

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Vliv aplikované behaviorální analýzy na předškolní děti
s poruchou autistického spektra**

Diplomová práce

Autor: Bc. Lucie Reslová
Studijní program: N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti
a management speciálních zařízení
Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, PhD.
Oponent práce: PhDr. Lenka Neubauerová

Hradec Králové

2018



Zadání diplomové práce

Autor: Lucie Reslová

Studium: P16K0391

Studijní program: N7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení

Název diplomové práce: **Vliv aplikované behaviorální analýzy na předškolní děti s poruchou autistického spektra**

Název diplomové práce AJ: The Influence of the Applied Behavior Analysis on Preschoolers Suffering from Autism Spectrum Disorder

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se bude věnovat vlivu aplikované behaviorální analýzy na předškolní děti s PAS. Cílem teoreticky zaměřené části diplomové práce je popsat vývoj dítěte v předškolním věku (včetně dítěte s PAS), definovat poruchy autistického spektra, přiblížit problematiku aplikované behaviorální analýzy. Cílem prakticky zaměřené části diplomové práce je s využitím kazuistik předškolních dětí s PAS přiblížit využívání aplikované behaviorální analýzy ke zlepšení chování těchto dětí. Součástí práce bude také pozorování vlivu ABA terapie na chování předškolních dětí s PAS, které ABA terapii využívají v porovnání s dětmi předškolního věku s PAS, které ABA terapii nevyužívají.

GILLBERG, Christopher a Theo PEETERS. Autismus - zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-498-4. THOROVÁ, Kateřina. Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7. HRDLIČKA, Michal. Dětský autismus: přehled současných poznatků. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9. ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ. Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-475-5. BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let. Brno: Computer Press, 2007. Dětská naučná edice. ISBN 978-80-251-1829-0.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Oponent: PhDr. Lenka Neubauerová

Datum zadání závěrečné práce: 5.2.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Petry Bendové, Ph.D. a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Petře Bendové, Ph.D., za cenné rady a připomínky při vedení mé diplomové práce.

Anotace

RESLOVÁ, Lucie. *Vliv aplikované behaviorální analýzy na předškolní děti s poruchou autistického spektra*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2018. 124 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá vlivem aplikované behaviorální analýzy (ABA) na předškolní děti s poruchou autistického spektra (PAS). V teoretické části je nejprve popsán vývoj dítěte v předškolním věku, včetně vývoje dítěte s PAS. Následuje kapitola o dítěti s poruchou autistického spektra, kde je uvedena charakteristika PAS, její klasifikace, etiologie, diagnostika a následně výchovně vzdělávací přístupy k dětem s PAS. Třetí kapitola pojednává o aplikované behaviorální analýze, její definici, charakteristice, její historii a současnosti. Součástí práce je kvalitativně orientované výzkumné šetření, které prostřednictvím zúčastněného pozorování, polostrukturovaného rozhovoru s rodiči dětí zjišťuje možný vliv ABA na předškolní děti s PAS. Poté se výzkumné šetření zaměřuje na porovnání chování předškolních dětí s PAS, které na ABA docházejí, s dětmi předškolního věku s PAS, které na ABA nedocházejí. Poslední částí výzkumného šetření je zjišťování postojů a názorů vůči ABA od rodičů dětí s PAS. Součástí prakticky orientované části jsou rovněž kazuistiky jednotlivých dětí s PAS dokladující možný vliv ABA terapie.

Klíčová slova: poruchy autistického spektra, aplikovaná behaviorální analýza, předškolní věk, kazuistické studie.

Annotation

RESLOVÁ, Lucie. *The Influence of Applied Behavior Analysis on Preschoolers Suffering from Autism Spectrum Disorder*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2018. 124 pp. A diploma thesis.

This diploma thesis deals with the influence of applied behavior analysis (ABA) on preschool children suffering from autism spectrum disorder (ASD). The theoretical part specifies the development of a preschool child, including the development of an ASD child. The developmental specification is followed by a chapter concerning an ASD child, outlining characteristics, classification, etiology and diagnostics of ASD, as well as approaches to education and training of ASD children. The third chapter features applied behavior analysis, its definition, characteristics and its past and present. The thesis includes qualitative survey research investigating the possible influence of ABA on preschool children suffering from ASD, by means of participant observation and semi-structured interview with the parents of the children. Additionally, the survey research focuses on the comparison of the behaviour of ASD preschool children attending ABA with the ASD preschool children who do not attend ABA. The last part of the survey research discovers the attitudes and opinions about ABA in the parents of the ASD children, who had been included in the survey research. The research part also includes case studies of the individual children, which documenting the possible effect of ABA.

Keywords: autism spectrum disorders, applied behavior analysis, preschool age, case studies.

OBSAH

Úvod	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Vývoj dítěte v předškolním věku z hlediska vývojové psychologie	11
1. 1. Tělesný vývoj a rozvoj motoriky.....	11
1. 2. Vývoj poznávacích procesů.....	12
1. 2. 1. Myšlení.....	12
1. 2. 2. Řeč.....	13
1. 2. 3. Paměť	14
1. 2. 4. Pozornost.....	14
1. 2. 5. Vnímání.....	15
1. 3. Emoční vývoj dítěte v předškolním věku	16
1. 4. Socializace	17
1. 4. 1. Hra.....	18
1. 5. Rozvoj dětské identity v předškolním věku	19
1. 5. 1. Genderová identita	20
1. 6. Vývoj dítěte s poruchou autistického spektra do období předškolního věku	21
2. Dítě s poruchou autistického spektra.....	24
2. 1. Charakteristika poruch autistického spektra.....	24
2. 1. 1. Komunikace	24
2. 1. 2. Sociální interakce a sociální chování	27
2. 1. 3. Představivost, zájmy a hra.....	28
2. 1. 4. Vybrané variabilní potíže spojené s PAS.....	29
2. 2. Klasifikace poruch autistického spektra.....	31
2. 2. 1. Dětský autismus	31
2. 2. 2. Atypický autismus.....	32
2. 2. 3. Aspergerův syndrom	33
2. 2. 4. Rettův syndrom	34
2. 2. 5. Dětská dezintegrační porucha	34

2. 2. 6.	Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby	34
2. 2. 7.	Jiné pervazivní vývojové poruchy.....	35
2. 3.	Etiologie poruch autistického spektra	35
2. 4.	Diagnostika poruch autistického spektra.....	36
2. 5.	Výchovně vzdělávací přístupy k dětem s poruchou autistického spektra	39
2. 5. 1.	TEACCH program (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children)	39
2. 5. 2.	Strukturované učení.....	40
2. 5. 3.	Komunikační terapie (alternativní a augmentativní komunikace, dále AAK)	43
2. 5. 4.	Behaviorální přístupy	43
3.	Aplikovaná behaviorální analýza (ABA terapie).....	45
3. 1.	Definiční vymezení ABA terapie	45
3. 2.	Stručná historie a současnost ABA terapie	45
3. 3.	Charakteristika ABA terapie	50
3. 3. 1.	ABC model.....	50
3. 3. 2.	Uplatňované metody v ABA terapii.....	51
3. 3. 3.	VB-ABA (Verbal Behavior – Applied Behavioral Analysis).....	54
3. 3. 4.	Učební program.....	55
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	57
4.	Uvedení do praktické části.....	57
4. 1.	Cíle výzkumného šetření	57
4. 2.	Metody výzkumného šetření	57
4. 2. 1.	Nestrukturované a zúčastněné pozorování.....	57
4. 2. 2.	Obsahová analýza dokumentů.....	58
4. 2. 3.	Polostrukturovaný rozhovor	59
4. 2. 4.	Kazuistická studie	60
4. 3.	Charakteristika místa a průběhu výzkumného šetření.....	60
4. 4.	Charakteristika výzkumného vzorku.....	61
5.	Analýza výsledků výzkumného šetření.....	63

5. 1.	Kazuistika č. 1	63
5. 2.	Kazuistika č. 2	72
5. 3.	Kazuistika č. 3	80
5. 4.	Kazuistika č. 4	87
5. 5.	Kazuistika č. 5	92
5. 6.	Kazuistika č. 6	97
5. 7.	Komparace chování dětí ne/využívajících ABA terapii	101
6.	Zhodnocení naplnění cílů a diskuze	111
	Závěr	116
	Seznam literatury.....	119

Úvod

Diplomová práce se zabývá vlivem aplikované behaviorální analýzy (dále jen ABA terapie) na děti předškolního věku s poruchou autistického spektra (dále jen PAS). Téma této diplomové práce bylo vybráno z toho důvodu, že čím dál tím častěji se v České republice dozvídáme o ABA terapii právě ve vztahu k PAS. O ABA terapii máme stále více informací díky dlouhodobým a systematickým snahám rodičů dětí s autismem, kteří se snaží zlepšit poměry, které u nás panují, jelikož v České republice není dostatečně zajištěná péče o jedince s PAS.

Aplikovaná behaviorální analýza, lépe známá pod názvem „ABA terapie“, vzbuzuje u lidí velice protichůdné názory. Na jedné straně jsou lidé, kteří se jí zastávají a vychvalují ji. Na druhé straně lidé, kteří ji odmítají a kritizují. Obě dvě tyto skupiny lidí mají své argumenty, kterými podporují svůj názor. Lidé, kteří propagují ABA terapii, uvádějí, že jde o metodu, která je vědecky ověřená, dlouhodobě užívaná v zahraničí, kde má své pozitivní výsledky. Jde většinou o rodiče dětí s autismem, kterým ABA terapie dle jejich slov „velice pomohla“ – v eliminaci problémového chování či s nácvičkou nových dovedností. Zatímco lidé, kteří ABA terapii kritizují, argumentují tím, že ABA terapie učí děti „robotickému chování“, tedy dělá se to, co chce rodič či terapeut, nikoliv dítě samotné. Kritizují rovněž i finanční náročnost a nedostatek odborníků poskytujících ABA terapii v České republice. Nabízí se otázka, zda ABA terapie může dětem s PAS opravdu pomoci. Proto cílem této práce je snaha vyzorovat, zda ABA terapie má nějaký vliv, v této práci konkrétně na předškolní děti s PAS, které na ABA terapii docházejí.

Tato diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Cílem teoretické části je vymezit vývoj dítěte v předškolním věku, včetně vývoje dítěte s poruchou autistického spektra. Definovat základní charakteristiku PAS, její klasifikaci, etiologii, diagnostiku a výchovně vzdělávací přístupy k dětem s PAS. A popsat nejzákladnější informace o ABA terapii. Cílem praktické části je analyzovat vliv ABA terapie na chování předškolních dětí s PAS, dále komparace chování dětí s PAS předškolního věku, které ABA terapii využívají, s dětmi s PAS předškolního věku, které ABA terapii nevyužívají. Dílčím cílem praktické části je rovněž zjištění názorů a postojů rodičů těchto dětí vůči ABA terapii. Součástí praktické části jsou kazuistiky jednotlivých dětí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Vývoj dítěte v předškolním věku z hlediska vývojové psychologie

Abychom pochopili chování, myšlení, možnosti a potřeby dětí s PAS je třeba znát vývoj zdravého dítěte, včetně vývoje dítěte s PAS, abychom si uvědomili rozdílnost ve vývoji těchto dětí.

Nejprve je nutné si vymežit, jak dlouho předškolní období trvá. Předškolní období trvá zhruba od 3 do 6 let. Toto období není ukončeno pouze jen fyzickým věkem, ale hlavně sociálně, tedy nástupem do školy (Vágnerová, 2000).

Langmeier a Krejčířová (2006) hovoří o předškolním období v širším a užším slova smyslu. Pokud se jedná o předškolní období v širším slova smyslu, jde o období od narození (někdy včetně i vývoje prenatálního) až do vstupu do školy. Předškolní období v užším slova smyslu nazývají jako „věk mateřské školy“. Jelikož řada dětí do mateřské školy nechodí, i když nyní je rok předškolního vzdělávání povinný, autoři zmiňují důležitost rodinné výchovy, na kterou poté mateřská škola účelně navazuje a napomáhá dalšímu rozvoji dítěte.

Charakteristickým znakem tohoto období je postupné uvolňování z vazby na rodinu a rozvoj aktivity, která není už tak samoučelná (Vágnerová, 2000).

Specifika dětí v předškolním období lze pozorovat na úrovni tělesného vývoje, na úrovni poznávacích procesů, na úrovni emočního vývoje, socializace a na úrovni rozvoje dětské identity.

1. 1. Tělesný vývoj a rozvoj motoriky

V období předškolního věku dochází k určité změně tělesné konstituce. Děti ztrácejí charakteristickou zaoblenost a buclatost, dochází k růstu do výšky, přibývá samozřejmě i hmotnost dětí. Celkově sílí organismus a děti postupem času vykazují stále větší fyzické výkony. Pokračuje osifikace kostry, kosti jsou však měkčí a pružnější, než je tomu u dospělých. Výhodou je to, že se neobjevují tak často u dětí v tomto období zlomeniny, s ohledem na větší pohyblivost a počet pádů, ke kterým u nich dochází. Je zde však nebezpečí různých ortopedických vad, proto je nutné organismus dítěte nepřetěžovat (Vacínová, Trpišovská, Farková, 2010).

Oblast hrubé motoriky se v tomto období zdokonaluje, automatizuje se chůze, zlepšují se přemísťovací pohyby, jako běhání, skákání či pohyby po nerovném terénu. Na konci tohoto období dítě většinou zvládne činnosti, které vyžadují složitou pohybovou koordinaci, např. jízdu na kole, bruslení, lyžování, plavání (Plevová in Šimíčková Čížková, 2008).

Především se však rozvíjí jemná motorika. Dítě se učí manipulaci s tužkou, nůžkami i jinými nástroji, učí se jíst příborem, házet a chytat míč, rozvíjí se tedy manipulační zručnost. Po čtvrtém roce dochází k lateralizaci, kdy se objevuje preference jedné ruky. Motorický vývoj v předškolním období lze označit jako neustálé zdokonalování a zlepšování pohybové koordinace, pohyb zůstává pro dítě stále nejpřirozenější potřebou (Vacínová, Trpišovská, Farková, 2010).

1. 2. Vývoj poznávacích procesů

„Vývoj poznávacích procesů je velmi intenzivní a umožňuje dítěti stále důkladněji poznávat svět kolem něj. Poznávací procesy se v předškolním věku kvalitativně mění.“ (Vacínová, Trpišovská, Farková, 2010, s. 77). Týká se to především myšlení, řeči, paměti, pozornosti a vnímání, především vnímání prostoru a času.

1. 2. 1. Myšlení

V předškolním věku se podle J. Piageta objevuje názorné, intuitivní myšlení. Takové myšlení je málo flexibilní, nepřesné a nerespektuje zákony logiky. Jeho typickými znaky jsou:

- egocentrismus – tj. ulpívání na subjektivním pohledu. Dítě je středem vlastního světa myšlenek. Je přesvědčeno, že všichni sdílí jeho úhel nazírání a těžko přijímá názor jiných osob (Wedlichová, 2010).
- fenomenismus – svět je pro dítě takový, jak vypadá a jak se mu jeví. Je zde přetrvávající vazba na přítomnost, na aktuální podobu světa (tj. prezentismus).
- magičnost – dítě si při interpretaci dění v reálném světě vypomáhá fantazií, nečiní velké rozdíly mezi realitou a fantazií. Mění fakta podle vlastního přání, dochází tedy ke zkreslování obrazu okolního světa.
- absolutismus – přesvědčení, že každé poznání musí mít konečnou a jasnou platnost. Tato tendence vychází z projevů dětské potřeby jistoty (Vágnerová, 2000).

„Typickým znakem myšlení předškolních dětí je jeho útržkovitost, nekoordinovanost a nepropojenost. Myšlení chybí komplexní přístup, dítě si zpravidla všimne jen jedné vlastnosti objektu a při uvažování je dosti rigidní.“ (Wedlichová, 2010, s. 29). Dítě má tendence upravovat si realitu tak, aby pro něj byla srozumitelná a přijatelná. U předškoláků se tento přístup objevuje v podobě nepravých lží, tzv. konfabulací, kdy dítě kombinuje skutečné vzpomínky s fantazijními představami.

Pro dítě však znamenají skutečnost a je o jejich pravdivosti přesvědčeno. Fantazie má však v tomto věku harmonizující význam, neboť je nezbytná pro emoční a rozumovou rovnováhu. Dětská fantazie se projevuje i animismem, eventuálně antropomorfismem (přičítání lidských vlastností neživým objektům), a artificialismem (všechno se děje samo od sebe) (Vágnerová, 2000).

Dítě v předškolním věku má většinou problém s rozlišením toho, co je podstatné, nepodstatné, co je hlavní a co je vedlejší. Tvoří pojmy na základě vedlejších a náhodných znaků. Protože nerozumí podstatě pojmu, rozsah pojmu buď zužuje (př. maminka je jenom jedna) nebo naopak rozšiřuje (př. každý, kdo má uniformu, je voják). Jen díky zpřesňování a rozšiřování každodenní zkušenosti se dítě naučí chápat, co je podstatné, co nepodstatné a naučí se zařazovat konkrétní druhové pojmy do širších souvislostí (Wedlichová, 2010).

1. 2. 2. Řeč

S myšlením je úzce spjata řeč. Řeč je nejen v předškolním věku hlavní dorozumívací prostředek dítěte. Během tohoto období se zdokonalují jeho řečové schopnosti, a to jak obsahově, tak i formálně (Morávková, Bartošková, 2014, online).

Děti se učí mluvit díky nápodobě verbálního projevu dospělých lidí, s nimiž žijí a komunikují. Avšak nápodoba řeči má selektivní charakter, jelikož předškolní děti nenapodobují vše, co slyší. Většinou si zapamatují část sdělení, kterou opakují bezprostředně poté, co ji slyšely. Snadněji se učí, když chápou význam sdělení, pokud jej nechápou, nemá pro ně význam, snadněji jej zapomínají (Vágnerová, 2000).

Nápodobou se předškolní děti učí i gramatická pravidla. Přibližně od čtyř let začínají mluvit v delších a složitějších větách, později i v souvětích. Pokud dítě v tomto období vypravuje, stále se v jeho projevu objevují různé nepřesnosti a agramatismy.

Z hlediska rozvoje poznávacích procesů je důležitou složkou vývoje řeči tzv. egocentrická řeč. Jedná se o řeč, která není primárně určena pro jinou osobu.

