 6	Nepoužívají	Nepoužívají
KP 7	Nepoužívají	Nepoužívají
KP 8	O.T.A. terapie; ABA terapie	HANDLE
KP 9	ABA terapie	Son-Rise
KP 10	Žádné	ABA terapie

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Tabulka 10 obsahuje kategorii tvořící dvě podkategorie, které jsou následně objasněny. K této kategorii je nutno podotknout, že účinnost a nevhodnost terapií je pouze subjektivním vnímáním rodičů.

Účinné terapie

Tato podkategorie se zabývá účinností terapií z pohledu rodičů.

V podkategorii, která je zaměřená na účinnost terapií, se KP tolik neshodovali. Tři komunikační partneři brali za nejúčinnější videotrénink interakcí. KP 4 natáčí videa s činnostmi, kterou chce, aby udělalo jeho dítě, a doplňuje: „*To se budu zase opakovat,*

tam je strašně moc vizualizace. Takže když jsem chtěla, aby složil kostky stejně jako já podle barev, tak jsem mu to natočila a pustila a on přesně podle toho videa to udělal.“

KP 2 a KP 5 se shodli na tom, že muzikoterapie, canisterapie a hipoterapie je pro jejich dítě nejvhodnější. Dítě KP 5 má rádo zvířata, která ho uklidňují a otevřeně zmínil: *„Já mám pocit, že z těchletěch, co jsem vyjmenovala, tak jsou pro ní všechny důležité, ale ona má hodně ráda zvířata, takže chceme, aby s nima byla v kontaktu, protože ji to hodně zklidní a to se jich ani nemusí dotýkat. Někdy je jenom pozoruje.“* KP 5 dále popisuje, že má její dcera v lásce arteterapii, kterou aplikují pouze ve škole, jelikož doma nespolupracuje. *„Ve škole spolupracuje, ale když po ní něco chci já doma, tak to nefunguje. Doma je nesoustředěná, nevydrží u ničeho, nemaluje si a nebaví ji to.“* odpověděla KP 5.

KP 8 a KP 9 popisují ABA terapii jako nejvíce účinnou. KP 8 mluví o tom, že ABA terapie je dle jeho názoru nejefektivnější, ale zároveň je pro jeho dítě nejlepší O.T.A. terapie. *„Záleží na tom, co tou účinností myslíme. Já si myslím, že když chceme dostat to dítě co nejvíc do normality, tak je ABA terapie za mě nejefektivnější, ale myslím si, že ty jiné druhy terapií jsou extrémně jako citlivý k tomu dítěti. Tu naši tu O.T.A. terapii považuju za takovej jako kompromis mezi těmito variantama, mezi tou účinností a zároveň jako tím respektem k tomu dítěti.“* posuzuje KP 8. KP 9 praktikoval pouze ABA terapii u svého syna již od doby zjištění autismu, jelikož u ABA terapie viděl výsledky v zahraničí a měli možnost mít konzultanta ze zahraničí a k tomuto řekl: *„Ta ABA terapie má výsledky jak v zahraničí, tak se začíná i tady u nás praktikovat. My jsme měli vlastně konzultanta z Anglie a komunikovali jsme s ním a ten nám supervizoval tu výuku a ten program, takže jsme vlastně dostávali nějaký úkoly na měsíce a podle toho jsme tu výuku přizpůsobovali a vidíme výsledky.“*

KP 6 a KP 7 nemohou posoudit, které terapie by z jejich pohledu byly nejúčinnější, protože žádné terapie prozatím nepoužívali. KP 10 si nemyslí, že by nějaká terapie měla efekt a hovoří jen o tom, že je nejdůležitější na to dítě netlačit a naučit více věcí v jednom období.

KP 1 si pochvaluje senzoryckou integraci z toho důvodu, že jeho dítě má rádo hmaty a dodává: *„On má hodně rád to masírování, ale někdy se stane, že se nechce dotýkat, tak mu dám deku na ruce a přes ní na něj sahám.“*

KP 3 za naprosto zásadní považuje strukturované učení, ale VOKS (AAK) byl pro ně také základem v začátcích. KP 3 hovoří k VOKS (AAK): „*Úplně v počátcích nám pomohl VOKS, který nám významně pomohl s ním navázat vůbec kontakt.*“

Nevhodné terapie

Čtyři KP popsali, že neshledali žádnou terapii jako nevhodnou pro své dítě. KP 4 k tomuto tématu zdůraznil, že nejsou nevhodné terapie, ale nevhodný je přístup lidí a řekl: „*Tam si myslím, že ne, že by byly nevhodné ty terapie, ale že je tam nevhodný přístup. Když si takovýhle dítě přebírám, tak musím zjistit všechny věci od toho, jak komunikuje, co s ním mám dělat a ne že si ho vezmu, dejte mi peníze a přijďte si za hodinu.*“

KP 5 přišel nevhodný VOKS (AAK), protože se jeho dítě na ty kartičky nesoustředilo a ničilo je. „*Ona ty kartičky muchlala nebo je žvýkala a pro ní to nic neznamenal.*“ uvedl KP 5.

KP 6 a KP 7 znovu nemohou odhadnout, které terapie by dle jejich názoru byly nevhodné pro jejich dítě, jelikož je neaplikují.