Jde o řeč, jež je určená pro sebe, nehledá a nepotřebuje posluchače. Tato forma řeči může mít následující varianty:

- expresivní – dítě vyjadřuje slovně své pocity bez ohledu na jiné osoby;
- regulační – dítě řídí slovními pokyny své vlastní jednání;
- kognitivní – dítěti může sloužit jako prostředek uvažování a lepšího zapamatování si.

Egocentrická řeč slouží dítěti ke zjednodušení orientace, uvědomění si a řešení problémů. Je pro dítě jednodušší, jelikož se nemusí nikomu a ničemu přizpůsobovat. Doprovází a komentuje všelijaké dětské činnosti. Postupně se mění a stává se z ní řeč vnitřní (Vágnerová, 2005).

1. 2. 3. Paměť

Charakteristickými znaky paměti u předškolního dítěte je obraznost, citovost a živelnost. Dítě si nejlépe pamatuje věci, které působí citově, ať už jsou to podněty, které u něj vyvolávají radost, nadšení nebo podněty, které jsou spojené s negativními citovými prožitky.

Na počátku tohoto období je paměť neúmyslná, dítě si pamatuje věci bez stanoveného úmyslu. Až v druhé polovině předškolního věku se objevuje úmyslné zapamatování. Dítě si pamatuje i podněty, které na něj citově nijak nezapůsobily (Wedlichová, 2010).

Na začátku předškolního věku je paměť krátkodobá, avšak ke konci tohoto období se rozvíjí i paměť dlouhodobá. Poněvadž předškolní dítě ještě nedokáže pochopit podstatu mnohých okolních věcí, nedochází mu vnitřní logické souvislosti, převažuje u něj paměť mechanická nad logickou.

Dobrou paměť dítě prokazuje ve spojení se zrakovým vnímáním (pexeso) a s řečí (reprodukce říkanek, básniček a písniček) (Morávková, Bartošková, 2014, online).

1. 2. 4. Pozornost

V předškolním věku dochází k dozrání nervové soustavy a v souvislosti s tím dochází i k rozvoji záměrné pozornosti, a zejména koncentrace pozornosti. Schopnost koncentrace pozornosti je však krátkodobá. Dítě je velmi snadno upoutáváno zejména nápadnými, neobvyklými a přitažlivými podněty. Záměrná pozornost se trénuje

u činností, které jsou charakteristické pro předškolní věk, tzn. u her (Morávková, Bartošková, 2014, online).

1. 2. 5. Vnímání

Vnímání prostoru

I pro vnímání prostoru je charakteristický egocentrismus. To znamená, že dítě má tendenci přeceňovat velikost nejbližších objektů, jelikož se mu zdají velké, a naopak podceňovat vzdálenější, protože je vidí malé. Nedokáže dobře odhadovat prostorové vztahy. Hodnotí je podle toho, jak je vnímá, jak se mu jeví. Dítě umí správně diferencovat polohu nahoře a dole, avšak rozlišovat vpravo a vlevo dítě ještě neumí, většinou k tomu dosud nedozrálo (Vágnerová, 2000).

Vnímání času

Vnímání času se u dětí předškolního věku rozvíjí velice pomalu. Předškolní dítě žije v první řadě přítomností, neboť minulost a zejména budoucnost jsou pojmy, které si obtížně představuje. Pokud je zaujaté nějakou činností či událostí, plně jí prožívá a nemyslí na následné dění. Vnímání plynutí času je pro předškolní dítě omezeno událostmi, které jej obklopují. Jsou to události, které se pravidelně střídají – charakteristické aktivity pro den, noc, ráno, poledne, večer. Chápání jednotlivých časových úseků je velice subjektivní, zkreslené a závislé na prožívání aktuální situace. Příjemné události plynou pro děti rychle, nepříjemné jsou naopak zdouhavé. Čím je časový úsek delší, tím je pro dítě těžší vytvořit si představu trvání daného úseku (například střídání ročního období) (Bednářová, Šmardová, 2008).

Vnímání počtu

Dítě předškolního věku se naučí chápat počet jako jedno z možných klasifikačních kritérií. Již na počátku tohoto období děti znají názvy čísel, avšak chybí jim porozumění podstatě číselného pojmu. Nejdříve si osvojují obecný pojem změny množství, respektive počtu. Pochopí, že když něco přidáme, počet se zvýší, a pokud ubereme, je počet nižší. Chápání významu jednotlivých čísel určitou dobu trvá, jelikož i počítání je ovlivněno fenomenismem, tj. vázaností na aktuální stav situace (Wedlichová, 2010).

1. 3. Emoční vývoj dítěte v předškolním věku

Emoční prožívání dítěte v předškolním období se oproti batolecímu období stává stabilnějším, avšak je vázáno na momentální situaci. Významným posunem je, že v předškolním období již dítě dokáže rozpoznat a dát najevo své preference – co má nebo nemá rádo. V tomto období děti často navštěvují mateřské školy, avšak rodina a její výchova zůstává základem, který je důležitý pro další rozvoj dítěte (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Zásadním konfliktem v tomto období je iniciativa versus vina (Erikson, 2015). Na základě pocitu viny se rozvíjejí adekvátní mechanismy, dítě přijímá a zvnitřňuje si pravidla chování. Rozumí tomu, že pocitu viny se zbaví například nápravou dané situace (Vágnerová, 2012). Tyto emoce vytváří poté základ pro rozvoj svědomí a morálky (Thorová, 2015). Svědomí je však zaměřeno pouze na momentální situaci a spíše na výsledek než na samotný motiv (Vágnerová, 2012).

Základní prožívané emoce:

- pozitivní prožitky – v tomto věku jsou děti více pozitivně naladěné. Pozitivní emoce trvají déle než ty negativní. Negativních emocí postupně ubývá. Jelikož už rozumějí pojmu nejbližší budoucnosti, dokáží se na něco těšit nebo naopak se něčeho obávat.
- strach – vnímání strachu podléhá temperamentu dítěte. Tendence k prožívání strachu mohou být někdy velmi silné, proto se mohou děti fixovat na druhou osobu, která je má před strachem ochránit. Přirozený strach z druhých lidí postupně slábne a vzniká přirozený odstup. Jelikož děti mají v tomto období bujnou představivost (strašidla, čarodějnice apod.), může se stát, že některé projevy strachu mohou z této představivosti pramenit.
- vztek a zlost – tyto emoce se neprojevují zase tak často, protože děti rozumí tomu, proč některé nepříjemné situace vznikají. Mohou se však projevovat v kontaktu s vrstevníky, nebo když je dítě frustrováno ze zákazů a příkazů. Jestliže děti nezvládnou tyto emoce správnými mechanismy, projevují se silnou reakcí a krátkodobým trváním.
- smysl pro humor – u předškolních dětí se objevují jednoduché žerty, jejichž sdílení je důležité pro počínající přátelství (Vágnerová, 2012).

V předškolním období si děti více všimají emocí druhých lidí. Mezi třetím a pátým rokem dítě začíná chápat, že na jednu událost mohou ostatní reagovat různě i s opačnými emocemi. Kolem čtvrtého roku umí dítě předvídat i emoční reakci druhých na určitou situaci.

Zároveň v tomto období dítě rozumí svým pocitům a umí je spojit s podněty nebo situacemi, které je vyvolávají (Langmeier, Krejčířová, 2006).

V předškolním věku se vyvíjí emoční inteligence, neboť ve čtvrtém až pátém roku dítě začíná své projevy chování ovládat, anebo alespoň ví, co by dělat nemělo (Vágnerová, 2012). Rozvíjejí se též i vztahové emoce, kdy emoční prožívání dítěte je ovlivňováno temperamentem, zkušenostmi, mírou jistoty a bezpečí v zázemí rodiny (Schulze, Roberts, 2007).

1. 4. Socializace

Lidské vztahy jsou zdrojem, ze kterého dítě uspokojuje své citové a sociální potřeby (jakými jsou například potřeba životní jistoty či potřeba pozitivní identity), zároveň jsou zdrojem sociálního učení (osvojování sociálních dovedností) (Bednářová, Šmardová, 2008).

„Období předškolního věku je označováno jako věk iniciativy, jehož hlavní potřebou je aktivita.“ (Vágnerová, 2000, s. 119)

Aktivita v předškolním věku již mívá nějaký cíl, je méně roztříštěná a méně závislá na aktuální situaci, jako tomu bylo u aktivit v batolecím věku. Výběr určité aktivity je stále ovládán emocemi a aktuálními potřebami, avšak rozvíjí se i ostatní mechanismy, které ji mohou ovlivňovat. V tomto období nabývají na významu nové regulační kompetence, které mohou dětskou iniciativu usměřňovat k určitému cíli. Dítě tedy už není ovládáno jen aktuálními podněty. Rozvoj těchto kompetencí je propojen s vývojem poznávacích procesů a socializace (Vágnerová, 2000).

Rodina i v předškolním období nadále zůstává nejdůležitějším prostředím, které zabezpečuje primární socializaci dítěte, uvádí jej tedy do společenství lidí.

Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) socializační proces zahrnuje tři vývojové aspekty:

- vývoj sociální reaktivity – jedná se o vývoj bohatě diferencovaných emočních vztahů k lidem v bližším i vzdálenějším společenském okolí (např. k učitelkám v mateřské škole, k vrstevníkům apod.).
- vývoj sociálních kontrol a hodnotových orientací – jde o vývoj norem, které si dítě vytváří na základě příkazů a zákazů od dospělých osob a které následně přijímá za své, tyto normy pak usměrňují jeho individuální chování do mezí určených společností.
- osvojení sociálních rolí – tj. takových vzorců chování a postojů, které jsou od jedince očekávány ostatními členy společnosti s ohledem na věk, pohlaví, společenské postavení apod. V předškolním věku se postupně uvolňuje návaznost na rodinu a na dospělé. Děti navazují kontakt s vrstevníky a dochází k postupné diferenciaci sociálních rolí. Dítě se učí v kolektivu vrstevníků spolupracovat, ale i soupeřit. Zvláštní význam má i upevnění rolí sexuálních. Chlapci i dívky si uvědomují svoji mužskou a ženskou roli a všechny rozdíly, které z ní vyplývají nejen na biologické, ale i sociální úrovni.

V předškolním období se dítě učí také žádoucím vzorcům chování, které mají obecný charakter, to znamená, že nejsou pouhou součástí jen některé z rolí. V této oblasti jde především o rozvoj prosociálního chování, které lze označit jako kladné, respektující ostatní. Jedním z předpokladů pro rozvoj prosociálního chování je uspokojení dětské potřeby jistoty a bezpečí. Protože dítě, které se cítí ohrožené a nejisté, snadněji reaguje asociálně. Rozvoj prosociálního chování je dále závislý na dosažené úrovni kognitivních schopností. Ke konci tohoto období dokáže dítě omezeně uvažovat z pohledu druhého člověka, a tudíž chápat i jeho potřeby.

Prosociální chování je také výsledkem sociálního učení nápodobou, na základě identifikace, ale i za pomoci vysvětlování a podmiňování (tj. trestem a odměnou). Pokud dítě nemá v rodině vhodný vzor chování, tak nelze očekávat, že by se dítě mohlo chovat žádoucím způsobem (Vágnerová, 2000).

1. 4. 1. Hra

V socializačním procesu má významnou roli hra, která se stává v období předškolního věku hlavní činností dítěte. Vede k osvojení celé řady dovedností,

schopností, k rozvoji fantazie a kreativity, je jednou z nejdůležitějších činností v procesu osvojování sociálních rolí.

Dětská hra má také zvláštní význam v tom, že podporuje kontakt s dalšími dětmi. Při hře ve skupině má dítě určitou funkci, podřizuje se určitým normám, může přijmout nebo odmítnout kontakty s dalšími dětmi (Wedlichová, 2010).

Hra odráží komplikované vztahy mezi dítětem a jeho životním prostředím, uplatňuje se v ní práce a učení. Hra je rovněž důležitým socializačním i motivačním činitelem, je primární psychologickou potřebou. V tomto období se objevují volné hry i hry s pravidly. Volné hry si dítě vymyslí samo (mohou být pohybové, konstrukční), patří mezi ně i hry námětové. V těchto hrách jde především o reprodukci skutečnosti, která může být skutečností jen v očích dítěte, nikoliv reálnou skutečností. Dítě si danou skutečnost (její vztahy a souvislosti) upravuje dle svých vlastních představ. Dítě si bere ze skutečnosti jen to, co zná a jak to zná.

Koncem tohoto období dítě dokáže rozlišit práci a hru. Dítěti již nestačí „jako uklízet“, požaduje reálné plnění této činnosti. Do nástupu do školy se formují první pracovní návyky a postoje, „práce“ je tedy pro dítě příjemnou aktivitou. Je proto velice důležité ve výchově vhodně využívat tzv. hravou motivaci k činnosti (Plevová in Šimíčková Čížková a kol., 2008).

1. 5. Rozvoj dětské identity v předškolním věku

Rozvoj poznávacích procesů má vliv i na sebepojetí. Dítě o sobě přemýšlí, uvědomuje si svoji jedinečnost a odlišnost od jiných lidí. V předškolním období začíná dítě vnímat sebe samo jako subjekt, a tak vzniká vědomí vlastní identity (Vágnerová, 2000).

Tělesné schéma (tj. obraz vlastního těla) má především vizuální charakter. Dítě ví, jak vypadá, orientuje se ve svém těle. Posuzuje se jako aktivní subjekt s různými kompetencemi, jelikož dokáže své tělo nejenom pociťovat, ale i ovládat (Vágnerová, 2005).

Sebehodnocení je vzhledem k rozumové a citové nezralosti předškoláků stále jednoznačně závislé na názorech jiných osob, zejména rodičů.

Dítě přijímá názor dospělých na svou osobu nekriticky, tedy tak, jak mu je prezentován, stává se tedy součástí jeho sebepojetí. Předškolní dítě o sobě také uvažuje, ale s ohledem na svou vývojovou úroveň. Egocentrismus mu pomáhá potvrdit svou

významnost. Magičnost uvažování mu umožňuje uchovat si přijatelný obraz sebe sama díky snadnému zkreslení skutečnosti. Ve svých představách může dítě získat cokoli, co je jinak pro něj nedosažitelné. Nezralost sebepojetí se pak může projevovat majetnickými sklony. Děti často zdůrazňují, co je jejich, nechtějí svoje věci nikomu půjčovat. Dalším projevem nezralého sebepojetí je nekritičnost, přehnaný důraz na sebe sama (sklon k vychloubání) (Vágnerová, 2000).

Dětskou identitu a sebevědomí dítěte obohacuje také ztotožnění s rodiči. Zároveň mu pomáhá odlišovat žádoucí a nežádoucí vlastnosti a projevy chování, které by si mělo osvojit. Součástí identity dítěte se stává cokoli, co k dítěti nějakým způsobem patří, tj. jeho osobní teritorium (lidé, ke kterým má nějaký vztah; věci, které mu patří; prostředí, v němž žije). Vlastnictví je další důležitou součástí dětské identity.

Dítě ho projevuje především užíváním slova „*moje*“. „*Moje je součástí já.*“ (Vágnerová, 2005, s. 228) Tyto majetnické sklony, které se u dítěte projevují, mizí až po pátém roce života, kdy dozrává dětská osobnost. Do této doby má dítě problém rozdělit se o hračky, ale třeba i o pozornost dospělé osoby (Vágnerová, 2005).

1. 5. 1. Genderová identita

Důležitou součástí dětského sebepojetí je jeho genderová identita. Dítě nabývá zkušeností s genderem postupně, podle toho, jak se zvyšuje úroveň jeho myšlení. Ve třech letech si dítě neuvědomuje, že pohlaví je trvalým znakem jeho osobnosti, věří, že kdyby se jinak obléklo, že by se mohlo proměnit. Ve čtyřech letech dochází k uvědomění si genderové stálosti. Dítě už ví, že jeho pohlavní identita je trvalým znakem, že se nezmění. V pěti letech pochopí genderovou konstantnost. Uvědomí si, že i když se přestrojí, jeho genderová identita zůstává stejná. Pochopení stálosti a konstantnosti genderové identity podporuje tendenci hledat vzory stejného pohlaví, které dítěti pomůže naučit se chovat tak, jak odpovídá jeho genderové roli. Starší předškolní děti nejenže chápou význam genderu, ale akceptují jej i emočně. Genderová identita chlapců a dívek se vyvíjí jinak, důležitým faktorem je identifikace s rodičem stejného pohlaví, který je pro ně vzorem. Významnou funkci má však i rodič opačného pohlaví, neboť ukazuje dítěti, kým není, a ke komu je třeba si vytvořit komplementární vztah. Jedná se o vztah, kdy se role vzájemně doplňují. Na jedné straně jsou příkazy, rady, aktivita, zatímco na straně druhé je přijímání a pasivita (Vágnerová, 2005).

Rozdíl mezi ženskou a mužskou rolí není jen biologický, ale i sociální. Chlapci a dívky jsou už v rodině hodnoceni jiným způsobem.

Dostávají jiné oblečení, jiné hračky a rodiče u nich podporují jiné způsoby chování. Předškolní dítě se dovede zařadit také do skupiny vrstevníků, kteří se liší pohlavím (Šimíčková Čížková, 2004).

1. 6. Vývoj dítěte s poruchou autistického spektra do období předškolního věku

„Poruchy autistického spektra se řadí mezi poruchy vrozené, nicméně jejich projevy nejsou v čase stabilní.“ (Thorová, 2012, s. 229).

Ke stanovení diagnózy poruchy autistického spektra (dále jen PAS) musí být vývojové abnormality, ať už specificky (chování typické pro PAS), nebo nespecificky (opožděný vývoj řeči) přítomné u většiny poruch do prvních třech let života dítěte. Klinický obraz osob s PAS se s věkem obměňuje, avšak pro diagnózu poruch autistického spektra je klíčové chování do pěti let (Thorová, 2012).

Narození a první rok života (0–12 měsíců)

V tomto období nelze spolehlivě určit, zda se u dítěte jedná o poruchu autistického spektra. Nástup poruchy může být ze začátku nenápadný a diagnózu lze určit až po nápadnějším rozvinutí příznaků. Mnozí rodiče si u dětí do jednoho roku mohou všimnout, že vývoj jejich dítěte neprobíhá tak, jak by měl. Většinou se jedná o opožděný motorický vývoj, který je převážně prvním signálem možné poruchy, avšak nevede k primárnímu podezření na autismus. Motorické odlišnosti tedy nejsou specifické pro autismus. V oblasti sociálního chování si rodiče všimají toho, že dítě se straní společnosti, je ke společnosti druhých lidí lhostejné, ignoruje rodiče při jednoduchých sociálních hříčkách. Některé děti nevyhledávají mazlení, jsou pasivní, odmítavé. Je důležité si však uvědomit, že způsob kontaktu s ostatními lidmi je různý i u zdravého dítěte. Důležitý je však oční kontakt, schopnost zaměřit pozornost žádaným směrem a sledovat směr pohledu dospělé osoby. Tyto sociálně orientační dovednosti bývají totiž u dětí s PAS narušeny (do různé míry podle typu poruchy). V oblasti emoční reaktivity rodiče uvádějí, že děti v prvním roce byly dráždivější, špatně spaly, obtížně se nechávaly utišit (Thorová, 2016).

Batolecí období (12–30 měsíců)

První nejběžnější postřehy v oblasti řeči a komunikace

Objevuje se opožděný vývoj řeči. Za abnormální se považuje, když dítě v 6 měsících nereaguje vzájemným sociálním úsměvem, do 12 měsíců nežvatlá a negestikuluje, do 16 měsíců neukazuje na zajímavé předměty ukazovákem a neužívá slova, ve dvou letech spontánně neužívá věty.

U dětí s autismem se objevují tyto typy vývoje řeči:

- dítě říkalo první slova, poté vývoj ustal, objevila se regrese a dítě přestalo mluvit;
- dítě mluvilo a dále i mluví, ale pouze s malým pokrokem;
- řeč se nikdy neobjevila;
- řeč se objevila, přestala se však vyvíjet a dítě ustrnulo na této úrovni vývoje (Thorová, 2012).

První nejběžnější postřehy v oblasti sociálního chování

V této oblasti je vývoj dětí s PAS velmi různorodý. Zájem o sociální kontakt je omezenější, nekonzistentní, dítě se nesnaží napodobovat činnosti, které vidí u rodičů. Pokud ano, chování je málo rozmanité, často se omezuje jen na učené a opakované činnosti. Objevují se tři typy sociálního chování: klasický osamělý projev, běžný pasivní projev (např. rád se mazlí, ale jen když on sám chce), aktivní – zvláštní projev (např. má rád fyzický kontakt, ale navazuje jej zvláštním způsobem – tahá za vlasy, štípe apod.) (Thorová, 2016).

První nejběžnější postřehy v oblasti chování a hry

Lze si všimnout ulpívavé tendence zrakové či manipulační fixace na jeden předmět a neochotu zaměřit pozornost na předmět jiný. Některé děti u sebe neustále nosí určitý předmět a odmítají jej odložit. Často se jedná o předměty, které nejsou hračky. V chování bývá přítomná hyperaktivita, dítě je málo schopné spolupráce, střídá nálady. Co se týká hry, dítě se nezajímá o klasické hračky, neví, jak si s nimi má hrát. Užívá je většinou nefunkčním způsobem. Do tří let se většinou objevují i nápadné specifické pohyby (dítě chodí po špičkách, kývá tělem, točí se dokolečka, třepe rukama apod.) (Thorová, 2012).

Vývojový regres u dětí s autismem

Vývojový regres se objevuje zhruba u jedné třetiny dětí s PAS do tří let.

Regres se týká různých vývojových oblastí:

- jazyka (dítě nereaguje na jméno, na pokyny, přestává užívat slova, které již umělo);
 - neverbální komunikace (zhorší se oční kontakt, přestane ukazovat, neotáčí se směrem k tomu, kdo na něj komunikuje);
 - sdílená pozornost (odmítá společné činnosti, nesleduje směr pohledu a ukazování komunikujícího, nevybízí aktivně k sdílení pozornosti...);
 - sociální interakce (ztrácí zájem o sociální hříčky, napodobování...);
 - hry (nezájem o klasickou hru a hračky, atypická manipulace s předměty...)
- (Thorová, 2008).

Předškolní období (3–6 let)

„Konečná a jasná diagnóza pervazivní vývojové poruchy by měla být stanovena mezi čtvrtým a pátým rokem věku dítěte, kdy jsou projevy nejzřetelnější.” (Thorová, 2016, s. 245–246).

Kolem tří let dítěte je možné dojít k nesprávnému závěru, že dítě má poruchu autistického spektra, a to na základě opožděného, nerovnoměrného vývoje, úzkostnosti a plachosti dítěte, celkové náročnosti období (vstup do mateřské školy, nároky na samostatnost a řečovou vybavenost). Pokud jde o nejednoznačné případy, jsou doporučena kontrolní vyšetření po několika měsících, návštěva mateřské školy, aby se mohlo posoudit chování dítěte v kolektivu vrstevníků (Thorová, 2016).

Nejvýraznějšími projevy jsou obliba rituálů, omezené zvláštní zájmy, problémové chování (agrese, sebepoškozování, záchvaty vzteku). Co se týká hry, dítě rádo staví věci do řad, třídí je podle určitého klíče, zajímá se o specifické oblasti. Mezi pátým a šestým rokem u dětí, které mají opožděnou a nefunkční řeč, se řeč zlepšuje, ustupuje echolalie, objevují se věty. Před nástupem do školy hraje významnou úlohu schopnost soustředění, spolupráce, která bývá hodně omezená. Hra u předškolních dětí, co se týká vývoje, je opožděná, nevyspělá, chybí kreativita, neschopnost rozvinout ve hře scénáře (Thorová, 2012).

Jak uvádí Thorová (2016) předškolní období je důležité pro nabývání některých dovedností, které dítě ztratilo během vývojového regrese mezi 15. a 24. měsícem.

2. Dítě s poruchou autistického spektra

Poruchy autistického spektra spadají do kategorie pervazivních vývojových poruch a patří k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje (Šporclová, 2007, online). Juklová, Skorunková (2009, s. 109) uvádí, že „*pervazivní vývojová porucha je společným označením pro závažnější poruchy, které se projevují již od raného dětství. Tato skupina poruch je charakterizována závažným a komplexním poškozením psychického vývoje takto postižených dětí.*”

Kroupová a kol. (2016, s. 200) zase konstatuje, že: „*Pervazivní vývojové poruchy patří k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje. Slovo „pervazivní“ znamená vše pronikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušený v mnoha oblastech. Dítě vnímá, prožívá, a tedy se i chová jinak.*”

2. 1. Charakteristika poruch autistického spektra

Charakteristickým znakem poruch autistického spektra je triáda problémových oblastí. Řadíme sem problémy v komunikaci, sociální interakci a sociálním chování, poslední oblast tvoří problémy s představitostí, zájmy a hrou (Thorová, 2016). U jedinců s poruchou autistického spektra se lze rovněž setkat s řadou variabilních potíží (např. problémy s jídlem, s hygienickými návyky, s emoční reaktivitou či s problémovým chováním).

2. 1. 1. Komunikace

U dítěte s PAS bývá narušena nejen expresivní složka řeči, ale také složka perceptivní. Následně se tyto problémy projevují v komunikaci jak verbální, tak i neverbální (nedostatek očního kontaktu, chudá mimika apod.). Vágnerová (2008) uvádí, že jedinci s PAS mají narušenou schopnost tzv. metareprezentace, to znamená, že neakceptují běžným způsobem signály komunikačního partnera.

Thorová (2016) zmiňuje, že u dětí pozorujeme potíže v řečovém vývoji, nejčastěji dochází k opožděnému vývoji řeči. Zhruba polovina dětí s PAS si nikdy neosvojí řeč v takové podobě a na takové úrovni, aby jim sloužila ke komunikačním účelům. Deficity v komunikaci však mohou být velmi různorodé. V rámci poruch autistického spektra se totiž setkáváme s dětmi, které mají různou úroveň řečových schopností. Jsou to děti mluvící, děti mluvící v „ozvěnách“ (echolalicky), děti nemluvící

nebo děti, které jen žvatlají. Proto je velice důležité naučit všechny děti, mluvící i nemluvící, funkční komunikaci. Ve funkční komunikaci však mnohokrát děti s PAS selhávají, v důsledku toho, že selhávají i v sociálních interakcích. Nedokáží pochopit, že všichni lidé ve stejné chvíli nemyslí na stejné věci, neumí nahlížet na druhého člověka jako na někoho, kdo by mu mohl pomoci, a proto nemají potřebu své myšlenky sdělovat. Nechápou, že s ostatními lidmi mohou něco sdílet (Straussová, Knotková, 2011).

Neverbální komunikace

V neverbální komunikaci mají děti s PAS potíže nejen s vyjadřováním, ale i s porozuměním. Co se týká vyjadřování, problémy představují gesta (například chybí gesta k vyjádření souhlasu, nesouhlasu, dále běžně využívaná gesta jako „pst“, „ty, ty, ty“ apod.). Gesta většinou neužívají nebo jen sporadicky, málo spontánně, spíše je mají naučená v nějakých situacích nebo reagují na vyzvání. Mimika, výraz obličeje či úsměv jsou další atributy, pomocí nichž děti s PAS většinou nekomunikují. Výraz obličeje často neinformuje okolí o pocitech dítěte, nebo jen velmi omezeně (základní emoční výrazy – smutek, radost...), převážně mají neutrální výraz. Mimika sice může být někdy živá, ale neodpovídá situaci, neslouží jim ke komunikaci (Thorová, 2016).

Hodně probíranou oblastí neverbální komunikace, která činí dětem s PAS potíže, je oční kontakt. Děti nekoordinují (nebo jen omezeně) gesta s očním kontaktem, nedívají se do očí kvůli získání souhlasu či pochvaly (Thorová, 2008). Častokrát se vyhýbají očnímu kontaktu, uplatňují ulpívavý pohled či „pohled skrz“. Mnohé děti s PAS také mnohokrát využívají ruku dospělého jako nástroje, jímž dokážou vyjádřit svá přání, např. užívají ruku k otevření dveří, k uchopení tužky atd. (Thorová, 2016).

Obdobné potíže mají děti s PAS i v oblasti porozumění neverbální komunikaci. Je pro ně obtížné na základě výrazu obličeje, gest či postoje těla posuzovat, co si ostatní lidé myslí.

Mají potíže chápat jemná a komplexní pravidla, kterými se řídí neverbální komunikace, a proto mohou nastat různá nedorozumění (Thorová, 2012).

Verbální komunikace

Verbální komunikace u dětí s PAS se od verbální komunikace intaktních dětí odlišuje. Častokrát se vrací ke svým oblíbeným tématům, o kterých se dokáží dlouho bavit. Někdy jejich řeč působí odborně, ale při hlubší analýze zjistíme, že daným

slovům nerozumějí. Většinou jde o echolálii čili opakování slov bez porozumění smyslu nebo se objevují verbální rituály (Bazalová, 2017). Krejčířová (2009) hovoří i o tzv. odložené echolálii – děti opakuji slova nebo i dlouhá slovní spojení, které dříve slyšely nebo i se značným časovým odstupem, zaslechly. Děti při opakování nejen napodobují přesně mluvené slovo, ale i melodii a intonaci. Někdy se objevuje i mluvení v jiné osobě (např. místo chci pít, říkají chce pít, či chceš pít), jelikož to mají odposlouchané od druhých osob a opakuji slyšené (Bazalová, 2017).

Při komunikaci s dětmi s PAS dialog mnohokrát vážne, neboť mluví převážně o svých tématech a potřeby a zájmy posluchače je nezajímají. Obtížné je i získávání informací ohledně těch témat, které nemají děti s PAS naučené. Pokud kladou otázky, otázky jsou banální nebo pokládají otázky, na které znají odpověď či otázky týkající se jejich zájmů (Thorová, 2008).

Popis vývoje řeči a jazyka u dětí s PAS na úrovni dílčích jazykových rovin

Fonetika (zvuková stránka řeči – artikulační, akustická a percepční povaha zvukových prvků):

- porucha expresivní složky řeči (dítě nemluví nebo vývoj řeči je pod úrovní celkových mentálních schopností);
- porucha receptivní složky (dítě nerozumí řeči nebo rozumí jen jednoduchým pokynům);
- kombinace předchozích (dítě nemluví ani nerozumí či se objevují artikulační obtíže, kdy řeč dítěte je nesrozumitelná).

Prozódie (melodie, přízvuk, intonace, rychlost řeči):

- vysoce či nízko posazený hlas, monotónní mechanická řeč připomínající řeč robota (bez emocí, bez důrazu na klíčová slova), dítě mluví příliš nahlas či potichu, nedokáže přizpůsobit hlas situaci, mluví příliš krátce úsečně nebo dlouze, pomalu apod.

Syntax (větná skladba):

- objevují se agramatismy, obtíže s používáním zájmen, rodů, časů, skloňováním, sklon používat infinitivy, holé věty, nedostatečná slovní zásoba, pomalé osvojování gramatických pravidel.

Sémantika (významová stránka jazyka):

- potíže s pochopením toho, že slovo může mít více významů, že slova mají určitý obecný význam.
- Thorová (2008) se své knize zmiňuje i o mluvení pro sebe a o eventualitě, kdy děti řadí slova bez kontextu tak, že tvoří tzv. „slovní salát“. Děti s PAS mluví mimo kontext (např. prezentují úryvky z pohádek), mají tendenci opakovat určité výrazy stále dokola.
- u dětí s lehčím typem poruchy může nastat doslovné chápání slyšeného, což jim brání správně reagovat na otevřené otázky.
- většina dětí nechápe žert, ironii, sarkasmus. Užívání neologismů.

Pragmatika (praktické užívání jazyka):

- děti s PAS nerozumějí společenskému významu komunikace – objevuje se u nich komunikační egocentrismus, pokládání nevhodných otázek, problémy s tykáním a vykáním, užívání vulgarit, potíže s procesem komunikace – začátek konverzace, předávání si slov, plynulost, ukončení konverzace) (Thorová, 2012).

2. 1. 2. Sociální interakce a sociální chování

„Sociální chování můžeme u dětí pozorovat už od prvních týdnů i dnů života. Sociální úsměv, sociální broukání a oční kontakt se s každým měsícem vývoje upevňují.“ (Thorová, 2016, s. 63)

Je zřejmé, že u dětí s poruchou autistického spektra je tomu jinak. Porucha sociální interakce se liší s ohledem na hloubku postižení. Což znamená, že některé děti mají sociální dovednosti například na úrovni kojence, někteří na úrovni tříletého dítěte a podobně. Sociální intelekt je tedy vždy vůči mentálním schopnostem v hlubokém deficitu (Thorová, 2016).

U dětí s PAS se objevuje různé sociální chování, které má však dva extrémní póly.

První je pól osamělý, děti se sociálnímu kontaktu vyhýbají, protestují, stahují se do kouta, zalézají pod stůl, zakrývají si uši či oči nebo se věnují manipulaci s nějakým předmětem. Druhý je pól extrémní, děti se snaží navázat sociální kontakt s každým a všude, necítí sociální normu, např. dotýkají se lidí, hledí jim velice blízko do obličeje a podobně (Thorová, 2012). Řada dětí s PAS však o sociální kontakt stojí, nicméně

nejistota a nepřiměřená schopnost navázat kontakt se navenek projeví jako odtažitost a nedotknutelnost a brání těmto dětem navázat sociální kontakt.

Při navazování kontaktu děti s PAS rovněž využívají prostředky, které jsou odlišné od prostředků, které používá intaktní populace. Charakteristickým znakem je nedostatek sociálního porozumění (Pastieriková, 2013).

Děti s PAS mají rovněž potíže s porozuměním společenským pravidlům. Nechápu, že se od nich očekává jiné chování na různých místech. Dětem s PAS totiž často nedochází, že by svým chováním mohly někoho rušit, anebo že by jejich chování mohlo někomu vadit (Schopler, 1999). Jsou také často charakterizovány jako osoby, které jsou emocionálně egoistické. Problém je však zakotven ve vrozené nepružnosti těchto lidí. Neustálá proměnlivost společenského prostředí a způsobů chování nedávají prostor se na danou situaci připravit dopředu. Společenský kontakt je pro ně tak náročný, že raději volí únik, což je přirozená reakce na zatěžující situaci. Právě stresová situace se může stát spouštěčem stereotypního chování, v němž nacházejí jistotu a kontrolu nad okolním světem (Pastieriková, 2013).

2. 1. 3. Představivost, zájmy a hra

Narušená představivost má na děti s PAS a jejich mentální vývoj negativní vliv, a to v několika směrech. Způsobuje, že se u dětí vlivem narušené schopnosti imitace, která je neodmyslitelnou součástí vývoje představivosti a symbolického myšlení, nerozvíjí hra. Děti díky tomu upřednostňují činnosti, které preferují podstatně mladší děti, vyhledávají předvídatelnost v činnostech, které provádějí a upínají se tak na činnosti stereotypní (Thorová, 2016).

Jde tedy o to, že u dětí: *„dominuje obsedantní lpění na neměnnosti života a prostředí, projevující se dodržováním nefunkčních rituálů a odporem i k sebemenším změnám osobního prostředí.“* (Hrdlička, Komárek, 2004, s. 37).

Někdy i sebemenší změna může u těchto dětí způsobit výbuch vzteku. Schopler (1999) uvádí, že pokud je opakovaná činnost něčím narušena, objevuje se úzkost a nespokojenost, která vede často k obtížím v chování. Děti s PAS také nepřiměřeně reagují na běžné zvuky (např. hluk vysavače), pachy či chutě. Pro druhé lidi jsou tyto děti nápadné svými neobvyklými motorickými manýry – opakujícími se pohyby rukou, prstů nebo i celého těla, které většinou nemají žádný zřejmý účel (Hrdlička, Komárek,

2004). Mohou se rovněž vyskytovat i smyslové zvláštnosti, jako přehnané olizování či očichávání (Schopler, 1999).

Děti s PAS mají specifické a zúžené zájmy, často odlišné od zájmů vrstevníků (Hrdlička, Komárek, 2004). Některé mají zájem o vyhraněná témata, která mají nějaký řád. Snaží se dorovnávat nepřesnosti a dávat věci na svá místa (dovírat dveře, rovnat židle apod.), staví věci do řad (Thorová, 2008).

„Hra autistických dětí je typicky stereotypní, rigidní a často neobvyklá, autostimulační automatismy nahrazují hru (některé děti např. tráví celé hodiny tím, že točí tyčinkou mezi prsty ruky, sledují pohyby stránek v knize při rychlém „listování“ apod.).“ (Krejčířová, 2009, s. 514).