KP 8 popsal, že ABA terapie mu přijde nátlaková na dítě, ale zároveň jako účinná. Dále zdůraznil, že mu HANDLE přístup nesedí a dodal k tomu: „*Co se týče HANDLE přístupu, tak mi přijde, že se tomu dítěti jako moc ustupuje a že to určitě někomu sedne víc. Někdo je prostě takovej jako hodně respektující, ale já jsem taková, že to tak nemám. Život se s ním taky mazlit nebude a že ho musíme co nejdříve připravit na ten život. Nebudeme tady napořád.*“

KP 9 se svým synem nemohl zkusit nevhodnou terapii, ale určitou výtku má k Son-Rise programu, kde se mu nelíbí, že se musí zavřít s dítětem na měsíc do jedné místnosti a doslovně popsal: „*Son-Rise mi v něčem nevyhovuje a to v tom, že Vám řeknou, ať se na měsíc zavřete s dítětem do místnosti a hrajte si s ním tak, jak on chce a to mi nepřijde dobrý.*“

KP 10 hodnotí ABA terapii za pochybnou a vysvětluje to: „*Syn chodil do ABA školky, ale nedělal tam pokroky a začala jsem mít k ABA zásadní výhradu, proto z ABA už využívám jen nějaké prvky. Do té školky už nechodí.*“

Tabulka 11: Změny po absolvování terapií

Kategorie	Kódy
Změny po absolvování terapií	<ul style="list-style-type: none">• Komunikace• Hra• Sebeobsluha• Nápodoba• Otevřenost• Projevy emocí• Uklidnění• Porozumění• Žádné

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Nejvíce komunikačních partnerů uvedlo, že jim terapie u svých dětí dopomohly k tomu, že se mezi sebou nějakým způsobem dokážou domluvit. Děti KP 1 a KP 9 do dnešní doby skoro nemluví, jelikož dítě KP 9 má postižení v oblasti řeči. KP 1 se snaží se svým dítětem komunikovat skrz VOKS (AAK) a k tomu řekl: „*Najeli jsme na VOKS (AAK), na ty kartičky, aby se alespoň nějak domluvil. Chceme, aby složil větu.*“ Naopak děti KP 4 a KP 8 začali mluvit. KP 4 zdůraznil, že jeho syn dříve vůbec nemluvil a začal díky terapiím, znakování a logopedovi mluvit v osmi letech a třech měsících. KP 8 odpověděl podobně s tím, že jeho syn jednoduché věty teprve začíná říkat: „*Začal mluvit, což předtím vůbec nemluvil v těch 2 letech, ani jako slabikování ani nic takového. Mluví jako ve slovních spojeních už určitě a jednoduché věty už začíná.*“

Nápodoba se po absolvování terapií vyskytla u KP 4, který to aplikuje přes svého asistenčního psa a popsal postup: „*A další věc je přes toho psa. To je tak, když nemluvíte na to dítě, ale mluvíte na toho psa. Ti autisti se často rozčilují, takže když mu chci něco sdělit a nebude mu to příjemný a vím, že ho to rozhodí, tak to řeknu feně. Nebo čištění zubů, já to udělám feně a pak to udělá on sobě.*“

KP 5 u své dcery vidí změnu ve zklidnění, protože se neustále pohybuje a uvedla: „*Ona je pořád v pohybu a nezastaví se.*“ Kontakt se zvířetem ji zklidní, a proto KP 5 u své dcery ráda využívá zooterapii.

Další změnou je porozumění, které vidí KP 8 u svého dítěte a uvedl: „*On rozumí do určité míry téměř všechno, byť to teda neodpovídá jeho jako věku, ale rozumí.*“

KP 3 vidí mnoho změn u svého dítěte a popsal je: „*Bez terapií by syn stoprocentně neměl verbální dovednosti a porozumění a vůbec schopnost funkční komunikace. A skrz komunikaci se pak mohl učit mnohé další. Díky tomu všemu se posunula i hra, sebeobsluha, nápodoba. Otevřela se mu cesta většího vnímání světa kolem, lidí a vůbec se tím jaksi otevřel, zatímco předtím byl prostě symptomaticky uzavřený, jako by byl za sklem. Mnohem více projevuje a rozlišuje emoce.*“

Pouze KP 10 žádnou změnu u svého dítěte nevnímá a doplňuje: „*Z dlouhodobého hlediska žádnou změnu nevidím.*“

Tabulka 12: Frekvence využívání terapií u dětí s PAS

Kategorie	Kódy
Frekvence využívání terapií u dětí s PAS	<ul style="list-style-type: none"> • Nijak • Denně • 2x týdně • 2x měsíčně

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Frekvence využívání terapií v rodinách se liší dle stáří jejich dítěte, dle místní dostupnosti a dle přeplněnosti terapií.

KP 1, KP 2 a KP 9 se jednohlasně shodli na tom, že žádné terapie neaplikují z důvodu již vyššího věku jejich dítěte. Čím jsou děti s PAS starší, tím méně se terapie využívají. KP 1 má osmiletého syna a terapie v současné době již nevyužívá a doplňuje k tomu: „*Vlastně už je větší a už pro tyhle větší děti nic není. Všechno je jenom pro ty malé, a to kolem těch 2 až 3 let, možná tak do 4 let. Jakmile už je větší, tak už se to prostě nechává na rodičích, a to je škoda, protože on začíná reagovat později. Ted' by pro něj byla ideální školka, protože ted' teprve začíná vnímat to okolí, do té doby on byl furt uzavřenej a cpát do něj něco, co nechce, je zbytečné.*“

Zatímco KP 6 dosud nepoužívá terapie, jelikož mají plnou kapacitu, tak komunikačnímu partnerovi 7 nabízeli nějaké terapie, ale z důvodu místní dostupnosti je také zatím nevyužívají, protože nemají auto.

Čtyři KP užívají různé terapie denně. Například KP 3, KP 4 a KP 5 využívají denně videotrénink interakcí se svým dítětem. KP 4 k tomuto doplňuje informaci, že od institucí žádné terapie nevyužívá, ale aplikuje je spíše doma a řekl: „*Od těch institucí žádné nevyužívám, protože jsou zaprvé drahé a pro mě nedostupné. Byli jsme na terapii od APLY a pak jsem zjistila, že na to, abych tam jela autem a zaplatila já nevím 500 Kč za hodinu a zase hodinu zpátky a ještě ho vyndala ze školy, protože oni to v jiných hodinách nedělali, takže jsem zjistila, že na to nemám.*“ KP 3 k tomuto uplatňuje strukturované učení a dítě KP 5 dále používá muzikoterapii a arteterapii ve škole. KP 8 se snaží doma dělat každý den O.T.A. terapii a dodává: „*Ona ta terapie jako O.T.A. jede na tom principu, že ti terapeuti učí ty rodiče nebo tu pečující osobu, která je s tím dítětem nejvíc, jak k němu má přistupovat. Takže my jsme vlastně těmi terapeuty, takže my ji využíváme v každodenním životě pořád.*“

KP 8 dále využívá nabídky ergoterapie, kam jeho dítě dochází dvakrát měsíčně.