Pokud se děti s poruchou autistického spektra nacházejí v situaci, kdy se mají samy zabavit, tak většinou tuto situaci nezvládají a z toho důvodu selhávají. Někdy mají oblíbenou jednu nebo i několik činností, u kterých dokáží vydržet poměrně dlouho, avšak nedovedou tuto dovednost přenést na jinou další formu hry. Často se stává, že je zaujmou nějaké předměty, které si prohlédnou, avšak po pár minutách přechází zase k jinému předmětu. Nedochozí u nich k rozvinutí hry, neboť často neví, co mají s danou hračkou konkrétně dělat. Nevidí například podobnost mezi autíčkem a autem, nedochází jim, že by autíčko mohlo jezdit po fiktivní silnici (Straussová, Knotková, 2011). Některé děti si oblíbí natolik nějaký předmět či hračku, že ji nosí stále při sobě a nejsou ochotny se jí vzdát (Schopler, 1999).

2. 1. 4. Vybrané variabilní potíže spojené s PAS

Děti s PAS mohou mít problémy v určitých specifických oblastech např. v oblasti sebeobsluhy (jídlo, hygienické návyky, péče o vzhled), v oblasti emocí, vnímání či oblast problémového chování.

Problémy s jídlem

U některých dětí s PAS se objevují problémy spjaté s jídlem, jde například o jedení nejedlých věcí, vybíravost v jídle, přejídání, hltání jídla, neochotu jíst samostatně a podobně. Často vyžadují jíst stejná jídla, což omezuje pestrost jejich jídelníčku. Jestliže toto přetrvává dlouhou dobu, mohou si děti poškodit své zdraví a rodiče musí vyhledat odbornou pomoc (Schopler, 1999). V extrémních případech děti vyžadují jíst jídlo určité barvy či konzistence (např. kašovitou stravu, i přesto, že nemají

problémy s kousáním a polykáním) nebo naopak mohou jídlo určité barvy, tvaru nebo konzistence odmítat (Thorová, 2016).

Hygienické návyky, péče o vzhled

Osvojení hygienických návyků je pro děti s PAS velice náročné, neboť se musí naučit řadu složitých činností, které po sobě následují. Je to pro ně velice obtížné také z toho důvodu, že nedokážou své činnosti systematicky plánovat a neumí se přizpůsobit společenským pravidlům. Kromě toho mohou některé děti být přecitlivělé na různé pachy, vůně, chutě nebo složení materiálu, s čímž při dodržování hygienických návyků přicházejí do kontaktu. Mohou se tedy objevovat potíže spjaté s udržováním čistoty, ovládáním tělesných funkcí, potíže s koupáním či čištěním zubů (Schopler, 1999).

Problémové chování

U řady dětí s PAS je patrné problémové chování, které se projevuje vztekem, agresí, sebezraňováním se, pliváním, vulgarismy apod. Intenzita a četnost tohoto chování závisí na hloubce mentálního postižení a rovněž na míře komunikativních obtíží. Důvodů, proč se tak chovají, může být několik: reakce na změnu, frustrace z nemožnosti se vyjádřit, být pochopen nebo dosáhnout svého, úzkost, stres atd. (Bazalová, 2017).

Cumine, Dunlop a Stevenson (2010) uvádějí, že agrese u těchto dětí může být spojena s jejich narušenou či chybějící komunikační schopností, s nutkáním dodržovat nastavenou rutinu, s neobvyklými smyslovými zážitky, s nedostatkem povědomí o svých pocitech i pocitech druhých, s nedostatečnou schopností předvídat důsledky svých činností či se zhoršenou schopností vytvářet alternativní řešení.

Percepční poruchy

Odlišnost ve vnímání můžeme u těchto dětí pozorovat v několika ohledech. Vyskytuje se přecitlivělost či malá citlivost na smyslové podněty, fascinace určitými sensorickými vjemy (ulpívavé, autostimulační či neodklonitelné zapojení některých smyslů). Přecitlivělost i malá citlivost může být na různé zrakové, sluchové, chuťové, čichové či hmatové podněty. Přecitlivělá reakce může mít podobu úzkostné až panické reakce, vyhýbavého chování, záchvatů vzteku a křiku nebo silného vyjadřování nelibosti. Přecitlivělost má tendenci se s věkem dítěte ztrácet, avšak nemusí to tak vždy dopadnout (Thorová, 2016).

Emoční reaktivita

U dětí s PAS se objevuje jen velmi omezená škála emocí, v extrémních případech neprojevují emoce vůbec. Většina však reaguje především na příjemné a nepříjemné podněty. Odlišovat se však může intenzita a způsob reakce. Frustrační tolerance bývá u těchto dětí velice nízká. Někdy nepřiměřeně reagují i na banální situace, například při přerušení činnosti nebo na požadavek spolupráce. Vyskytuje se i střídání nálad bez vnějšího podnětu. Děti s PAS mají problémy s emoční reaktivitou na obou pólech senzibility.

Přecitlivělost se projevuje příliš silnými reakcemi (záchvaty vzteku, pláče, smíchu), zatímco hyposenzibilita (malá citlivost) se projevuje malou schopností reagovat na emoční podněty a situace, které emoční reakci vyžadují (Thorová, 2012).

2. 2. Klasifikace poruch autistického spektra

Do poruch autistického spektra lze zařadit dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom, dětskou dezintegrační poruchu, hyperaktivní poruchu sdruženou s mentální retardací a stereotypními pohyby a jiné pervazivní vývojové poruchy (Thorová, 2016). V následujících podkapitolách budou charakterizovány jednotlivé poruchy autistického spektra.

2. 2. 1. Dětský autismus

Dětský autismus je též nazýván jako časný dětský autismus, či Kannerův syndrom.

„Dětský autismus tvoří jádro poruch autistického spektra (hlavně z pohledu historického).“ (Thorová, 2016, s. 179).

V praxi se lze setkat s různou závažností této poruchy, od mírné formy (přítomnost menšího počtu symptomů) až po velmi těžkou formu (přítomnost většího množství symptomů). Problémy, které dítě má, se musí projevit v každé části diagnostické triády. Kromě potíží v komunikaci, sociální interakci a představivosti se mohou objevovat potíže se spánkem, s příjmem potravy, s agresí a sebepoškozováním a další (Thorová, 2012).

„Dětský autismus patří mezi závažné poruchy dětského vývoje. Jedná se o vrozený syndrom, jehož symptomy se projeví již do 36. měsíce života dítěte.“

Důsledkem poruchy je, že dítě dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá.” (Pešová, Šamalík, 2006, s. 66)

Je charakteristický tím, že u jedince je výrazně narušená sociální interakce a komunikace, objevuje se opakované stereotypní chování a zájmy, nerozvíjí vztahy, přiměřenou komunikaci ani řeč. Tyto jedinci jsou emočně pasivní, apatičtí, nevěnují se spontánně různým hrám, ale většinou se opakovaně zabývají určitými ritualizovanými činnostmi (Orel, 2012).

Rozdělujeme jej do tří kategorií podle míry adaptability, tzv. funkčnosti. Funkčnost souvisí především se schopnostmi v sociální oblasti, s úrovní expresivní a receptivní složky řeči, s mírou problémového chování, se schopností funkčně trávit volný čas a s celkovou mírou intelektu.

- Nízko funkční autismus – jedinci s touto mírou adaptability jsou velice uzavření, mají malou schopnost navazovat sociální vztahy, pokud se objevuje řeč, vyskytuje se v podobě echolálie. Zabývají se jednoduchými stereotypními činnostmi, častá je autoagrese či agrese. U většiny těchto jedinců spadají jejich celkové schopnosti do pásma těžké mentální retardace.
- Středně funkční autismus – tito jedinci mají sníženou schopnost navazovat sociální kontakty, v sociální komunikaci chybí spontánnost, jsou spíše pasivní. Mluví částečně funkčně, v řeči se objevují zvláštnosti (záměna zájmen, neologismy, echolálie a další). V chování lze vyzorovat pohybové stereotypie, ve hře jsou patrné prvky funkční a konstrukční hry. Rozumové schopnosti jsou v rozmezí lehké až středně těžké mentální retardace.
- Vysoce funkční autismus – základní sociální a komunikační funkce jsou u těchto jedinců zachovány, obtížně chápou především sociální normy. Řeč bývá na dobré úrovni, ale komunikují bez ohledu na komunikačního partnera, časté je ulpívání na oblíbených tématech. Rozumové schopnosti se pohybují v hraničním pásmu či v pásmu normy, mohou se objevovat i nadprůměrné rozumové schopnosti (Thorová in Hublová, 2011, online).

2. 2. 2. Atypický autismus

Atypický autismus se odlišuje od dětského autismu buď dobou vzniku (porucha je zjevná až po 3. roce života) nebo chybí jedno či dvě ze tří základních kritérií dětského

autismu a nejsou splněna kritéria pro ostatní do této skupiny řazené diagnostické kategorie (Krejčířová, 2009).

Atypický autismus se většinou přidružuje k těžké a hluboké mentální retardaci. Sice lze u těchto dětí pozorovat některé jednoznačné a typické symptomy pro autismus, avšak mentální věk je natolik nízký, že míra komunikačního a sociálního deficitu nemůže být v ostrém kontrastu s celkovou mentální úrovní dítěte. U těchto dětí se typicky objevují potíže v navazování kontaktů s vrstevníky a jsou neobvykle přecitlivělé na specifické vnější podněty. Sociální dovednosti jsou většinou narušeny méně než u jedinců s dětským autismem. Některé děti s touto diagnózou bývají popisovány jako děti s autistickými rysy (Thorová, 2008).

2. 2. 3. Aspergerův syndrom

„Aspergerův syndrom je definován jako kvalitativní porucha vzájemné sociální interakce společně s omezeným a stereotypním, opakujícím se repertoárem zájmů a činností.“ (Bendová, 2011, s. 25)

Děti s Aspergerovým syndromem mají stejné obtíže jako děti s dětským autismem, avšak u dětí s Aspergerovým syndromem není přidružena mentální retardace. Intelkt bývá v normě, často mají i nadprůměrné IQ. Typická bývá řeč, která je formální, šroubovitá a pedantská (lpí na dodržování správné výslovnosti, určitých výrazech, vykřikují nesouvislé věty apod.). Mají problémy s pragmatickou stránkou řeči – řeč neodpovídá sociální situaci. Velmi těžko navazují sociální vztahy, nerozumí společenským pravidlům, a tak se často dostávají do konfliktu s okolím. Většinou působí egocentricky, chybí jim empatie, mají sníženou schopnost ovládat své chování, podceňují se, často propadají návalům smutku či deprese, díky tomu mohou někdy reagovat i agresivně. Jejich zájmy jsou úzce profilované (encyklopedické zájmy, čísla, data, historie, vesmír...). Abnormality pak jsou většinou pozorovány až v průběhu školní docházky, kdy se zviditelní jednostranné zájmy (umí nazpaměť jízdní řády, telefonní seznamy atd.) (Arnoldová, 2015).

Někdy je Aspergerův syndrom zaměňován za vysoce funkční autismus. Základní rozdíl je však v tom, že jedinci s Aspergerovým syndromem nám mohou sdělovat své vnitřní pocity, stavy, zkušenosti, zatímco jedinci s klasickým autismem to nedokážou (Sacks, 2009).

2. 2. 4. Rettův syndrom

Jedná se o neurologickou vadu, která se vyskytuje téměř výhradně u dívek. Počátek vývoje u těchto dětí je do šestého až osmnáctého měsíce života téměř normální. Následuje období dočasné stagnace nebo regrese, kdy dítě ztrácí schopnost řeči a vědomého používání rukou. Brzy se objevují stereotypní pohyby rukou, poruchy chůze a zpomaluje se růst hlavy. Mohou se u nich také vyskytovat epileptické záchvaty a nepravidelné dýchání, ke kterému dochází v bdělém stavu (Kejklíčková, 2016).

U těchto dětí si můžeme všimnout autistických rysů chování s rozpadem řeči a sociální komunikace (nezájem o hru, zhoršení kontaktu s okolím, podrážděnost či ataky smíchu, agresivita a autoagresivita, roztřesenost trupu a končetin v rozrušení, typické ataky nutkavého mnutí rukou...) (Kukla a kol., 2016).

Thorová (2008, s. 24) uvádí, že se jedná o „*syndrom doprovázený těžkým neurologickým postižením, které má pervazivní (všepronikající) dopad na somatické, motorické i psychické funkce.*”

2. 2. 5. Dětská dezintegrační porucha

Dříve nazývána také jako infantilní demence, Hellerův syndrom či dezintegrační psychóza. Počáteční vývoj je u těchto dětí normální, nenápadný a trvá minimálně do dvou let. Porucha se objevuje obvykle kolem třetího až čtvrtého roku života. Hlavním příznakem je rychlá progresivní ztráta získaných dovedností, především řeči. U těchto dětí byl zaznamenán větší výskyt epilepsie než u dětského autismu. Děti s touto poruchou bývají rovněž více mentálně retardované, agresivnější a méně často projevují repetitivní hru než děti s dětským autismem (Hrdlička, Dudová in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Thorová (2008, s. 23) popisuje dětskou dezintegrační poruchu jako poruchu, kdy „*po určitém období zcela normálního vývoje (minimálně dva roky) dojde k výraznému regresi a nástupu mentální retardace a autistického chování.*”

2. 2. 6. Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

Jde o poruchu, která je obtížně definovatelná. Patří sem jedinci s těžkou mentální retardací, jejichž hlavním problémem je hyperaktivita a porucha pozornosti, objevuje se také stereotypní chování. V dospívání naopak dochází ke ztrátě

hyperaktivity a nahrazení sníženou aktivitou. Tato porucha je často spojena s řadou dalších vývojových opoždění (ÚZIS ČR, online).

2. 2. 7. Jiné pervazivní vývojové poruchy

Do této kategorie jsou řazeni děti, které nesplňují klasická kritéria autismu, přesto jsou jejich potíže v různých vývojových oblastech natolik hluboké, že jim způsobují v běžném životě závažné potíže (např. narušení sociálního a emočního intelektu, neschopnost porozumět jazyku, neschopnost domyslet důsledky vlastního chování). Kvalita komunikace, sociální interakce a hry je sice narušena, ale ne do takové míry, která by odpovídala diagnóze autismu. Některé symptomy mohou být totožné jako u dětí s autismem, ale nevyskytují se vždy ve velkém množství.

Tyto děti mají narušenou i oblast představivosti (neschopnost rozeznávat mez fantazií a realitou, obsedantní zájem o určité téma). Časté obtíže předznamenávající pervazivní poruchu: úzkost, nepozornost, hyperaktivita, nerovnoměrný vývoj, těžká sociální a emoční nezralost, obtíže s afektivní regulací) (Thorová, 2008).

2. 3. Etiologie poruch autistického spektra

Příčina autismu prozatím není známá. Předpokládá se však, že určitou roli hrají genetické faktory, různá infekční onemocnění a chemické procesy v mozku. Moderní teorie hovoří o tom, že autismus vzniká až při kombinaci několika těchto faktorů. Autismus je tedy syndrom, který se diagnostikuje na základě projevů chování (Thorová, 2007, online). Původní teorie dávaly vinu emocionálnímu chladu matky a nedostatku lásky při výchově, avšak tyto teorie již byly opuštěny (Kejklíčková, 2016).

Lze najít celou řadu vyvrácených vědeckých i nevědeckých teorií, které dávají příčinu autismu do spojitosti například s očkováním, výskytem kvasinek či přecitlivělostí organismu na bílkovinné složky potravy, konkrétně kasein a lepek. Některé teorie zase naopak vyjadřují názor, že za vznik autismu může špatný výchovný postup. Tyto názory jsou však považovány za neodborné. Předpokládá se tedy, že pokud existuje u dětí s autismem variabilita v projevech, existuje i variabilita v příčinách (multifaktoriální příčiny). Zvažují se převážně faktory genetické (kombinace několika genů), imunologické, infekční a toxické (Thorová, 2008).

Autismus se „projevuje buď od dětství, nebo v raném věku (do 36 měsíců). Porucha určitých mozkových funkcí způsobí, že dítě nedokáže správným způsobem

vyhodnocovat informace (senzorické, jazykové).” (Thorová, 2007, online). Z toho pak vyplývají potíže ve vývoji řeči, ve vztazích s ostatními lidmi a obtížné zvládnání běžných sociálních dovedností.

Například u Rettova syndromu je však příčina známá. Příčinou je mutace genu MECP2 situována na raménku chromozomu X a má mnoho podob (Arnoldová, 2015).

2. 4. Diagnostika poruch autistického spektra

Diagnostika je první krok k určení diagnózy poruchy autistického spektra. Diagnostický proces u jedinců s PAS je však velice komplikovaný a závisí na zkušenostech a znalostech diagnostikující osoby a zkušenostech daného pracoviště. V diagnostice je velice důležitá zásada komplexnosti. To znamená, že musíme čerpat informace ze všech dostupných zdrojů, získávat informace o vývoji dítěte od narození až po současný stav, znát údaje o rodině a podobně. Významnou součástí je také týmová spolupráce.

Spolupracovat v týmu by měl rodič, odborník na PAS, dětský lékař, neurolog, foniatr, logoped, psychiatr, speciální pedagog, psycholog, pedagog a další odborníci (Bazalová, 2017).

Thorová (2012) popisuje ideální diagnostický model:

- fáze podezření – rodiče jsou znepokojeni vývojem dítěte, obrací se na pediatra, který vyslovuje podezření na PAS, posílá rodiče s dítětem na vyšetření na specializované pracoviště.
- fáze diagnostická – je aplikována diferenciální diagnostika prováděná psychiatrem, popřípadě dětským psychologem, nejvhodnější je týmová spolupráce, včetně speciálního pedagoga, absolvují se další doporučená vyšetření (genetika, neurologie, vyšetření sluchu, zraku apod.).
- fáze postdiagnostická – rodiče jsou srozuměni se situací a orientují se v dané problematice, čtou doporučenou literaturu, vyhledávají možnosti následné péče.

Diagnostický proces začíná nejdříve psychologicko-psychiatrickým vyšetřením, které musí upřesnit, zda se doopravdy jedná o poruchu autistického spektra. V dalším kroku se zjišťuje, zda je autistická porucha v souvislosti s jinou somatickou nemocí či (genetickou) anomálií, hledí se i na neurologické nálezy a dědičnost. Moderní diagnostika je mezioborová, komplexní vyšetření umožňuje posoudit tuto poruchu z různých pohledů (Thorová, 2007, online).

Psychologicko-psychiatrická diagnostika

Základem pro psychologické vyšetření dítěte je pozorování, využívá se rovněž rozhovor, vývojové škály a testy rozumových schopností (Stanford-Binet, Gesselova vývojová škála, Stupnice dětského vývoje N. Bayleyové atd.) i anamnézy. Úkolem psychologů je nejen stanovení mentální úrovně dítěte, ale také mapování symptomatiky typické pro děti s PAS a vyšetřování aktuálních schopností dítěte v různých oblastech (sociální chování, schopnost imitace, komunikace, motorika, analyticko-logické myšlení, zrakové a sluchové vnímání apod.) (Thorová, 2012).

K vyšetření nejčastěji přichází s dítětem matka nebo oba rodiče, se kterými je velice důležité navázat vztah, získat si jejich důvěru a seznámit je s postupem vyšetření. V první fázi vyšetření jde o navázání kontaktu s dítětem, jeho pozorování při volné hře, hodnocení jeho schopnosti adaptovat se na nové prostředí, sledování jeho chování, reakcí a dovedností. Řízená činnost se neprovádí ihned, ale dítěti je poskytován dostatek času, aby si zvyklo na osobu, která jej vyšetřuje.

Pokud se dítě špatně adaptuje na nové, neznámé prostředí, je možné provést diagnostiku v jeho domácím prostředí. Při samotném vyšetření je důležité přizpůsobovat vyšetřovací postupy dítěti, je nutné reagovat rychle a pružně (Beranová, Thorová in Hrdlička, Komárek, 2004).

K určení správné diagnózy však nestačí pouze psychologické vyšetření, ale je nezbytné použít některé specifické diagnostické metody, kam patří screeningové metody, posuzovací škály a složitější semistrukturované dotazníky.

Mezi specifické diagnostické metody se řadí:

- CARS (ChildhoodAutism Rating Scale = Škála dětského autistického chování) – jedná se o metodu, která hodnotí dítě v patnácti dílčích škálách na základě přímého pozorování, informací získaných od rodičů či z jiných anamnestických dokumentů (Krejčířová, 2009);
- ADI-R (AutismDiagnostic Interview – Revised);
- ADOS (AutismDiagnosticObservation Schedule);
- DACH (Dětské autistické chování);
- CHAT (Checklist forAutism in Toddlers);
- ABC (Autism Behavior Checklist) a další (Beranová, Thorová, Hrdlička, Propper in Hrdlička, Komárek, 2004).

Jiná somatická nemoc či (genetická) anomálie

Významnou součástí diagnostiky PAS je diferenciální diagnostika. Bazalová (2017) shrnuje tři důležité úkoly diferenciální diagnostiky: odlišení PAS od jiných poruch, stanovení přesné diagnózy u spolu vyskytujících se poruch a diferenciace jednotlivých poruch autistického spektra navzájem mezi sebou. Po obdržení diagnózy diagnostika dítěte pokračuje. Hodnotí se výkon dítěte v jednotlivých oblastech (školní dovednosti, možnosti pracovního zařazení apod.). Nejde již o stanovení PAS, ale determinaci možností dítěte pro jeho spokojený život. V tom jim pomáhají školská zařízení, důležitou roli hrají speciálně pedagogická centra, především pro děti s mentálním postižením či pro děti s PAS.

V současné době je známo zhruba čtyřicet chorob a stavů, které se pojí s autismem. Nejčastěji sem bývá zařazována například rubeola v graviditě, syndrom fragilního X chromozomu, některé metabolické vady (např. fenylketurie) a tuberózní skleróza. Přibližně u 10 % jedinců s autismem nalezneme sluchové problémy, u 20 % problémy zrakové (Thorová, 2007, online).

Neurologické nálezy

Téměř u poloviny jedinců s diagnózou dětského autismu byly objeveny různé nespecifické projevy mozkového poškození – abnormální EEG nálezy, mozečkové abnormity, abnormity mozkové kůry, abnormity v čelních a spánkových lalocích či biochemické abnormity, které se týkají například dysfunkce hladiny některých neuromediátorů (např. serotoninu). Pouze u jedné desetiny jedinců s autismem nebyla nalezena žádná viditelná porucha CNS. Zhruba u 30 % jedinců se vyskytuje epilepsie. Vyskytuje se spíše u dětí, jejichž IQ je nižší než 50, zatímco u dětí s autismem, které mají normální IQ, je ojedinělá (Thorová, 2007, online).

Dědičnost

Dědičnost má u poruch autistického spektra celkem značný vliv. Z výsledků různých výzkumů vyplývá, že rodiče, kterým se narodilo dítě s autismem, mají 2–5% šanci, že jejich druhé dítě bude také autistické. Rodiče tedy podstupují padesátkrát větší riziko než rodiče se zdravým dítětem. Výsledky dalších výzkumů, tentokrát na dvojčatech, zjistily, že je vyšší procento výskytu autismu u jednovaječných dvojčat (62–89%) než u dvouvaječných (0–3 %). Geny, které by za to byly zodpovědné,

nejsou známy, avšak předpokládá se, že jde o kombinaci běžných genů a z části kombinace vlivu genů a prostředí (Thorová, 2007, online).

Rodiče by měli s dětmi průběžně absolvovat další specifické diagnostiky, protože poruchy autistického spektra se mohou časem změnit a stanovení finální diagnózy někdy bývá otázkou několika let (Bazalová, 2017). Tomuto tvrzení odpovídá následující citát, který uvedla ve své knížce Thorová (2016, s. 297).

„Začínal jsem ve škole jako mentálně postižený, později jsem se stal schizofrenikem, a když jsem dokončil vysokou školu, stal se ze mne vysoce funkční autista.”
DeeLandry in Tréhin, 1994

2. 5. Výchovně vzdělávací přístupy k dětem s poruchou autistického spektra

V rámci podpory edukace dětí s PAS lze využít různé výchovně vzdělávací přístupy. Mezi nejznámější a nejvyužívanější však patří TEACCH program a z něj vycházející strukturované učení.

2. 5. 1. TEACCH program (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children)

Jde o program péče o jedince s PAS, který vznikl v americkém státě Severní Karolína, a to díky spolupráci rodičů a profesionálů, kteří reagovali na tvrzení, že děti s autismem jsou nevzdělavatelné a příčinou jejich poruchy je špatná výchova. Tento program je určený pro všechny věkové kategorie a stal se modelem péče o lidi s autismem v řadě zemí (Thorová, 2016).

Tento program vymysleli v roce 1966 dva vědci, Erich Schopler a Robert Reichler. Byl zamýšlen jako psychoedukační nápravný program, kde se na terapii pro děti s poruchami autistického spektra podílejí přímo i rodiče. TEACCH program vychází z úzké spolupráce mezi odborníky a rodiči. Rodiče ve spolupráci s odborníky pracují na návrhu individuálního výchovně vzdělávacího programu, který pak bude předán budoucí škole dítěte a stane se součástí edukačního přístupu (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Filozofie a zásady TEACCH programu:

- individuální přístup k dětem;
- aktivní generalizace dovedností (prostupnost školního a domácího prostředí);

- úzká spolupráce s rodinou;
- integrace dětí s autismem do společnosti;
- přímý vztah mezi ohodnocením a intervencí;
- pozitivní přístup i k dětem s problematickým chováním, aktivní snaha o pedagogickou intervenci vedoucí ke zlepšení chování (Thorová, 2012, s. 385).

2. 5. 2. Strukturované učení

Strukturované učení vychází z již zmíněného TEACCH programu a z Loovasovy intervenční terapie. Základem obou přístupů jsou behaviorální a kognitivně – behaviorální intervence. Zatímco behaviorální intervence je zaměřena hlavně na vnější změnu podmínek učení a chování jedince, kognitivně-behaviorální intervence je zaměřena nejenom na změnu podmínek učení a chování, ale rovněž na změnu myšlení jedince (Čadilová, Žampachová, 2008).

Čadilová, Jůn a Thorová in Hrdlička, Komárek (2004) zmiňují, že strukturované učení klade důraz na využívání individuálních schopností dítěte, na nácvik sebeobsluhy a samostatnosti, využívání metod alternativní komunikace a prosazuje nutnost spolupráce s rodinou. Díky strukturovanému učení se děti s PAS rovněž učí pracovnímu chování a nácviku sociálních dovedností. Metodika je přizpůsobena specifikám daných poruch a využívá především silných schopností dětí.

Strukturalizace pomáhá dětem s PAS zprůhlednit posloupnost činností, vnést jasná pravidla a mít jednoznačně uspořádané prostředí, ve kterém se pohybují. Metoda strukturovaného učení částečně usnadňuje kompenzaci jejich handicapu, přináší jim řád, logičnost, pocit jistoty a bezpečí. Dále umožňuje akceptovat nové úkoly, učit se a lépe snášet události, které jsou pro ně nepředvídatelné (Thorová, 2016).

Aby tato metoda fungovala a byla efektivní, je důležité dodržovat základní pravidlo systému práce „zleva doprava“ a „shora dolů“. Tento systém je uplatňován ve všech oborech lidské činnosti. Základními principy strukturovaného učení jsou individualizace, strukturalizace, vizualizace a motivace, které jsou rovněž podstatou celého strukturovaného učení (Jelínková, 2008).

Individualizace

Princip individualizace v sobě zahrnuje poznání konkrétního jedince, individuální řešení jeho problémů a práce v individuálním vztahu s tímto jedincem.

Tento princip rovněž přináší individuální volbu metod a postupů, individuálně volené úlohy, individuální formy vizualizačních pobídek, komunikace a motivace, či individuálně upravené prostředí. Individuální přístup je základem pro veškerou výchovnou i vzdělávací činnost (Čadilová, Žampachová, 2008).

Strukturalizace

Strukturalizace díky jednoznačnému viditelnému uspořádání prostředí, času a jednotlivých činností usnadňuje jedincům s PAS orientaci v čase a prostoru a také jim napomáhá pružněji reagovat na změny. Odpovídá jim na otázky: „Kdy, kde, co, jak, jak dlouho, proč?“

Struktura prostředí

Struktura prostředí odpovídá na otázku „Kde?“. Pro jedince s PAS se vytyčují místa pro jednotlivé důležité činnosti během dne (například stůl pro individuální práci, jídelní stůl, prostor pro volnou hru, prostor pro odpočinek). Vyčleněná místa by se neměla přemísťovat a pokud možno by se neměla provádět jiná činnost na místě, které pro ni není vyhrazeno. Měla by se rovněž vymezit hranice mezi jednotlivými místy (pomocí paravánů, barevných kobereců, barevných pásků na zemi atd.). Jasně vymezené hranice pomáhají jedincům s PAS rozpoznat, kde místo určené k jednotlivým činnostem začíná a kde končí (Thorová, Semínová, 2007, online).

Struktura času

Pro jedince s PAS zobrazujeme čas v takové podobě, které bude rozumět a respektovat ji. K tomu přispívají denní režimy. Jde o sled jednotlivých činností během dne, které po sobě následují. Denní režim a kartičky na něm umístěné odpovídají na otázky: „Co budu dělat?“ a „Kdy to budu dělat?“. Denní režimy mohou být nástěnné či přenosné. Nástěnné režimy jsou umístěné na určitém místě (většinou zeď) vodorovně nebo svisle. V horní části je umístěna fotografie a jméno dítěte, poté jsou umístěny kartičky s činnostmi (piktogramy, obrázky, fotografie...) a na konci je umístěna krabička, do které se odkládají kartičky s činnostmi, pokud je daná činnost splněná. Přenosné režimy si jedinci mohou nosit s sebou a jsou vyrobené převážně ve formě desek. Existují také dlouhodobé režimy, ať už týdenní či měsíční, kam se píše nebo přikládají kartičky s mimořádnými akcemi a činnostmi, které se pravidelně neopakují

anebo činnostmi, které se pravidelně konají jen jedenkrát v týdnu nebo v měsíci. Mají podobu kalendářů či diářů.

Struktura činností

Pomocí struktury činnosti odpovídáme na otázky: „Jak?“ a „Jak dlouho?“. Musí být vizuálně zřejmé, jakým způsobem bude jedinec pracovat a jak dlouho bude trvat splnění zadaného úkolu. Doba trvání závisí na počtu úloh, počtu jednotlivých kroků při plnění úkolu a počtu jednotlivých komponentů. Existují různé strukturované úlohy: krabicové úlohy (nejjednodušší), úlohy v deskách (vyšší forma), úlohy v pořadačích, šanonech (více úloh najednou), sešity a pracovní listy (nejvyšší typ) (Čadilová, Žampachová, 2008).

Vizualizace

Vizualizace umožňuje snadněji a samostatněji interpretovat strukturu prostoru, jednotlivých činností a času. Jestliže je správně nastavena vizuální podpora u jedinců s PAS, tak dochází ke kompenzaci jejich handicapu v oblasti pozornostních a paměťových funkcí. Vizualizace také pomáhá rozvíjet komunikační dovednosti (Čadilová, Žampachová, 2008). Některým dětem vyhovují písemné pokyny, někomu piktogramy, pro jiné jsou srozumitelné barevné či černobílé obrázky, fotografie nebo konkrétní předměty. K vizualizaci času se využívají již zmíněné denní režimy (viz Struktura času), neboť vizualizace času se se strukturou času prolíná. Vizualizace prostoru napomáhá dětem k samostatnosti a pocitu jistoty (Vilášková, 2006). K vizualizaci činností využíváme procesuální schémata, kdy jsou jednotlivé činnosti rozděleny do jednotlivých kroků.

Vizuální vnímání patří mezi silné stránky jedinců s PAS, jelikož co je vidět, tak je pro ně konkrétnější a srozumitelnější. Vizualizace jim napomáhá snadněji pochopit komplexnější informace. Dokud mají informace na očích, mohou se kdykoliv ujistit, že platí. Výhodou je i určitá trvalost vizuálních pomůcek (Kouřil, 2014, online).

Motivace

Motivace je důležitá proto, aby dítě mělo důvod, proč má pracovat. Pozitivní motivace totiž funguje lépe než trest. U jedinců s PAS fungují (hlavně tedy na začátku) jen materiální odměny (sladkost, oblíbená hračka) případně činnostní odměna (oblíbená činnost). Nutné je však začínat s vyšší frekvencí odměn a postupně pak jejich četnost

redukovat, či přejít na sociální odměňování (nejvyšší forma odměny – pochvala, pohlázení) (Thorová, 2016).

Čadilová, Žampachová (2008) uvádějí, že pokud se dětem s PAS zajistí systematické poskytování odměn za žádoucí chování, dochází u nich k trvalému zlepšení chování. A pokud má být odměna účinná, musí následovat ihned po splnění požadovaného úkolu. Hovoří rovněž o tzv. žetonovém systému odměn, kdy dítě získává žetony za splněné úkoly a jakmile nasbírá požadovaný počet žetonů, může si je vyměnit za oblíbenou věc, aktivitu či sladkost.

2. 5. 3. Komunikační terapie (alternativní a augmentativní komunikace, dále AAK)

Metody alternativní a augmentativní komunikace se využívají především u dětí nemluvicích nebo jako podpůrný systém u dětí mluvících.

Pomocí metod AAK se provádí nácvik znaků, používání piktogramů, symbolů, psaní a čtení slov. Tyto metody nezprostředkovávají dítěti pouze alternativní způsob komunikace, ale snaží se u něj rozvíjet a navozovat všechny nutné funkce komunikace (např. nacvičování žádostí, získávání pozornosti, souhlasu, nesouhlasu, vyjádření pocitů, podávání a získávání informací, sociální komunikace, popisu okolí a popisu vlastní činnosti). Ucelenou metodikou je například britský PECS (Picture Exchange Communication System), který je u nás v České republice známý jako Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS). Komunikaci prostřednictvím piktogramů můžeme u dětí s PAS užívat, pokud jejich mentální věk překročil 15. měsíc. Je to z toho důvodu, že piktogramům do té doby neporozumí, proto je nutné u těchto dětí rozvíjet hlavně předřečové dovednosti (ukazování, reciprocitu). Piktogramy se využívají i u dětí mluvících, neboť jim pomáhají pochopit význam komunikace a zlepšit jejich spontaneitu (Thorová, 2016).

2. 5. 4. Behaviorální přístupy

Behaviorální přístupy slouží především ke zlepšení sebeobslužných činností, kognitivních dovedností nebo k eliminaci problémového chování. Existuje více přístupů: behaviorální terapie (používané u jedinců, kteří nespolupracují, nekomunikují, nejsou schopni vyjádřit své pocity a nevnímají problém), kognitivně behaviorální terapie (pracují se změnou myšlení u těch jedinců, kteří komunikují, spolupracují, jsou

schopni vyjádřit své pocity a své chování změnit), nejznámější je však aplikovaná behaviorální analýza (Bazalová, 2017), kterou se podrobně bude zabývat 3. kapitola.

Ve výchovně vzdělávacích přístupech k dětem s PAS se můžeme setkat s celou řadou různorodých terapií (terapie s asistencí zvířat – canisterapie, hipoterapie, dále arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie, herní a interakční terapie, relaxace – Snoezelen a další). Důležité je mít na paměti, že pro jedince s poruchou autistického spektra sice byla navržena řada léčebných postupů a terapií, z nichž některé slibují zázračné výsledky, ale pravdou je, že žádná terapie nepřináší stoprocentní výsledky. Ověřitelnost účinnosti jednotlivých terapií je velice obtížná, a navíc bylo zjištěno, že účinnost mnoha terapií nepřevyšuje placebo efekt čili přechodné zlepšení díky víře a sugesci. Při výběru terapií je třeba zvážit možná rizika a odpovědět si na otázku, zda nás terapie neobírá o cenný čas a peníze. Je nutné se informovat o výsledcích dané terapie u více zdrojů. Nejlepší výsledky naopak zaznamenaly strukturované intervenční programy (TEACCH, aplikovaná behaviorální analýza) (Thorová, 2016).

3. Aplikovaná behaviorální analýza (ABA terapie)

„Pokud ode mě něco chceš, pokud chceš, abych něco udělala, respektuj, kým jsem, respektuj můj způsob řešení problémů, naslouchej mi a dovol mi nesouhlasit a najít svou vlastní cestu.“

citát o ABA terapii (Můj autismus, 2016, online)

Tato kapitola shrnuje nejzákladnější informace o ABA terapii. Na úvod je potřebné seznámit se s definicí pojmu ABA terapie, neboť se stále častěji setkáváme s tímto pojmem v souvislosti s poruchami autistického spektra.

3. 1. Definiční vymezení ABA terapie

„Aplikovaná behaviorální analýza (ABA) je velmi propracovaná a přísně individuálně sestavená terapie, která vychází z principů učení a chování – behaviorismu. ABA je definována jako terapie, která používá systematické metody, nástroje, techniky a strategie napomáhající redukovat nevhodné chování a nahrazovat je alternativním (vhodným) chováním.“ (Středisko na Sioně, 2016).