Asistentku, která pracuje s prvky ABA terapie, využívá KP 10 a to dvakrát v týdnu.

Tabulka 13: Potřebnost využívání terapií u dětí s PAS

Kategorie	Kódy
Potřebnost využívání terapií u dětí s PAS	<ul style="list-style-type: none"> • Denně • 1x měsíčně • 3x týdně • 1x týdně

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Touto kategorií jsem navázala na tu předchozí a zeptala se, jak často podle KP terapie jejich dítě s PAS potřebuje. Dle názoru jednotlivých komunikačních partnerů se více jak polovina shodla na tom, že by jejich dítě potřebovalo terapie každý den. Z toho KP 1 popisoval, že by pro ně bylo nejlepší, aby měli více terapií v jeden den a dodal: „*Terapie by potřeboval co nejčastěji. Třeba i více terapií v jeden den.*“ KP 5 hovořil spíše o tom, aby mohli uplatňovat každý den jinou terapii, ale chápe, že to podle něj není možné, a tak by rád měl alespoň terapii jednou měsíčně a doplňuje: „*Pro mě by bylo dobrý, kdyby každý den měla nějakou tu terapii, ale to je nereálný. Ted' po tom COVIDU-19 chci, aby jednou do měsíce aspoň na jednu terapii chodila. Třeba jednou do měsíce*

muzikoterapie, jednou do měsíce canisterapie. Doma nechce spolupracovat a chce mít svůj klid.“

KP 6 si myslí, že by jeho syn potřeboval alespoň tři druhy terapií v jednom týdnu a řekl k tomu: *„Myslím si, že by vůbec nebylo od věci dělat aspoň jednou týdně každou z nich, tzn. třeba 3 terapie týdně, aby to mělo nějaký efekt.“*

Dvě rodiny se domnívají, že by pro ně bylo nejlepší využívat terapie jedenkrát týdně. KP 8 se rozmluvil o tom, že by pro ně bylo nejvýhodnější mít jednu terapii alespoň jedenkrát týdně, protože dle jeho názoru je nemožné vodit každý den dítě na terapii a myslí si, že by se terapie měly vykonávat doma: *„Pro nás by bylo nejlepší, aby chodil aspoň na tu ergoterapii jedenkrát týdně, protože dvakrát do měsíce mi to přijde nedostačující. Zase si jako nedovedu představit, že bych vodila dítě třeba každý den někam na terapii a do toho mám ještě jako jedno dítě a mám ještě jako práci, byť teda mám zkrácený úvazek, ale už tohle je jako moc. Podle mě je nejlepší způsob naučit ty lidi dělat ty terapie doma, protože nikdo nezná to dítě líp než ten rodič a nikdo mu nemůže věnovat víc času. Pro nás určitě to byla nejlepší cesta to, že to musíme dělat doma. Je to sice jako náročný, ale naučit to ty pečující osoby je za mě ideální.“*

Tabulka 14: Pomůcky při práci s dětmi s PAS

Kategorie	Kódy
Pomůcky při práci s dětmi s PAS	<ul style="list-style-type: none">• Komunikační kartičky• Elektronika• Senzorické pomůcky• Vizuální pomůcky

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Všichni KP při práci se svým dítětem používají hlavně komunikační kartičky, díky kterým se se svými dětmi snadněji dorozumí. *„Jedeme na ty kartičky, protože nemluví a za celé čtyři roky se mi u něj nepodařilo rozjet ani znakování. Snažíme se, aby uměl složit větnej proužek.“* dodal KP 10. Naopak KP 8 využívá tyto kartičky jiným způsobem tak, že mají kartičky na cestu, kudy chtějí jít a když šlo jejich dítě správně dle kartiček, tak dostalo odměnu a tento postup detailněji popsal: *„Měli jsme to, když jsme trénovali cestu, protože on odmítal chodit tam, kam mu říkáme*

a hrozně chtěl chodit tam, kam chce on. Takže jsme měli jedno období, kdy jsme chodili každý den stejnou cestu, kdy jsem jako věděla, že on tudy nechce jít a na těch kartičkách jsme měli vyfoceny místa kudy půjdeme a vždycky na tom místě s tou kartičkou dostal odměnu, ale bylo to tak, že on každý den ležel na chodníku a odmítal jako jít dál v určitým místě. Ale překonali jsme to tím, že jsme tam chodili každý den a měl to spojený s tím, že když to zvládne, tak dostane jako tu odměnu.“

Dále je také hodně populární elektronika, do které KP zahrnuli tablet, počítač a mobil. KP 6 se svěřil, že jeho dítě kartičky moc nezajímaly, ale rádo používá elektroniku a dále k tomu uvedl: *„Máme různé kartičky, ale ono ho to moc nezajímá. On je bohužel takovej dost závislej na elektronice. Já to jako chápu, protože on se elektroniku naučil ovládat a ta ho poslouchá, zatímco kostky mu padaj a lego neumí složit, protože má tu jednu ruku chromou.“*

KP 1 považuje za velmi užitečné sensorické pomůcky, o kterých se dozvěděli, když docházeli na sensorickou integraci. *„Ze sensoriky mám to kartáčkování a masírování, a to má rád.“* odpověděl KP 1.

KP 3 se při práci se svým synem věnuje vizuálním pomůckám, které zahrnují pracovní listy, procesní schémata a piktogramy.