Richman (2006, s. 17) uvádí, že *„aplikovaná behaviorální analýza je metoda, pomocí které pozorujeme a hodnotíme chování a učíme chování nové.“*

Gandalovičová (2016, online) dodává, že aplikovaná behaviorální analýza se zabývá funkčním vztahem mezi prostředím a lidským chováním. Snaží se na základě detailní analýzy zjistit, proč určité chování vzniká a jak je obměnit.

3. 2. Stručná historie a současnost ABA terapie

Ačkoli ABA terapie může být vnímána jako nová metoda, má za sebou již více než 50 let vědeckého výzkumu. ABA terapií se začal věnovat tým pracovníků kalifornské univerzity vedený psychologem O. I. Lovaasem, a to na počátku 60. let 20. století. Lovaas jako první vytvořil intenzivní behaviorální intervenci pro děti s autismem známou jako ABA terapie nebo jako „Lovaasův program“ a v roce 1981 publikoval ve své knize *Teaching Developmentally Disabled Children* principy ABA terapie (Gandalovičová, 2017, online).

V roce 1987 Lovaas publikoval výzkum o dopadu rané intervenční terapie na devatenáct dětí předškolního věku, kdy u všech dětí popsal dramatické zlepšení

v nárůstu intelektu. Za šest let od publikace tohoto výzkumu byla skupina těchto dětí podrobena následné studii.

Ukázalo se, že většina dětí, které podstoupily ranou intervenční terapii, byla integrována do běžných škol a dosáhla „normální úrovně fungování.“ Mezi odborníky se poté rozpoutala diskuze o účinnosti dané terapie. Byl kritizován výběr účastníků (dětí s mírnější variantou poruchy), vymezena definice normy, která byla dána na rovinu s integrací do běžné základní školy (zvládnání formálních dovedností) a nebrala ohled na úspěšnost v kontaktu s vrstevníky, sociální a emoční dovednosti a celkovou pružnost myšlení. V některých státech Spojených států amerických je však raná intervenční terapie součástí veřejných služeb pro jedince s PAS a výzkumy pravidelně zaznamenávají efektivitu ABA terapie (Thorová, 2016).

Vývoj ABA terapie zásadním způsobem ovlivnila, kromě dlouholetých výzkumů Lovaase, i publikace B. F. Skinnera Verbální chování z roku 1957, která obsahuje detailní behaviorální analýzu mezilidské komunikace. Tato publikace získala pozornost až ke konci 90. let díky publikaci M.L. Sundberga Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB – MAPP), která slouží jako edukačně hodnotící profil a nástroj při tvorbě individuálních plánů pro děti s PAS. Přístup VB – ABA (Verbal Behavior – Applied Behavioral Analysis) je součástí ABA terapie, využívá její metodologii, ale zároveň je rozšířena ještě o Skinnerův koncept verbálního chování, který byl v tradičním Lovaasově programu opomíjen (Středisko na Sioně, 2016).

ABA terapie je v mezinárodním společenství považována za nejrozšířenější a rovněž i za nejlépe ověřený přístup, přesto existuje poměrně vysoké procento dětí, u kterých se efektivita neprokázala. Tato skutečnost proto vede k dalšímu ověřování, hledání nových metod a kombinací (Thorová, 2016). V roce 1993 byla vydána publikace s názvem Let me hear your voice od autorky Catherine Maurice, která znamenala pro aplikovanou behaviorální analýzu návrat k popularitě. Publikace popisuje behaviorální program dvou autorčinych dětí s autismem. Autorka měla zpočátku skeptický názor na tuto terapii, techniky ABA terapie považovala za negativní, nepružné s malým účinkem a se sklony k učení robotického chování. Ovšem praktické zkušenosti ji přesvědčily o opaku a behaviorální intervence se jí osvědčila jako úspěšná (Leaf, McEachin, 1999).

Gandalovičová (2017, online) píše o tom, že přesvědčivost dosažených výsledků v ABA terapii podpořena četnými studii vedla například v USA k zahrnutí ABA

terapie do úkonů hrazených ze zdravotního pojištění, a to již od pozitivního screeningu na PAS buď v 18 nebo 24 měsících.

ABA terapie, která se řadí mezi ranou intenzivní behaviorální intervenci je v USA též podporována řadou amerických odborných společností (American Academy of Paediatrics, American Academy of Family Paediatrics, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, American Academy of Neurology a další).

Výhody a nevýhody ABA terapie

Výhody:

- včasná intervence založená na principech a postupech ABA terapie může u velkého počtu dětí s PAS vést k velkému, komplexnímu, přetrvávajícímu a smysluplnému zlepšení v řadě důležitých oblastí;
- u některých dětí může toho zlepšení znamenat dosažení zcela normálního fungování v oblasti intelektuální, sociální, komunikační i adaptační;
- u většiny dětí dochází k podstatnému pokroku v mnoha dovednostech a k redukci problémového chování;
- z dlouhodobého hlediska jde o terapii, která se vyplatí ve srovnání s náklady na celoživotní péči a podporu dětí s PAS (Středisko na Sioně, 2016).

Nevýhody:

- časová náročnost;
- finanční náročnost;
- omezená kapacita.

Studie však tvrdí, že i přes časovou a finanční náročnost se ABA terapie vyplatí ve srovnání s náklady na celoživotní péči o jedince s PAS. Byly publikovány studie (1997), které dokazují, že děti, které podstoupily intenzivní ABA terapii v předškolním věku, potřebovaly méně speciální podpory během školních let i v dospělosti než děti, které se terapii nezúčastnily (Gandalovičová, 2016, online).

Nevýhody v ČR:

- nedostatek proškolených pracovníků;
- nedostatek supervizorů;
- nedostatek odborné literatury v českém jazyce;

- momentálně není ABA terapie zařazena do systému péče o děti s PAS (Středisko na Sioně, 2016).

V současné době totiž v České republice neexistují žádná legislativní ukotvení a standardy pro ABA terapii. Byl však vytvořen projekt MŠMT „Zavedení postgraduálního studia aplikované behaviorální analýzy pro práci s dětmi s PAS a jiným neuro vývojovým postižením“ (2016–2020). Cílem tohoto projektu bylo vytvoření studia aplikované behaviorální analýzy, realizace tohoto studia a vyškolení supervizorů a vytvoření systému supervize praxe. Tento projekt je realizován na Masarykově univerzitě v Brně, kde je v současné době nabízen základní kurz: Úvod do aplikované behaviorální analýzy. Od podzimu 2017 je rovněž možno absolvovat studium Aplikované behaviorální analýzy (což je základ pro certifikaci BACB) a studium Aplikované behaviorální analýzy – studium v zahraničí (pro budoucí supervizory). Výuku zde zajišťují odborníci, kteří mají kvalifikaci získanou v zahraničí (např. i jediná certifikovaná ABA analytička v ČR Mgr. Dita Chapman). Základní studijní materiály jsou překládány do českého jazyka, studium však vyžaduje znalost anglického jazyka a schopnost vykonat zkoušku BACB v cizím jazyce (Pančocha, online).

Dostupnost ABA terapie v České republice je jednou z oblastí „Podnětu k řešení situace života osob s poruchou autistického spektra a jejich rodin“, předloženého Vládním výborem pro zdravotně postižené občany a schváleného vládou ČR usnesením č. 111 z 8. února 2016. Realizací opatření je pověřeno Ministerstvo zdravotnictví. Garantem mezinárodně certifikované ABA terapie je v ČR Česká odborná společnost aplikované behaviorální analýzy ve spolupráci s Pracovní skupinou pro oblast aplikované behaviorální analýzy při ČLS JEP (Gandalovičová, 2017, online).

Česká odborná společnost aplikované behaviorální analýzy

Jedná se o zapsaný spolek, který vznikl v lednu 2016 a svým vznikem reaguje na nedostupnost certifikované ABA terapie jedincům, kterým může výrazně pomoci dosáhnout samostatnějšího až samostatného života a být tak méně závislími na pomoci okolí.

Jejich vizí je dostupnost Aplikované behaviorální analýzy dle mezinárodních standardů v souladu s BACB (Behavioral Analyst Certification Board) v České republice.

Hlavními cíli této společnosti jsou:

- dosažení možnosti vzdělání v nelékařském oboru aplikované behaviorální analýzy dle mezinárodních standardů s možností certifikace BACB;
- zavedení behaviorální analýzy v terapii dětí již po pozitivním záchytu na PAS v 18 až 24 měsících;
- docílení hrazení ABA terapie z prostředků zdravotního pojištění;
- seznámit českou odbornou i laickou veřejnost s možnostmi využití metod aplikované behaviorální analýzy při terapiích u osob s PAS a dalšími diagnózami;
- garantovat korektní postupy praxe certifikovaných ABA analytiků, terapeutů a praktiků, které bude profesně sdružovat, a to vůči zahraničním partnerům, státním institucím, a hlavně lidem s PAS a jejich rodinám, které budou tuto terapii využívat (Česká odborná společnost aplikované behaviorální analýzy, online).

V mezinárodním kontextu je v současné době na kvalitu ABA dohlíženo ze stran certifikačních a členských organizací:

- BACB – Behavior Analyst Certification Board (Mezinárodní výbor pro certifikaci behaviorálních analytiků);
- ABAI – Association of Behavior Analysis International (Mezinárodní asociace behaviorální analýzy);
- EABA – European Association for Behaviour Analysis (Evropská asociace behaviorální analýzy).

BACB (Výbor pro certifikaci behaviorálních analytiků)

Jde o jediného mezinárodně uznávaného poskytovatele certifikace behaviorálních analytiků. Certifikace BACB je zárukou základní odborné kompetence terapeutů, kteří poskytují behaviorálně analytické služby.

Výbor rovněž určuje standardy pro vzdělávání, praxi a supervizi, testuje a uděluje certifikaci behaviorálních analytiků, vede registr behaviorálních analytiků, nastavuje etické a profesní standardy v ABA terapii, akredituje studijní programy v ABA terapii či poskytuje poradenství svým klientům (Pančocha, online).

3. 3. Charakteristika ABA terapie

Chování dítěte s PAS můžeme porozumět až ve chvíli, kdy podrobně posoudíme soubor všech okolností před a po sledovaném chování. Například pokud dítě zahodí hračku, musíme zjistit, co tomu předcházelo a jakým způsobem se potom dítě chová. Následně po vyhodnocení okolností před a po sledovaném chování můžeme začít se změnou chování a učit chování nové (Richman, 2006).

Ke zjištění vztahu mezi vlastními projevy chování a cílem chování slouží funkční analýza chování prostřednictvím ABC modelu (Jún, 2007, online).

Existují dva způsoby, jak využít teorii učení a ABA terapii, a to prostřednictvím učení postupnými kroky a příležitostným učením. Učení totiž *„může být definováno jako proces, kterým se formuje chování. Abychom mohli říct, že učení probíhá úspěšně, je třeba, aby změna v chování byla trvalá.“* (Richman, 2006, s. 17).

Při učení postupnými kroky terapeut nabídne dítěti Sd (dále pouze diskriminační stimul), jde o instrukci, která má vyvolat u dítěte speciální reakci. Jestliže dítě reaguje správně, terapeut posílí správnou reakci nějakou odměnou. Pokud dítě reaguje nesprávně, terapeut ho ihned pobídne tak, aby reagovalo správně. Pobídnutí je vedeno terapeutem tak, aby se dítě učilo správně reagovat na danou instrukci. Například terapeut požádá dítě, aby si nasadilo čepici, a vede jeho ruce tak, aby pomohl dítěti instrukci splnit. Postupné kroky se opakují do té doby, než se dítě naučí reagovat samostatně a pokračují do té doby, než je žádoucí změna chování trvalá. Učení postupnými kroky je výhodné, neboť jde o intenzivní učení a dítě získává přímou zpětnou vazbu. V příležitostném učením jde o to, že dítě iniciujeme ke kontaktu a k požádání o věc, kterou potřebuje a to tím, že upravíme podmínky nebo upřeme dítěti přístup k nějakému předmětu. Příkladem může být situace, kdy dítě požádáme, aby v tmavé místnosti četlo – dítě se učí rozsvítit světlo, případně požádá, abychom ho rozsvítili.

Pokud dítě neví, jak má reagovat, terapeut mu ke správnému řešení pomůže. Pobídky využívané v učení postupnými kroky se používají i v příležitostném učením a častým opakováním se učení podporuje (Richman, 2006).

3. 3. 1. ABC model

Tento model identifikuje příčinu problémového chování tím, že zkoumá situaci před chováním a sledováním následků chování. ABC model představuje algoritmus:

- A – antecedent (podnět);
- B – behavior (vlastní chování);
- C – consequences (následek).

Aby se jakékoliv konkrétní chování (B) vyskytlo, musí mu předcházet určité podněty (A). Aby se v budoucnu stejné konkrétní chování (B) opakovalo, musí se po něm objevit takové následky (C), které jedinci přinášejí nějaké zisky a motivují ho při stejných podnětech (A) znovu užívat stejné konkrétní chování (B) (Thorová, Jůn, Čadilová in Hrdlička, Komárek, 2004).

Vlastní řešení problémového chování spočívá ve změně patřičných podnětů (A) tak, aby se problémové chování (B) nemohlo vyskytnout a změně následků (C) tak, aby přestalo problémové chování (B) být funkční (Jůn, 2007, online).

Učení v ABA terapii probíhá vždy v malých krocích. Každý krok začíná diskriminačním stimulem (Sd) (Chrapková, 2013, online). Diskriminační stimul je každá instrukce, která má vyvolat speciální reakci. Pokud má být instrukce účinná, musí jí dané dítě s PAS rozumět, musí být stručná, s jasným začátkem a koncem. Existuje řada různých diskriminačních stimulů: verbální, vizuální (nápis, obrázek, které symbolizují pokyn) či gesta (např. ukazujeme směrem, kam se má dítě podívat nebo na předmět, který si má vzít) (Richman, 2006). Z pohledu formátu ABC se jedná o první část – A (antecedent). Dítěti se vysloví jasná instrukce (A), následuje konkrétní chování dítěte (B), pak reakce terapeuta (C), která je realizována formou pochvaly, odměny či pobídky (Chrapková, 2013, online).

Z pohledu ABC modelu je pro změnu chování důležité především to, co následuje po konkrétním chování (C).

Žádoucí i nežádoucí chování může být vědomě či nevědomě posíleno, potrestáno nebo necháno vyhasnout. ABA terapie nicméně klade důraz na odměňování žádoucího chování a pokud možno ignorování chování nežádoucího (Chrapková, 2013, online).

3. 3. 2. Uplatňované metody v ABA terapii

Mezi základní metody, které se využívají v ABA terapii, řadíme posilování, trest a vyhasínání. Můžeme se rovněž setkat například s metodami generalizace, modelování, pobízení či řetězení a řadou dalších.

Posilování

Jde o nejvíce používaný postup v ABA terapii. „*Je to cokoli, co po úspěšném chování zvýší intenzitu tohoto chování (nejefektivnější je, když to nastane do 1 sekundy). Musí mít pozitivní vliv na budoucí chování*” (Středisko na Sioně, 2016, s. 9).

Máme dva způsoby, jak posilovat chování: pozitivní a negativní posilování.

Pozitivní posilování zahrnuje každý podnět, který následuje ihned po žádoucím chování a zvýší frekvenci tohoto chování. Například pokud dítě za uklizení hraček dostane oblíbený bonbon, je pravděpodobné, že hračky uklidí i v budoucnu. Existují různé typy pozitivního posilování, např. materiální odměna (oblíbené jídlo a pití, oblíbená hračka), verbální (pochvala), sociální (pohlazení, šimrání apod.) či činnostní odměna (Richman, 2006).

Negativní posilování spočívá v posílení určitého chování tím, že po žádoucím chování eliminujeme pro dítě nepříjemnou činnost (Schopler, Mesibov, 1997). Na základě negativního posilování učíme dítě s PAS žádat a vyhýbáme se tak negativním důsledkům (Středisko na Sioně, 2016).

Trest

Trest v ABA terapii musí následovat okamžitě po daném chování (čím dříve bude trest následovat, tím bude efektivnější). Rozlišují se dvě možnosti trestu: pozitivní a negativní trest. Pozitivní trest zahrnuje něco, co v averzivním prostředí přibude (např. dítě rozlije čaj – musí si to po sobě uklidit). Když využijeme negativní trest, tak odstraníme něco, co dítě považuje za svoji odměnu (např. seberu dítěti oblíbenou hračku, protože s ní hází a dám ji někam, kde na ni nedosáhne) (Středisko na Sioně, 2016).

Jak uvádí Meadows (2015, online) ve svém odborném článku, trest je součástí učení. Jde o nezbytný učební nástroj, který nám pomáhá naučit se určitým věcem vyhnout či některé věci vůbec nedělat. Protože kdybychom se neučili z důsledků našeho chování, mohl by být negativně ovlivněn náš budoucí život. V podstatě je trestem něco, co má za cíl eliminovat nevhodné chování. Autorka popisuje stejně jako pracovníci Střediska na Sioně, že máme dva druhy trestů (pozitivní, negativní). Pozitivní znamená, že jsme něco přidali a negativní znamená, že jsme něco vzali. Pokud je trest proveden správně, může vyvolat okamžitou změnu chování. Nicméně desetiletí výzkumu

a empirických studií jednoznačně ukázaly, že je vždy lepší se spoléhat na posilování, nikoli na trest.

Vyhasínání

Při vyhasínání terapeut nevyužívá žádné pozitivní posilování, dítě nedostává žádný oblíbený pamlsek či hračku, ani pokud se objeví záchvaty vzteku, aby dosáhlo přilákání pozornosti či dosáhlo svého. U tohoto přístupu je důležité uvědomit si dvě věci. Prvním aspektem je to, že na začátku užívání metody vyhasínání většinou dochází k dočasnému zvýšení nevhodné činnosti či nevhodných projevů, kdy dítě žádá, aby se vrátily dřívější praktiky (dostání odměn). Druhou skutečností je fakt, že nevhodné projevy nevyjmí okamžitě, nýbrž budou mizet postupně (Schopler, Mesibov, 1997).

Jde tedy o proces, během kterého se odstraňuje „posilovač“ udržovaného chování. Jestliže se negativní chování přestane posilovat, zvýší se pravděpodobnost jeho vyhasínání (Středisko na Sioně, 2016).