Tabulka 15: Nedostatky v oblasti práce s dětmi s PAS

Kategorie	Kódy
Nedostatky v oblasti práce s dětmi s PAS	<ul style="list-style-type: none"> • Vzdělanost • Nedostatečná kapacita • Nedostatek lidí pro výkon terapií • Informovanost • Místní dostupnost • Finanční náročnost

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Většina KP vnímá největší nedostatky u pracovníků, kteří nejsou dostatečně vzdělaní. Dle KP to jsou nejčastěji instituce, dále pak školství a zdravotnictví. KP 4 popsal, že lidi, kteří se věnují dětem s PAS často nevědí, jak se k těmto dětem chovat a dodal: *„Když pomínu to, že přijdu na nějakou terapii a v podstatě se vás nikdo nezeptá a hned*

s ním jde fungovat, tak musím říct, že instituce, od kterých byste očekávala, že bude vědět, o co jde, tak to je prostě mizérie. Třeba v Rolničce, teď už jsou na tom lepší po těch letech, mají tam víc autistů, ale oni vlastně nevěděli. Personál nevěděl a dopouštěl se strašně moc chyb. Přijdete na školu a personál není ochotný přijmout tu diagnózu a nejsou schopní pochopit, jak s tím autistou mají fungovat.“ KP 6 dodává, že ani lékaři nejsou dostatečně informováni o tom, jak se k dětem s touto poruchou chovat a řekl: „Velkej nedostatek vnímám ve zdravotnictví, protože jsme často po různých lékařích. Třeba na dětském oddělení, že ty sestry vlastně vůbec netuší, jak se s takovým člověkem má ideálně jednat a jsou schopný ho dostat do velkého záchvatu jen proto, že si něco prosazují a nechápou, jak se na ně musí, protože se s tím prostě nesetkávají.“

Další značnou nevýhodou pro KP je nedostatečná kapacita míst na jednotlivých terapiích či v organizacích nebo přímo nedostatek osob, které by terapie vykonávaly. KP 1 vidí nedostatek v tom, že je málo jedinců vykonávajících terapie pro děti s autismem a zdůraznil: „Je strašně málo terapeutů, kteří by to vykonávali. Ty kapacity jsou přeplněný a aby ta terapie fungovala, tak se tam musí jezdit každý den.“

KP 3, KP 9 a KP 10 se zmínili o mezerách v informovanosti společnosti o problematice PAS. Podle těchto KP nejsou lidé dostatečně informováni o autismu. „Společností bohužel stále proudí spousta mylných informací, mýtů a nepravdivých obrazů o dětech na spektru.“ odpověděl KP 3.

Tři komunikační partneři popsali, že jsou terapie a instituce od nich příliš daleko. KP 6 vypověděl, že terapie nejsou v blízkosti jejich bydliště a dojíždění je pro ně namáhavé a řekl: „Do těch center se dojíždí docela daleko. My to máme 35 km tam a pak i zpátky. Takže to je nedostatek velikej, si myslím.“

Rodiče dále popsali, že práce s dětmi s PAS je finančně náročná. KP 8 doplnil informace ohledně financí: „Vidím nedostatek v tom, že děti s autismem mají placeného psychiatra a logopeda a jinak nemají placenýho nic jinýho ze zdravotního pojištění. Ergoterapie se platí a všechny druhy terapií taky. Neslyšela jsem, že nějaký druhy terapie by platila zdravotní pojišťovna. Vlastně jediný, co mají možnost získat ty rodiny, je příspěvek na péči a to zase jako u dětí s autismem není jako tak jednoduchý, protože spousta posudkových lékařů s tím neumí pracovat.“ KP 9 si myslí, že nevidí velké změny oproti tomu, kolik terapie stojí peněz a dodal k tomu: „Ten efekt není takovej na to, kolik peněz to stojí.“

Tabulka 16: Obavy z budoucnosti

Kategorie	Kódy
Obavy z budoucnosti	<ul style="list-style-type: none">• Co bude s dítětem, až tu rodiče nebudou• Dítě zůstane rodičům doma• Šikana• Vyčerpání• Zhoršení stavu• Puberta• Komunikace

Zdroj: Vlastní výzkum, 2022

Má poslední otázka směřovala k tomu, jaké mají KP obavy z budoucnosti. Většina rodičů se shodla, že největší obavou pro ně je: „Co bude s dítětem, až my tu nebudeme.“ Například KP 1 vypověděl: „*Co s ním bude až tady nebudu, jako každá máma. Protože vím, že se o sebe nedokáže sám postarat a nikdy to nedokáže a s tím se člověk musí smířit a vědět to.*“ KP 3 tvrdí, že služby pro autistické jedince jsou značně nedostupné a odpověděl: „*Co bude, až my tu pro něj nebudeme? Kvalitní asistenční péče, chráněné bydlení a podobné služby jsou natolik nedostatkové, že nás jako rodiče doslova jímá hrůza, když na to pomyslíme.*“ KP 6 má strach z toho, že až tu nebude, tak i přesto, že je jeho dítě šikovné a inteligentní, tak podle něj může být dán do ústavu a řekl: „*Nejvíc se děším samozřejmě asi toho, co bude až my tady nebudeme, protože jestli on se trochu nezapojí do toho života, tak to bude fakt katastrofa. Bude odkázanej na nějaký ústav i přes to, že je třeba velice inteligentní a šikovnej, tak prostě bude někde na práškách v ústavu a to je hrozná představa.*“

KP 3 a KP 5 se shodli na tom, že mají strach, aby jejich dítěti někdo neublížoval. Například KP 3 uvedl, že šikana u dětí s autismem také může nastat: „*Navíc společnost stále ještě příliš nerozumí tomu, co autismus znamená, mnozí mají předsudky, a tak mám i strach z toho, na koho kdy syn ve školách či jinde narazí. Šikana nebývá výjimkou.*“

KP 4 má obavy z vyčerpání a vypověděl k tomu: „*Z toho, že stárnu, že jsem čím dál víc unavená, že je to strašně vyčerpávající a že vlastně nikoho nemám.*“

Zhoršení stavu dítěte může být další obavou v budoucnu a právě tu má KP 5, který se rozpovídal, že jeho dcera má strach z lékařů a řekl: „*Aby se ji taky její stav nějakým*

způsobem nezhoršil, abychom nemuseli do nemocnice a k lékařům, protože ona má panickou hrůzu z lékařů. Nenechá se ošetřit, absolutně nespolupracuje.“

KP 2 má strach z toho, že jí dcera zůstane doma po celý život a myslí na to, jak je péče o jeho dítě vyčerpávající a k tomuto tématu vypověděl: *„Dcera dokončí školu a zůstane mi doma. Nevím, co budu dělat potom. Mám strach až skončí devítku, tak jestli ji tam nechají ty 2 roky a pak nebude nic, tak jsme doma asi navěky. Rodičům docházejí síly, takže nevím, co budeme dělat až nám dojdou.“*

KP 6 se bojí puberty u svého dítěte, jelikož osoby s PAS mají velkou sílu. *„Další obava je z toho, co přijde třeba s nástupem puberty nebo s nějakou změnou v dospívání a hormony, protože je to přece jenom kus chlapa a jestli bude po tatínkovi, tak bude mít 190 cm a 150 kg a já ho samozřejmě už nepřeperu. Už teď má velikost školáčka z druhý třídy a to mu je čerstvě 5 let. Je fyzicky zdatnej a trošku se bojím toho, že mě jednou přepere.“* řekl KP 6.

KP 7 dodává, že má strach z toho, že jeho dítě nikdy nebude mluvit.

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá problematikou terapií využívaných u dětí s poruchou autistického spektra. V rámci výzkumu byla vybrána kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování s technikou polostrukturovaného rozhovoru. Z důvodu nemoci COVID-19 a časové vytíženosti z obou stran probíhala většina setkání skrze platformy WhatsApp či Skype, pouze tři rozhovory byly realizovány osobně. Výzkumný soubor byl tvořen z deseti komunikačních partnerů, kteří mají dítě s autismem. Pro výběr komunikačních partnerů byla zvolena metoda sněhové koule. Během zpracování praktické části bakalářské práce vzniklo dvanáct kategorií, které byly zpracovány pomocí otevřeného kódování.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv mají terapie z pohledu rodičů na vývoj dítěte, které má poruchu autistického spektra. Pro výzkum byly stanoveny dvě výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké terapie děti s poruchou autistického spektra využívají?

Z rozhovorů vyplynulo několik využívaných terapií u dětí s poruchou autistického spektra. Jedná se o ABA terapii, muzikoterapii, senzorickou integraci, strukturované učení, zooterapii, VOKS (AAK), arteterapii, O.T.A. terapii, ergoterapii a videotrénink interakcí.

ABA terapie je dle Čadilové a Žampachové et al. (2012) metoda, jež dokáže naučit jedince s PAS novým dovednostem, což můj komunikační partner v rozhovoru potvrdil. Johnson (2020) tvrdí, že se ABA terapie zaměřuje na zlepšování společenského chování. S tímto tvrzením se jeden komunikační partner neshodl, jelikož uplatněním této terapie u svého dítěte neviděl žádné pokroky. ABA terapie je vysoce náročná z hlediska financí (Šporclová, 2018).

Z odpovědí ve výzkumu vyplývá, že muzikoterapie a arteterapie působí kladně na děti s autismem. Gerlichová (2021) s tímto výsledkem souhlasí, jelikož ve své knize definuje muzikoterapii, která je náhradním způsobem komunikace pro lidi s autismem a měla by tedy vylepšovat komunikaci, snižovat jejich sociální izolaci, posilovat motivaci, podporovat je v samostatnosti a zapojovat je do společnosti. Dále s tím souhlasí i Müller et al. (2014), který hovoří o arteterapii jako o výtvarném vyjádření klientových

pocitů a nálad a díky tomu může terapeut jedince poznat, porozumět mu a pomoci mu při řešení jeho problémů (Müller et al., 2014).

Dále jeden KP uvedl jako další možnost metody pro děti s autismem senzoricou integraci, díky které se dokáže jeho dítě uklidnit a oddechnout si.

Strukturované učení je jednou z dalších intervencí pro děti s PAS, které KP zmínili. Dle Čadilové a Žampachové et al. (2012) je jedním z principů strukturovaného učení strukturalizace, která představuje stálost a důvěru v provozování jejich každodenních pravidelných činností, s čímž se odpověď KP shoduje.

Bez zooterapie by se neobešlo více KP, především se jedná o canisterapii a hipoterapii. Dle Kroupové et al. (2016) slouží zooterapie k dosažení úlevy. Thorová (2016) také tvrdí, že během shledání se zvířaty může dojít k nadšení a radosti. S těmito tvrzeními výsledky výzkumu souhlasí.

Komunikační partneři rádi využívají i terapii VOKS (AAK). Díky ní mohou jedinci s PAS lépe komunikovat s ostatními. S tímto výrokem souhlasí Čadilová a Žampachová et al. (2012), která tvrdí, že je tato metoda nejvíce účinná a osvědčená pro děti s autismem.

Další zmíněnou metodou v rozhovoru s jedním KP je O.T.A. terapie, která je ale jednou z nejméně používaných metod, jelikož není mezi populací tolik rozšířená. Terapie O.T.A. dává přednost vztahu terapeut - dítě, rodič - dítě (Open Therapy of Autism, 2017). S tímto výrokem se shoduje odpověď jednoho KP.

Komunikační partneři se také pozastavili nad ergoterapií. Někteří KP by na tuto terapii chtěli docházet, ale z důvodu plné kapacity nemohou, proto není tolik využívána. Dále v současné době KP rádi aplikují u svého dítěte videotrénink interakcí. Tato metoda je uplatňována při poruchách komunikace, kdy videotrenér natočí video, poté ho klientovi pustí a společně o něm mluví (O metodě VTI, 2012). S tímto se odpovědi ve výsledcích shodují.

Výzkumná otázka č. 2: Jak často děti s poruchou autistického spektra terapie využívají?

Četnost používání terapií v rodinách s dítětem s PAS se liší dle stáří jejich dítěte, dle místní dostupnosti a dle přeplněnosti terapií. Všichni komunikační partneři odpověděli, že by rádi používali alespoň nějaké terapie nebo přinejmenším častěji.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že nejvíce komunikačních partnerů žádné terapie nevyužívá kvůli vyššímu věku dítěte. Když děti s autismem dosáhnou vyššího věku, je pro ně těžší rozvíjet různé dovednosti a učit se. Jeden z KP tvrdí, že jeho dítě, kterému je osm let, začalo reagovat mnohem později a dle jeho názoru by pro něj teď byla vhodná mateřská škola. Dále komunikační partneři nevyužívají terapie kvůli tomu, že mají plnou kapacitu nebo bydlí daleko a nemají možnost se na terapie dostavit.