Generalizace

„Generalizace znamená, že určitá dovednost předvedená za specifických okolností je přítomna i za jiných podmínek.“ (Richman, 2006, s. 24). Generalizace se neobjevuje spontánně, musí se procvičovat na různých místech, v různých situacích, s různými lidmi. Jelikož chování či dovednosti se stávají funkčními právě tehdy, pokud jsou generalizovány.

Modelování

V modelování jde o to, že děláme přesně to, co chceme, aby dělalo krok za krokem dítě. Dítě nás pozoruje a učí se prostřednictvím napodobování. V metodě modelování můžeme využít i video, kdy se snažíme dítě vhodně pobízet k tomu, aby napodobovalo to, co vidí ve videu (Richman, 2006).

Pobízení

Pobídkou rozumíme jakoukoliv pomoc, která provází pokyn s cílem podpořit žádoucí reakci. Pobízení je velice účinné, i když samozřejmě chceme, aby pobídka byla co nejméně nápadná, aby se zvýšila nezávislost dítěte. Jsou k dispozici různé typy pobídek: verbální pobídky (není snadné je odstranit, děti s autismem se na ně spoléhají jako na vodítka, čekají, jaká další aktivita bude následovat), fyzické pobídky (vedení

ruky dítěte, poklepání na rameno atd.), vizuální pobídky (nápis nebo obrázky znázorňující pokyny), poziční pobídka (podobá se vizuální pobídce, postavení určitého předmětu slouží jako vizuální klíč), modelování / gesta (děláme přesně to, co si přejeme, aby krok za krokem dělalo dítě) (Richman, 2006).

Řetězení

Při tomto postupu se rozděluje určitý úkol do několika jednodušších kroků a tyto kroky se postupně s dítětem nacvičují až do té doby, než dítě zvládne celý postup. Existuje tzv. přímé řetězení, kdy první část úkolu je nacvičována jako první a poslední část úkolu se učí na konci. A tzv. zpětné řetězení, kde se učí poslední krok úkolu jako první a postupuje se tedy opačným směrem (Schopler, Mesibov, 1997).

3. 3. 3. VB-ABA (Verbal Behavior – Applied Behavioral Analysis)

Součástí aplikované behaviorální analýzy může být i přístup VB-ABA (Verbal Behavior – Applied Behavioral Analysis). Přístup VB-ABA využívá metodologie ABA, ale zároveň je rozšířen o Skinnerův koncept verbálního chování. Základním rozdílem mezi ABA a VB-ABA je především pohled na rozvoj komunikačních dovedností. Zatímco ABA klade primárně důraz nejdříve na receptivní složku řeči, přístup VB-ABA učí přednostně specifické složky expresivní formy řeči (mand, takt, intraverbal) (Chrapková, 2013, online).

V klasické ABA terapii (podle Lovaase) děti, které nemluví, nedostávají na začátku programu možnost náhradního způsobu komunikace. Nejdříve se děti učí neverbální dovednosti, jako je např. imitace. Pokud nedochází k pokrokům a dítě je stále nemluvicí, zařazuje se alternativní forma komunikace (metoda VOKS). Oproti tomu VB-ABA nabízí alternativní formu komunikace hned na začátku programu, jelikož hlavním cílem je učit dítě sdělovat své potřeby jakoukoliv formou (Barbera, 2007).

Chrapková (2013, online) uvádí, že podle Skinnera je jazyk rozdělen do dvou skupin, a to na chování mluvčího (komunikátora) a chování posluchače (komunikanta). Funkční analýzu chování komunikátoru rozřadil do třech základních kategorií:

- mand (z angl. slova „command”, „demand” – přikazovat nebo něco žádat (např. „Chci ven.”);
- takt (z angl. slova „contact”) – popisování přítomného předmětu, vlastností, situace atd. (např. „To je auto.”);

- intraverbal – odpovídání na otázku, která je spojená s předmětem, osobou, vlastností nebo situací, která není během otázky přítomná (např. odpověď na otázku „Co jsi dnes dělal ve škole?“).

VB-ABA dítě učí nové slovo jako mand, dále jako takt, a nakonec jako intraverbal.

K těmto třem základním typům Skinner dále řadí: echoickou reakci (verbální opakování slyšeného slova), reakci na text (přečtení napsaného slova), transkriptivní reakci (psaní slova na základě diktátu), schopnost opisování textu (opis slova na základě vidění napsaného slova).

3. 3. 4. Učební program

Výběr učebního programu je u každého dítěte závislý na jeho individuálních schopnostech, které je třeba předem zhodnotit. S dítětem se začíná pracovat na několika konkrétních cílech, nejlépe na tom, co rodině a dítěti nejvíce pomůže ulehčit život. Pracuje se podle jasně daných malých kroků, postupuje se vždy od jednoduššího ke složitějšímu. Nejdříve dítěti terapeut pomáhá a posiluje každý zvládnutý krok, pomoc však postupně omezuje, aby se dítě naučilo být co nejvíce samostatné. Později se posilují pouze ty nejlepší reakce dítěte, aby dítě mohlo dosáhnout co největšího pokroku.

Terapie probíhá v zařízení, která terapii poskytuje a postupně je přenášena také do domácího prostředí. Terapie musí být intenzivní a dlouhodobá (Středisko na Sioně, 2016).

ABA terapie probíhá v rozsahu 25–40 hodin/týdně. Obvyklá doba, kdy dítě tuto terapii pobírá, je 2–5 let, někdy ale mnohem déle. Říká se, že kolik existuje ABA terapeutů, tolik bývá rovněž rozdílných přístupů, protože techniky se v závislosti na individuálním výběru vzájemně různě kombinují. Jinými slovy neexistuje přesný návod a postup práce, ale jde o využití behaviorálních technik v různých kombinacích (Centrum Terapie Autismu, 2014, online).

ABA terapie se zaměřuje na učební programy, které jsou podrobně propracovány do jednotlivých kroků a úrovní:

- pozornost (oční kontakt, reakce na pokyn, na své jméno);
- imitace (neverbální – hrubá a jemná motorika, motorika mluvidel a verbální – zvuky, hlásky, slabiky, slova);

- porozumění řeči a vyjadřovací schopnosti;
- kognitivní dovednosti (přiřazování, třídění, paměť, počítání, barvy, tvary, logické myšlení atd.);
- sebeobsluha (stravování, oblékání, toaleta, hygiena);
- sociální dovednosti (hra a komunikace s vrstevníky);
- řešení problémového chování.

Zpočátku je lepší zaměřit se na rychlé osvojení jedné či dvou dovedností, aby dítě zažilo brzy pocit úspěchu. Postupem času se přidávají další programy. Pokud nějaký program nefunguje, musí se změnit (Středisko na Sioně, 2016).

ABA terapie musí splňovat kritéria těchto 7 otázek.

- *Je aplikovaná?* – je zaměřená na změnu chování, která je důležitá pro jedince nebo jeho okolí?
- *Je behaviorální?* – je předmětem intervence chování?
- *Je analytická?* – hledá funkční vztahy mezi prostředím a chováním?
- *Je technologická?* – mají všechny postupy intervence přesný popis a umožňují zopakování?
- *Je konceptuálně systematická?* – vycházejí postupy z principů učení (behaviorismu)?
- *Je efektivní?* – jsou výsledkem intervence podstatné a trvalé změny v chování?
- *Je generalizující?* – projevují se změny v chování v nových prostředích a kontextech? (Pančocha, online)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. Uvedení do praktické části

4.1. Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem této diplomové práce je pozorování vlivu ABA terapie na chování předškolních dětí s PAS.

Dílčí cíle:

- provést komparaci chování dětí s PAS předškolního věku, které ABA terapii využívají, s dětmi s PAS předškolního věku, které ABA terapii nevyužívají;
- zjistit, jaké mají rodiče těchto dětí s PAS názory a postoje vůči ABA terapii.

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

VO1: *Existují pozorovatelné rozdíly v chování dětí s PAS předškolního věku, které ABA terapii využívají s těmi, které ABA terapii nevyužívají?*

VO2: *Existují u oslovených rodičů dětí s PAS rozdílné názory na ABA terapii s ohledem na to, jestli na ni se svým dítětem dochází či nikoliv?*

4.2. Metody výzkumného šetření

Tato diplomová práce využívá kvalitativní výzkumné šetření. „Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem kvalitativního výzkumu je vytváření nových hypotéz a teorií.“ (Olecká, Ivanová, 2010, s. 33).

Zde je využívána metoda nestrukturovaného a zúčastněného pozorování, obsahová analýza dokumentů a polostrukturovaný rozhovor. Tyto metody se jeví jako nejvhodnější vzhledem k cílům této diplomové práce.

4.2.1. Nestrukturované a zúčastněné pozorování

Jak uvádí Gavora (2000, s. 149) „u nestrukturovaného pozorování se nepoužívají předem stanovené pozorovací systémy, škály nebo jiné přesné nástroje.“ Jsou pouze určeny konkrétní události, osoby anebo jevy, které se budou pozorovat. Jde o velice pružnou metodu pozorování, která umožňuje přistupovat ke skutečnostem

novým, nerutinním způsobem. Díky tomuto typu pozorování se obvykle odhalují nové, nepředpokládané nebo skryté jevy a souvislosti.

Reichel (2009) dále zmiňuje, že nestrukturované pozorování má dosti nízký až nulový stupeň formalizace. To znamená, že je určen cíl nebo předmět pozorování a o dalších aspektech může pozorovatel rozhodovat průběžně a samostatně. Jedná se o náročnou metodu, přestože se většinou netýká většího počtu osob (kvůli minimální formalizaci ani nemůže).

Zúčastněné pozorování podle Hendla (2016) patří k nejdůležitějším metodám kvalitativního výzkumu. Pomocí této metody můžeme popsat co se děje, kdo nebo co se dění účastní, kdy a kde se jevy vracejí, jak se objevují a proč. Tato strategie se používá mimo jiné i v případových studiích (více v podkapitole...). Pozorovatel se sám účastní dění, není jen pasivním sběratelem dat a je v osobním vztahu s pozorovanými. Zúčastněné pozorování je vhodné pro zjišťování jevů, které jsou málo prozkoumané, pro existující velkou rozdílnost mezi pohledy členů a nečlenů sledované skupiny nebo pokud pozorovaný jev je nepřístupný pohledu osob mimo skupinu.

Zúčastněné, nestrukturované pozorování probíhalo v Mateřské škole speciální v Kolíně (dále jen MŠ), kde pracuji na pozici pedagoga, tudíž jsem se podílela na všech činnostech dětí, které jsou součástí tohoto výzkumného šetření. Výhodou této metody byla dobrá znalost prostředí MŠ a také přirozené chování dětí. Pozorování bylo zacíleno na děti s PAS předškolního věku, které docházejí na ABA terapii, ale rovněž i na děti, které na ABA terapii nedocházejí, neboť v rámci naplnění cílů diplomové práce byla provedena komparace chování mezi těmito dětmi. U dětí, které na ABA terapii docházejí, byl pozorován vliv ABA terapie na jejich chování a jeho proměna v časovém rozmezí půl roku.

4. 2. 2. Obsahová analýza dokumentů

Jde o výzkumnou metodu, která se uplatňuje především v kvalitativním výzkumu. „*Spočívá v identifikaci, srovnávání a vyhodnocování obsahových prvků v různých produktech lidské činnosti.*” (Průcha, Veteška, 2014, s. 198). Obecně je obsahová analýza považována za systematické vyhodnocování informací, které se týkají zkoumaného tématu či objektu.

Reichel (2009) uvádí, že se jedná o metodu, která není tak častá ani běžná a může mít dvě podoby – kvalitativní a kvantitativní. V tomto případě se budeme

zabývat jen přístupem kvalitativním. Kvalitativní přístup spočívá v hledání, co a jak bude třeba analyzovat a jaké fenomény apod. pro nás budou podstatné.

V rámci tohoto výzkumného šetření byly analyzovány dokumenty uložené v osobní složce dětí v MŠ. Osobní složka dětí v MŠ zahrnuje tyto dokumenty: zprávy od odborných lékařů (praktického lékaře, neurologa, psychiatra atd.), zprávy ze školského poradenského zařízení (pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogického centra), součástí osobní složky je rovněž i individuální vzdělávací plán dítěte.

4. 2. 3. Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor se též označuje jako semistrukturovaný rozhovor či rozhovor s návodem. Tazatel má sice předem připravený soubor otázek, ale v průběhu rozhovoru může pokládat otázky doplňující nebo některé připravené otázky upravit na základě svého uvážení. Tento typ rozhovoru bývá považován za optimální způsob získávání dat, protože kombinuje výhody standardizované a nestandardizované formy rozhovoru a snaží se minimalizovat jejich omezení. Patří k nejčastějším využívaným technikám kvalitativního přístupu (Sedláková, 2014).

Hendl (2016) zmiňuje, že je na tazateli, jakým způsobem a v jakém pořadí získá informace, které mu pomohou zodpovědět jeho otázky. Reichel (2009) ještě dodává, že jistá volnost v tomto typu rozhovoru může vést k vytvoření přirozenějšího kontaktu tazatele s respondentem, do jisté míry se dají akceptovat jeho osobnostní specifika, komunikace může lehčeji plynout a podobně. Na druhé straně se zde vyskytuje, byť malá, ale jistá míra formalizace, která ulehčuje utřídění údajů a jejich případné vzájemné porovnávání a zobecňování apod.

Polostrukturovaný rozhovor byl realizován v prostředí MŠ s rodiči dětí. Ve všech případech se jednalo o matky dětí. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru byly zjišťovány informace ohledně názorů a postojů rodičů vůči ABA terapii. Ve výzkumném šetření byly zvoleny dvě struktury rozhovorů, které se částečně odlišovaly svými otázkami. První byl určen pro rodiče, kteří se svými dětmi na ABA terapii docházejí a druhý pro rodiče, kteří na ni se svými dětmi nedocházejí. První rozhovor se zaměřil na otázky, které se týkaly především prvního seznámení se s ABA terapií, očekávání od této terapie, jak dlouho a kam rodiče se svým dítětem dochází na ABA terapii, co na ni řeší, jestli ABA terapie pomáhá jejich dítěti, součástí byla i otázka

zabývající se názorem na tuto terapii. Druhý rozhovor zahrnoval otázky, které se zaměřovaly hlavně na první seznámení se s ABA terapií, dále na posouzení vhodnosti či nevhodnosti této terapie pro jejich děti, součástí byla také otázka týkající se názoru na ABA terapii. V rámci dialogů s rodiči dětí byly pokládány i otázky doplňující.

4. 2. 4. Kazuistická studie

V kvalitativním výzkumném šetření se užívá několik přístupů, které mají v této oblasti pevné místo a považují se za základní. Pro toto výzkumné šetření byl vybrán výzkum s využitím případových studií (neboli takzvaných kazuistik), konkrétně využití osobních případových studií. Jedná se o podrobný výzkum určitého aspektu u jedné osoby. Pozornost se věnuje minulosti, kontextovým faktorům a postojům, které předcházely určité události. Hledí se i na možné příčiny, determinanty, faktory, procesy a zkušenosti, jež k ní měly vztah (Hendl, 2016).

Všechny informace, získané v rámci kvalitativního výzkumného šetření, byly zpracovány do kazuistik jednotlivých dětí předškolního věku s PAS.

4. 3. Charakteristika místa a průběhu výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno v MŠ speciální v Kolíně. Následně dojde ke stručnému přiblížení tohoto pracoviště, kde výzkumné šetření probíhalo.

MŠ speciální Kolín

MŠ speciální Kolín zajišťuje předškolní vzdělávání dětem s různým druhem a stupněm zdravotního postižení a znevýhodnění – dětem s vadami řeči, poruchou autistického spektra, tělesně i mentálně postiženým, dětem s kombinovanými vadami. Uplatňuje se zde individuální přístup, využívá se pomoc asistenta pedagoga, spolupracuje se se zákonnými zástupci dětí, s odbornými pracovišti i institucemi (např. SPC, PPP). S dětmi se pracuje formou prožitkového kooperativního učení. Děti jsou vzdělávány pomocí individuálních výchovně vzdělávacích plánů a v souladu se školním vzdělávacím programem. Při výuce se využívá velké množství kompenzačních a didaktických pomůcek, u dětí s PAS především metoda strukturovaného učení, metoda VOKS a další.

Časový průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo započato v září 2017, kdy nastoupily všechny děti do MŠ. Bylo vybráno celkem 6 dětí, které se staly součástí tohoto výzkumného šetření.

Zúčastněné, nestrukturované pozorování bylo v MŠ prováděno šest měsíců, od září 2017 do února 2018. Obsahová analýza dokumentace dětí probíhala v lednu 2018, neboť se dokumentace dětí během roku doplňuje o zprávy ze školského poradenského zařízení či od odborných lékařů (praktického lékaře, neurologa, psychiatra atd.). Rozhovor s rodiči byl realizován též v lednu 2018, vždy s jedním zákonným zástupcem daného dítěte (ve všech případech šlo o matky dětí). Rodiče byli poučeni o tom, pro jaké účely bude náš rozhovor sloužit, a souhlasili s ním. V únoru 2018 jsem na základě získaných informací sestavovala kazuistiky jednotlivých dětí.

4. 4. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek A

Výzkumný vzorek A tvoří 6 předškolních dětí s PAS. Z toho jsou čtyři chlapci a dvě dívky. U všech dětí je diagnostikován dětský autismus. Všechny tyto děti navštěvují MŠ speciální v Kolíně, ačkoliv se u nich liší délka jejich docházky do této MŠ. Z tohoto počtu tři děti docházejí na ABA terapii a další tři na ni nedocházejí.

Kazuistika č. 1: Jakub, rok narození 2011

Jakub je šestiletý chlapec, který MŠ speciální navštěvuje již čtvrtým rokem. Dětský autismus mu byl diagnostikován v jeho 2,5 letech. Jakub je prvním z dětí, který dochází na ABA terapii.

Kazuistika č. 2: Petra, rok narození 2012

Petra je pětiletá dívka, která do MŠ speciální chodí již druhým rokem. Dětský autismus jí byl diagnostikován ve 4 letech. Petra je druhá, která se zúčastňuje ABA terapie.

Kazuistika č. 3: David, rok narození 2013

David je čtyřletý chlapec, který navštěvuje MŠ speciální teprve prvním rokem. Dětský autismus mu byl diagnostikován v jeho 3 letech. David je posledním dítětem, které dochází na ABA terapii.