Další skupina rodin s dětmi s PAS aplikují terapie denně, jelikož je vykonávají doma nebo je děti mají ve škole. Videotrénink interakcí rodiče rádi užívají k nahrání nějaké aktivity, aby to lépe jejich dítě pochopilo, nebo aby podle toho danou aktivitu vykonalo. Videotrénink interakcí se vykonává v průměru od 1 do 6 měsíců, ale záleží však na závažnosti problému. Pokud by chtěl rodič s dítětem s PAS využít služby videotrénera (terapeuta), tak nejnižší počet sezení je 3-4 (Jak práce pomocí VTI vypadá, 2012). Od jiných institucí terapie KP 4 vůbec nevyužívá, protože se mu to nevyplatí a je to pro něj finančně náročné. Strukturované učení od raného věku svého dítěte uplatňuje pouze KP 3 až do současné doby a používají různé procesní schémata, pracovní listy a piktogramy. Dítě mého komunikačního partnera 5 rádo využívá muzikoterapii a arteterapii ve škole. Děti obvykle využívají muzikoterapii jednou týdně dle jejich potřeb (McLachlan, 2016). Arteterapie se koná přibližně 50-60 minut týdně (Cameron, 2019). KP 8 denně aplikuje se svým dítětem O.T.A. terapii, ve které jsou vlastně terapeuti rodiče. V pilotním projektu VZP ČR byla testována účinnost terapie O.T.A., kdy se intenzivně pracovalo s dětmi s PAS čtyři hodiny týdně po dobu šesti měsíců a její účinnost byla potvrzena (Open Therapy of Autism, 2017). Podle mého názoru je tato délka optimální v terapii O.T.A.

Dvakrát měsíčně dochází jeden komunikační partner se svým dítětem na ergoterapii. Zatímco dle Thorové (2016) je doba sezení u ABA terapie určená na 40 hodin za týden, tak podle Šporclové (2018) je minimální doba sezení 25 hodin týdně, ale ani jedno tvrzení se neshoduje s výsledky, kdy jeden KP využívá asistentku dvakrát týdně, která používá pouze prvky terapie ABA.

Komunikační partneři v průběhu rozhovorů zmínili jisté nedostatky v oblasti práce s dětmi s autismem, kterých si všimli. Nejvíce upozorňovali na nedostatečné vzdělání u pracovníků jak v různých institucích, tak ve školství i ve zdravotnictví. Dále negativně hodnotí nedostatek míst na terapiích, ale i v organizacích anebo nedostatek osob, kteří by

terapie provozovaly. Dalším nedostatkem je nízká informovanost o problematice autismu ve společnosti. KP pak také shledali problém v místní dostupnosti, jelikož nemají v okolí terapie a instituce, které by rádi navštěvovali. V neposlední řadě hovořili o finančně náročné stránce práce s dětmi s PAS.

Z výzkumu je patrné, jaké terapie jsou rodiči využívány a jak často, ale mělo by se posuzovat zprvu to, jaké dítě je, jaké má postižení a jaké terapie mu vyhovují, protože při správně vybrané terapii, se rozvoj dítěte stále zvyšuje. Šporclová (2018) ve své knize zmínila, že je více účinné zahájit terapii před třetím rokem života dítěte než po pátém roce věku dítěte. Dle mého názoru je důležité, aby se každý rodič sám aktivně zapojil do hledání řešení, jak usnadnit vývoj a rozvoj dítěti již v nižším věku jeho života, než aby to nechával na později a čekal, co mu odborníci poradí, protože by to tak mohlo mít větší efekt, než kdyby čekal a neřešil to.

I přesto, že je péče o děti s autismem náročná a výsledky jsou vidět za delší čas než u zdravých dětí, mělo by se na všechny děti, ať už mají poruchu autistického spektra či jinou nemoc nebo ať jsou zdravé, nahlížet jako na rovnocenné bytosti, které mají své každodenní potřeby. Měli bychom ke každému dítěti přistupovat dle jeho potřeby, protože každé dítě je jiné a jedinečné a měli bychom ho přijmout takové, jaké je.

Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na terapie využívané u dětí s PAS. Cílem bylo zjistit, jaký vliv mají terapie z pohledu rodičů na vývoj dítěte, které má poruchu autistického spektra. Teoretická část je tvořena z dostupných odborných zdrojů a obsahuje informace o problematice PAS a terapiích, které děti s touto poruchou využívají. V praktické části byla vybrána kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru, který byl realizován s deseti rodiči dětí s PAS ve věku od 2 do 18 let. Data byla zpracována prostřednictvím otevřeného kódování.

Během výzkumu se od komunikačních partnerů podařilo zjistit, jaký vliv mají terapie využívané u dětí s PAS. KP shledávají největší pozitivní vliv terapií v komunikaci, nápodobě a porozumění. Dále bylo zjištěno, jaké terapie jsou využívány. Z rozhovorů vyplynulo, že v minulosti KP využívali ABA terapii, muzikoterapii, senzoryckou integraci, strukturované učení, VOKS (AAK), zooterapii, arteterapii, O.T.A. terapii a ergoterapii. V současné době polovina KP terapie nevyužívá, ale druhá polovina aplikuje videotrénink interakcí, strukturované učení, muzikoterapie, arteterapie, O.T.A. terapie, ergoterapie a prvky ABA terapie. V neposlední řadě bylo odhaleno, jak často tyto terapie děti s PAS uplatňují. V nejvíce rodinách se buď tyto terapie nevyužívají vůbec, anebo naopak denně.

Komunikační partneři uvedli, že terapie mají výrazný pozitivní vliv na jejich děti, ale shodli se na tom, že terapie často nemají dostatečnou kapacitu anebo není dostatek osob, které by terapie vykonávaly.

Bakalářská práce může sloužit jako zpětná vazba pro terapeuty v oblasti práce s dětmi s PAS. Dle mého názoru je velmi podstatné se u dítěte s PAS zaměřit na brzkou intervenci, protože včasné zvolená terapie je důležitá pro další vývoj dítěte. Každé dítě je jedinečné a každému může vyhovovat jiná terapie.

Seznam literatury

1. ADAMUS, P., VANČOVÁ, A., LÖFFLEROVÁ, M., 2017. *Poruchy autistického spektra v kontextu aktuálních interdisciplinárních poznatků*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. 168 s. ISBN 978-80-7464-957-8.
2. ANTILL, K., 2020. Family-Centered Applied Behavior Analysis for Children With Autism Spectrum Disorder. *Intervention in School and Clinic* 55, 185-191. doi:10.1177/1053451219842240
3. Autism Treatment Programs & Services, 2022. [online]. Autism Treatment Center of America. [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: <https://autismtreatmentcenter.org/autism-treatment-programs/>
4. BAZALOVÁ, B., 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0693-4.
5. BAZALOVÁ, B., 2017. *Autismus v edukační praxi*. Praha: Portál. 208 s. ISBN 978-80-262-1195-2.
6. BENDO VÁ, P. et al., 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus. 225 s. ISBN 978-80-7435-422-9.
7. BENÍČKOVÁ, P. et al., 2011. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 160 s. ISBN 978-80-247-3520-7.
8. BICKOVÁ, J. et al., 2020. *Zooterapie v kostce. Minimum pro terapeutické a edukativní aktivity za pomoci zvířete*. Praha: Portál. 277 s. ISBN 978-80-262-1585-1.
9. CAMERON, E., 2019. *What Happens In an Art Therapy Session?* [online]. emmacameron.com [cit. 2022-18-07]. Dostupné z: <https://emmacameron.com/art-therapy/what-happens-art-therapy-session/>
10. Canisterapie, 2022. [online]. Pomocné tlapky o.p.s. [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: <https://www.pomocnetlapky.cz/nase-sluzby/canisterapie>

11. Certifikovaní terapeuti O.T.A., 2017. [online]. Centrum terapie autismu. [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: <https://www.terapie-autismu.cz/certifikovani-terapeute-o-t-a/>
12. Co je AAK, 2021. [online]. SPC pro děti s vadami řeči. [cit. 2021-11-22]. Dostupné z: <https://alternativnikomunikace.cz/stranka-co-je-aak-9>
13. Co je autismus, 2021. [online]. APLA Jižní Čechy. [cit. 2021-11-22]. Dostupné z: <https://aplajc.cz/autismus>
14. Courses and Events, 2015. [online]. The HANDLE Institute. [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: <https://handle.org/events-courses>
15. ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. et al., 2012. *Metodika práce se žákem s poruchami autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 144 s. ISBN 978-80-244-3309-7.
16. ČERNÁ, M. et al., 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 222 s. ISBN 978-802-4630-717.
17. DOSEDLOVÁ, J., 2012. *Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 184 s. ISBN 978-80-247-3711-9.
18. FISCHER, S. et al., 2014. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton. 299 s. ISBN 978-807-3877-927.
19. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 438 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
20. HOSÁK, L., HRDLÍČKA, M., LIBIGER, J., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 647 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
21. How HANDLE can help with Autism, 2015. [online]. The Handle Institute. [cit. 2021-11-22]. Dostupné z: <https://handle.org/autism>

22. HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V., 2014. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Vydání druhé, doplněné. Praha: Portál. 211 s. ISBN 978-80-262-0686-6.
23. Jak práce pomocí VTI vypadá, 2012. [online]. SPIN – sdružení pro videotrénink interakcí v ČR. [cit. 2022-07-18]. Dostupné z: <http://www.spin-vti.cz/o-metode-vti/jak-prace-pomoci-vti-vypada>
24. JOHNSON, E. O., 2020. *ABA pro děti s autismem: otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 95 s. ISBN 978-802-6216-285.
25. KAJANOVÁ, A. et al., 2017. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 108 s. ISBN: 978-80-7394-639-5.
26. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2016. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 224 s. ISBN 978-80-247-3941-0.
27. KODAK, T., BERGMANN, S., 2020. Autism Spectrum Disorder: Characteristics, Associated Behaviors, and Early Intervention. *Pediatr Clin North Am*. Jun;67(3):525-535. doi: 10.1016/j.pcl.2020.02.007. PMID: 32443991.
28. KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
29. KROUPOVÁ, K. et al., 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 328 s. ISBN 978-802-4752-648.
30. Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání ergoterapeut, 2022. [online]. Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/06/KS-Ergoterapeut.pdf>
31. KYLE, S. M., VASHI, N., JUSTICE, M. J., 2018. Rett syndrome: a neurological disorder with metabolic components. *Open Biol*. Feb;8(2):170216. doi: 10.1098/rsob.170216. PMID: 29445033; PMCID: PMC5830535.
32. Linda Cecavová, 2022. [online]. Rozvoj hrou. [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: <https://rozvojhrou.cz/linda/>

33. MCLACHLAN, J., 2016. *Music therapy and autism* [online]. The National Autistic Society [cit. 2022-07-18]. Dostupné z: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/professional-practice/music-therapy>
34. Metody a postupy AAK, 2021. [online]. SPC pro děti s vadami řeči. [cit. 2022-01-21]. Dostupné z: <https://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-metody-a-postupy-aak-7>
35. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 978-80-247-1362-5.
36. MKN-10: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*, 2021. [online]. ÚZIS. [cit. 2021-11-22]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F84>
37. MÜLLER, O. et al., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
38. O metodě VTI, 2012. [online]. SPIN – sdružení pro videotrénink interakcí v ČR. [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: <http://www.spin-vti.cz/o-metode-vti>
39. Open Therapy of Autism, 2017. [online]. Centrum terapie autismu. [cit. 2021-11-22]. Dostupné z: <https://www.terapie-autismu.cz/o-t-a/>
40. PRESSLEROVÁ, P., 2022. *Role rodinného terapeuta* [online]. Šance dětem [cit. 2022-06-09]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/role-rodinneho-terapeuta>
41. Profesní členství CZMTA, 2022. [online]. Muzikoterapeutická asociace České republiky. [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: <http://www.czmta.cz/profese-muzikoterapeut/profesi-clenstvi-czmta>
42. Profesní standardy Asociace dramaterapeutů ČR (ADCR), 2016. [online]. Asociace dramaterapeutů České republiky. [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: <http://www.adcr.cz/uploads/7/7/0/5/77052119/profesn%C3%AD-standardy-dramaterapeuta-adcr.pdf>
43. RABOCH, J. et al., 2015. *DMS 5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Portál. 1088 s. ISBN 978-80-86471-52-5.

44. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 2. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
45. RIVERA, K. et al., 2014. *Healing the Symptoms Known as Autism*. Second Edition (PDF E-Book Version). United States of America. 596 s. ISBN 978-0-9892890-2-3. Dostupné z: file:///C:/Users/andre/Downloads/Healing_the_Symptoms2nd.pdf
46. SAINBURYOVÁ, C., 2016. *Marťan na hřišti: jak porozumět žákům s Aspergerovým syndromem*. Praha: Pasparta. 136 s. ISBN 978-80-905993-8-3.
47. SLÁDEČKOVÁ, S., SOBOTKOVÁ, I., 2014. *Dětský autismus v kontextu rodinné resilience*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 224 s. ISBN 978-802-4442-198.
48. SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8.
49. Standardy Tanter pro vzdělávání a praxi v tanečně pohybové terapii, a pro garanci vzdělávání v tanečně pohybové terapii, 2021. [online]. Asociace tanečně pohybové terapie ČR. [cit. 2022-07-01]. Dostupné z: http://www.tanter.cz/wp-content/uploads/2019/10/STANDARDY_TANTER_2020.pdf
50. STRAUSSOVÁ, R., KNOTKOVÁ, M., 2011. *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra: jak začít a proč*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-262-0002-4.
51. STRAUSSOVÁ, R., VÁGNEROVÁ, M., 2016. Intervenční metoda O.T.A. u dětí s PAS raného věku [online]. Autismus-screening [cit. 2021-11-22]. Dostupné z: https://www.terapie-autismu.cz/files/200003667-10993118f4/Intervencni_metoda_OT_A.pdf?ph=9ddbcb2fac
52. ŠPORCLOVÁ, V., 2018. *Autismus od A do Z*. V Praze: Pasparta. 123 s. ISBN 978-808-8163-985.
53. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 386 s. ISBN 978-80-262-06446.

54. THOROVÁ, K., 2016. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. 504 s. ISBN 978-802-6207-689.
55. THOROVÁ, K., 2021. *Porucha autistického spektra dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 11)* [online]. [cit. 2022-01-21]. Dostupné z: <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru/detail/porucha-autistickeho-spektra-dle-mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>
56. VALENTA, M. et al., 2014. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-802-6206-026.
57. VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 816 s. ISBN 978-802-6206-965.
58. VIRUES-ORTEGA, J., JULIO, F. M., PASTOR-BARRIUSO, R., 2013. The TEACCH program for children and adults with autism: a meta-analysis of intervention studies. *Clin Psychol Rev.* Dec;33(8):940-53. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.005. PMID: 23988454.
59. VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. A dopl. Vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
60. Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, 2017. [online]. [cit. 2022-07-01]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 72, s. 2065-2084. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/GetAll.aspx?fbclid=IwAR2fpO8mS0JpsG4YUpMuSumU6b3J22fRguD9DAnKhf5UubVRPssuY7zPDIU>

Seznam příloh

Příloha 1: Otázky pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha 2: Informovaný souhlas

Přílohy

Příloha 1: Otázky pro polostrukturovaný rozhovor

1. Kdy se Vaše dítě narodilo?
2. Kdy jste si poprvé všimla, že má Vaše dítě jiné chování?
3. V kolika letech byla Vašemu dítěti zjištěna porucha autistického spektra?
4. Jaký druh poruchy autistického spektra má Vaše dítě?
5. Používali jste nějaké terapie v minulosti s Vaším dítětem a používáte nějaké v současnosti? Jaké?
6. Jaké terapie Vám při práci s Vaším dítětem přijdou neúčinnější?
7. Vidíte nějaké změny po absolvování terapií?
8. Jak často terapie využíváte?
9. Byly nějaké terapie nevhodné?
10. Používáte při práci s Vaším dítětem nějaké pomůcky?
11. Vnímáte nějaké nedostatky v oblasti práce s dětmi s poruchou autistického spektra?

Příloha 2: Informovaný souhlas

Vážení rodiče,

jmenuji se Andrea Capouchová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Sociální práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Má bakalářská práce je zaměřena na terapie využívané u dětí s poruchou autistického spektra. Cílem práce je zjistit, jaký vliv mají terapie z pohledu rodičů na vývoj dítěte, které má poruchu autistického spektra. Práce může sloužit jako zpětná vazba pro terapeuty při práci s dětmi s poruchou autistického spektra. Žádám Vás o souhlas s poskytnutím rozhovoru.

Rozhovor je zcela anonymní a to znamená, že nikde nebude zmíněno jméno respondenta. Účast respondenta v rozhovoru je dobrovolná a kdykoli v průběhu rozhovoru může respondent odmítnout odpovědět na otázky, na které nechce odpovídat. Také má právo kdykoli rozhovor ukončit. Respondent je srozuměn s tím, že rozhovor bude zaznamenáván na diktafon a přepsán do písemné podoby. V bakalářské práci „Terapie využívané u dětí s poruchou autistického spektra“ nebudou uvedeny údaje, podle kterých by bylo možné respondenta identifikovat.

Já,.....souhlasím s účastí ve výzkumu a provedením rozhovoru.

V:

Dne:

Podpis respondenta:

Seznam zkratek

PAS – Porucha autistického spektra

PVP – Pervazivní vývojová porucha

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

DSM – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

CARS – Childhood Autism Rating Scale

ADI-R – Autism Diagnostic Interview-Revised

ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule

AS – Aspergerův syndrom

TEACCH – Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children

ABA – Aplikovaná behaviorální terapie

O.T.A. – Open Therapy of Autism

SU – Strukturované učení

HANDLE – Holistic Approach to Neuro-development and Learning Efficiency

AAK – Alternativní a augmentativní komunikace

PECS – Picture Exchange Communication System

VOKS – Výměnný obrázkový komunikační systém

VO – Výzkumná otázka

KP – Komunikační partner