Kazuistika č. 4: Tomáš, rok narození 2011

Tomáš je šestiletý chlapec, který MŠ speciální navštěvuje již třetím rokem. Dětský autismus mu byl diagnostikován ve 4 letech. Tomáš na ABA terapii nedochází.

Kazuistika č. 5: Aneta, rok narození 2012

Aneta je pětiletá dívka, která navštěvuje MŠ speciální třetím rokem. Dětský autismus jí byl diagnostikován ve 3 letech. Aneta na ABA terapii taktéž nedochází.

Kazuistika č. 6: Lukáš, rok narození 2012

Lukáš je šestiletý chlapec, který navštěvuje MŠ speciální druhým rokem. Dětský autismus mu byl diagnostikován v jeho 4 letech. Lukáš rovněž na ABA terapii nedochází.

Výzkumný vzorek B

Výzkumný vzorek B tvoří 6 rodičů těchto předškolních dětí s PAS. Ve všech případech jde o matky. Věk matek se pohyboval v rozmezí od 28 do 42 let. Čtyři matky jsou zaměstnané (jako administrativní pracovnice, zástupkyně ředitele hotelu, masérka, asistentka pedagoga), jedna z matek je na mateřské dovolené a jedna je nezaměstnaná.

5. Analýza výsledků výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno s využitím zúčastněného pozorování, polostrukturovaných rozhovorů a obsahové analýze dokumentů. Informace získané pomocí těchto metod byly zpracovány do šesti kazuistických studií.

Vlastní výzkumné šetření bylo započato, jak bylo již zmíněno, zúčastněným a nestrukturovaným pozorováním dětí s PAS s cílem zachytit takové informace, které by naplňovaly předem vytyčené cíle této diplomové práce a zodpověděly výzkumné otázky. Následně byla provedena obsahová analýza dokumentů a polostrukturované rozhovory.

Nejprve budou představeny kazuistiky dětí, které na ABA terapii docházejí. Následují kazuistiky dětí, které na ABA terapii nedocházejí.

5. 1. Kazuistika č. 1

Jakub H. (Kuba), narozený 8. 9. 2011, 6 let a 5 měsíců

Kuba je chlapec, který navštěvuje MŠ speciální již čtvrtým rokem. Veškeré informace uváděné o Kubovi jsou čerpány z osobní složky chlapce v MŠ speciální, z rozhovorů s matkou chlapce a jeho zúčastněným pozorováním.

Diagnóza: dětský autismus, vývojová porucha řeči při PAS, porucha aktivity a pozornosti.

Současná odborná péče

- Logopedická péče (Mgr. Sojková, Kolín).
- Dětská neurologie (MUDr. Košťálová, VFN Praha).
- Oční klinika dětí a dospělých (FN Motol).
- Speciálně pedagogické péče (PPP Kolín – koordinátor pro klienty s PAS Mgr. Břečková).
- Dětská psychiatrie (MUDr. Dudová – FN Motol).
- Psychologická péče (PhDr. Thorová, Ph.D., NAUTIS Praha).
- SPC EDA pro děti se zrakovými vadami.
- Raná péče Kutná Hora.

Osobní anamnéza

Kuba se narodil z prvního těhotenství, gravidity po intrauterinní inseminaci. Od 13. týdne se jednalo o rizikové těhotenství pro vysoký tlak. Porod proběhl ve 31. týdnu. Porodní míry: 1520 g/40 cm. Apgar skóre 4–8-10. V inkubátoru byl 5 týdnů. Prodělal novorozeneckou žloutenku s třídní fototerapií. Jako miminko se často v noci budil, spal jen v kočárku. Do 14. měsíce bylo aplikováno rehabilitační cvičení Vojtovou metodou (opožděný motorický vývoj). Samostatná chůze byla zaregistrována ve 14 měsících. Objevovaly se pohybové stereotypie: hyperaktivita, chůze po špičkách, běhání dokolečka, třepání rukama při projevu pozitivních emocí. V půl roce byl hospitalizován pro bronchitidu, okolo třetího roku opakovaně hospitalizován pro laryngitidu. Ve 13 měsících podstoupil operaci nesestouplého varlete. V 15 měsících byl zaznamenán strabismus, dalekozrakost (+2,75, +1,75), doporučena korekce brýlemi. Podezření na autismus bylo poprvé vysloveno v necelých dvou letech. Při následném odborném vyšetření byl Kubovi diagnostikován dětský autismus (ve 2,5 letech).

Vývoj řeči: běžné broukání, žvatlání bylo přítomno. Po 13. měsíci začal používat několik slov s významem, od 18. měsíce ke komunikaci nepoužíval žádná významová slova, málo žvatlal. Občas vokalizoval, používal vlastní žargon.

Rodinná anamnéza

Kuba žije s matkou, se kterou bydlí ve městě v pronajatém bytě. Rodiče jsou od listopadu 2013 rozvedeni, s otcem je Kuba v pravidelném kontaktu. Otec David H., narozen 1968, je vyučen, pracuje jako číšník. Matka Anna H., narozena 1980, vysokoškolsky vzdělaná, pracuje jako zástupce ředitele hotelu. U matky byly diagnostikovány potíže s hypertenzí. U matčiny matky se vyskytovaly potíže se štítnou žlázou, u matčina otce hypertenze. U matčiny sestřence byly zaznamenány psychické potíže, byla hospitalizována na psychiatrii. Rodinná anamnéza s ohledem na PAS a jiné vývojové poruchy byla shledána jako negativní. Kuba je jedináček, nemá žádné sourozence. Matka je velice pracovně vytížená, proto se často o Kubu starají prarodiče, převážně jeho babička (matka matky), která jej obvykle vodí i vyzvedává z MŠ.

Školní anamnéza

Kuba začal navštěvovat MŠ speciální ve 3 letech na základě doporučení PPP Kolín. Nejprve docházel na jeden den v týdnu, po čtvrt roce docházel denně, z toho 3x týdně na celodenní režim. Adaptace proběhla v pořádku, odloučení od rodiny zvládl

bez potíží. V současné době Kuba přichází do MŠ většinou kolem 8. hodiny a odchází kolem 15. hodiny, jeho docházka je tedy celodenní. Docházka do MŠ je pravidelná.

Pedagogická diagnostika

Z dlouhodobého pozorování Jakuba vyplývá pedagogická diagnostika chlapcova psychomotorického vývoje.

Jemná motorika a grafomotorika

Kuba upřednostňuje pravou ruku. Úchop psacího i kreslicího náčiní není vždy správný, ale po upozornění se nechá opravit. Úchop tužky více prsty (klarinetový), často bez opozice palce. Rád kreslí a maluje, nedávno se objevila námětová kresba (nejčastěji kreslí domečky, postavy, auta), rád vybarvuje různé omalovánky. Při práci s grafomotorickými listy dokáže napodobit jednoduché tvary, spojí dva body čarou (svislé a vodorovné čáry) apod.

Přestřihne proužek papíru, avšak úchop nůžek je špatný. Spojuje a rozpojuje patentové kostky (stavebnice lego, lego duplo). Navléká korálky na tkaničku, našroubuje víčko na láhev. Pracuje s těstem, modelínou (válení válečku). Rozbalí bonbón, rohlík z ubrousku. Zapichuje kolíky do perforované desky.

Hrubá motorika

Kuba se bez problémů zapojí se do hudebně-pohybových chvil, je patrná snaha o nápodobu. Jezdí na tříkolce, na koloběžce, motokáře. Do schodů a ze schodů nohy střídá, pohyby jsou méně koordinované, snaží se přidržovat. Na jedné noze postojí, skáče snožmo. Míč hází na cíl, velký míč chytí s obtížemi, malý nechytí. Dochází na předplavecký výcvik, sjede menší i větší skluzavku. Zvládá chůzi po nerovném terénu. Leze po žebříku, průlezkách na dětských hřištích. Objevují se abnormity v motorických projevech: občasná chůze po špičkách, četné stereotypní třepání rukama, motorický neklid, komplexní opakující se pohyby – pobíhání, poskakování.

Kognice, percepce

Kuba zná abecedu, tvary, čísla, názvy měsíců, dny v týdnu. Jednoduchá slova i věty si umí přečíst (malá i velká písmena). Zná číselnou řadu, početní představu má vytvořenou – do 5 jistě. Umí rozlišit nahlas – potichu, rozlišuje pohlaví (holka x kluk).

Doplňuje řadu podle daného vzorce, najde obrázek, který do skupiny nepatří. Rozpozná emoce (veselý x smutný). Skládá puzzle z 12 dílků. Složí 3 obrázky podle probíhajícího děje. Zraková kontrola je výrazně nepružná, občas se záměrně vyhýbá zrakové kontrole. Přiřadí zvuk k předmětu nebo obrázku, který ho znázorňuje (např. telefon, zvonek apod.). Na některé zvuky je však přecitlivělý. Má oslabenou schopnost koncentrace pozornosti, pozornost je mělká, snadno odklonitelná, jindy ulpívavá. Vliv má hyperaktivita, impulzivita. Nutné opakování pokynů, důležitá je vnější motivace, vyhovují mu strukturované činnosti. Začal projevovat zájem o pracovní činnosti, je více motivován k úkolům.

Řeč

Foneticko-fonologická rovina: dyslalie, nesprávná výslovnost r, ř, často hlásky vynechává, zkomolí slovo.

Morfologicko-syntaktická rovina: četné dysgramatismy, záměna zájmen, Kuba mluví často o sobě v 2. osobě jednotného čísla, popřípadě ve 3. osobě jednotného čísla (Kuba). Většinou se vyjadřuje jednoslovně nebo spojením slov, umí používat i souvětí, často má ale taková věta echolalický či opakující se charakter. Echolálie je opožděná.

Lexikálně – sémantická: pasivní slovní zásoba odpovídá věku 4–5 let (rád si prohlíží knížky, časopisy, některé si sám čte), rozumí na úrovni 3–4 let (rozumí funkčním spojením – např. „Co jíme?“, „Co si oblékáš?“, provede jednoduchý dvoustupňový pokyn – např. „Sedni si a jez.“). Jednoduchým instrukcím rozumí, je využívána vizuální podpora.

Pragmatická rovina: Rád komunikuje, je zvědavý. Avšak klade opakující se dotazy, upozorní na to, co ho zajímá, vysloví žádost. Má oblíbená témata, o nichž hovoří a na nichž ulpívá. V některých situacích (když chce něco říci, žádá o pomoc) dokáže navázat oční kontakt, při pozdravu však ještě chybí, po upozornění dokáže navázat. Oční kontakt lze tedy hodnotit jako značně nekonzistentní. Dokáže vyslovit souhlas/nesouhlas.

Sociální chování, hra

Hra sociálně imitační, schématická (vyčistí panence zuby, zašroubuje pastu, nasype suroviny do hrnce, zamíchá, servíruje, nakrmí panenku, uloží do postýlky apod.), někdy hra manipulační. Přehrává si některé situace, které zažil, verbálně komentuje svou hru. Má rád rozkreslování situací, které se staly (vizuální informace).

Při hře občas vyhledává jiné děti, přesto převažuje hra o samotě nebo s dospělou osobou. Děti pozoruje, ale navazuje s nimi kontakt neadekvátním způsobem: bere jim hračky, neumí se zeptat, neumí čekat. Společné aktivity přijme, ale rychle odklání pozornost. Často snahu o sociálně komunikační kontakt ignoruje, je patrná horší usměrnitelnost a snížená reaktivita na sociální podněty. Při příchodu a odchodu ze školky pozdraví, někdy je nutné připomenout. Umí použít „prosím“ a „děkuji“, ale je třeba to zautomatizovat. U Kuby se zlepšila frustrační tolerance, ale stále je vyšší úzkostná pohotovost. Emotivita je velmi málo diferencovaná, málo projevuje radostné emoce. Agresivita či sebezraňování se u něj nevyskytují. Reaktivita na změny lze hodnotit jako nepružná, obtíže mu dělají přechody v činnostech. Je fixován na čas, má tendenci se neustále doptávat na časové rámce.

Sebeobsluha

Stolování

Během konzumace jídla dokáže sedět u stolu, avšak je nutné upevňovat nácvik správného sezení u stolu (lehá si na stůl, nohy dává na ostatní židle apod.).

Umí si po sobě uklidit hrneček a talířek na určené místo (občas je potřeba připomenout). Používá vidličku, lžici i příborový nůž (dopomoc při krájení). Pije z hrnečku.

Oblékání

Umí se sám svléknout i obléknout, avšak neumí kontrolovat přední a zadní stranu oblečení a obracet oděv, když je naruby. Po upozornění si dokáže uklidit oblečení do svého boxu a uklidit boty do botníku. Nezapne knoflík, nezaváže tkaničku.

Hygiena

V oblasti WC je Kuba samostatný, využívá jako vizuální podporu procesuální schémata (při vykonávání potřeby, mytí rukou), avšak nezvládne hygienu po velké potřebě. Dokáže si říci, pokud chce na záchod. Sám si umyje pus, vysmrká se, když je upozorněn.

Z rozhovoru s matkou chlapce k využití ABA terapie

Rozhovor s matkou chlapce probíhal v lednu 2018 v prostorách MŠ speciální. Otázky byly směřovány směrem k ABA terapii, kterou se svým synem dříve

navštěvovala a momentálně opět navštěvuje. O ABA terapii se matka Kuby dozvěděla nejprve od své známé, která se svým synem na ABA terapii docházela už dlouho a následně jí ABA terapii doporučila i pracovnice rané péče. Od ABA terapie matka hlavně chtěla, aby Kubu naučila komunikovat (verbálně nekomunikoval, neukazoval, takže když něco chtěl, tak jen křičel a vztekal se). Po pár týdnech byl Kuba schopný si říct o věci, které chtěl, aby mu rodiče přinesli. Kromě komunikace podporovali na ABA terapii i interaktivní hru, chtěli, aby je Kuba vyhledával a aby si s nimi chtěl hrát, takže mu stěžovali přístup k oblíbeným věcem, aby za nimi chodil a říkal si o ně. Taktéž vymýšleli činnosti, u kterých rodiče Kuba potřeboval, a které se mu líbily (nafukování balónek, foukání do bublifuku, houpání v houpačce apod.). V tomto ohledu ABA terapie splnila matčina očekávání. ABA terapii využívali zhruba dva měsíce ve Středisku na Sioně v Kutné Hoře, a to dvakrát týdně – jednou 6 hodin a podruhé 4 hodiny, kdy se rovněž matka učila, jak s Kubou pracovat a střídala se s pracovníky rané péče. Jelikož je ABA terapie velice náročná a v rané péči to rodiče časově nezvládali, začala matka s Kubou pracovat pouze doma a společně jednou za 14 dní přijeli do Střediska, zkontrolovali pokroky a naplánovali další kroky. Takto to probíhalo ještě necelý rok, v jehož průběhu se Kuba podstatně zlepšil, začal se rozmlouvat, pomoc už matka přestala potřebovat.

Matka Kuby by ABA terapii velice doporučila ostatním, neboť Kuba díky systematické a pravidelné péči udělal velký pokrok. V podstatě hned se naučil opakovat slova, písmena, byla nacvičována imitace. Posléze byla pozornost zacílena na plnění různých úkolů u stolečku, kdy důležitý nebyl úkol jako takový, ale udržení pozornosti a eliminace záchvatu vzteku. Kuba došel k poznání, že křičením a leháním na zem, kopáním a pláčem si nepomůže, stačí „dokončit úkol“ a může jít. Nejtěžší pro matku bylo zachovat neutrální výraz „defacto“ bez emocí, neobjímat, když se Kuba natahoval, trvat na splnění úkolu. Naopak při splnění úkolu hodně chválit, oceňovat, motivovat a tak dále. Matka Kuby má pozitivní náhled na ABA terapii. Dle jejích slov je ABA terapie založená na behaviorální vědě, není to jen další z mnoha terapií, která byla vymyšlená pro autistické děti. Tato věda je známá již desítky roků a v posledním čase se její prvky začaly používat v terapii s autistickými dětmi. Především v zahraničí (USA) se využívá už dlouho a zaznamenává zde výborné výsledky. Nejdůležitější je začít s ní co nejdříve, ABA se zaměřuje jak na deficity, které tyto děti mají, ale také zkoumá, proč jejich nevhodné chování nastává a podle toho se rozhoduje, jaký postup nebo princip se bude aplikovat na danou situaci, na konkrétní chování. Taktéž se může

chlubit pozitivy, které jasně determinují nastavené cíle, co, kdy a jak se bude učit. Terapeuti pracují i s rodiči a ti pak pracují s dětmi doma, je třeba zdůraznit, že hodně práce leží právě na rodičích. Ti sbírají závažná a důležitá data, informace a údaje, které se potom analyzují a vyhodnocují.

Na základě této pozitivní zkušenosti se matka Kuby rozhodla znovu oslovit pracovníky Střediska na Sioně v Kutné Hoře a využít ABA terapii při řešení otázky nácviu sociálních dovedností a neverbální komunikace (oční kontakt), jelikož chce Kubu umístit do běžné základní školy. Do Střediska na Sioně dochází 1x týdně, a to na 3 hodiny, momentálně zhruba půl roku.

Níže v krátkosti bude představeno Středisko na Sioně, kam Jakub se svou matkou na ABA terapii dochází.

Středisko na Sioně Kutná Hora

Zřizovatelem Střediska na Sioně je Oblastní charita Kutná Hora. Středisko na Sioně poskytuje služby rané péče a sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. ABA terapii poskytují díky projektu „ABA terapie v Centru na Sioně“. Primárním cílem je, aby tento způsob práce, který je ve světě tak úspěšný, byl dostupný v jejich regionu. Za tímto účelem pracovníci Střediska na Sioně navázali intenzivní spolupráci se dvěma organizacemi: CTA (Centrum Terapie Autismu) v Praze, které pracuje s dětmi s autismem a využívá právě prvky ABA terapie. Dále s norskou organizací IAA (Institute of Applied behavior analysis) v norském Stavangeru, která již přes 20 let pracuje s dětmi bez ohledu na diagnózu právě touto metodou. IAA má také mnohaleté zkušenosti s různými workshopy, kurzy, stážemi nejen ve své zemi, ale také v několika evropských zemích.

Díky projektu měli pracovníci Střediska na Sioně možnost navštívit norskou organizaci IAA a vidět zkušené pracovníky v přímé práci. Pracovníci IAA poté navštívili Středisko na Sioně, aby mohli dělat supervizi pracovníkům Střediska právě v ABA terapii. S organizací jsou stále ve spojení a řeší aktuální postřehy během své práce s dětmi (Šotová, 2016, online).

Zúčastněné pozorování zaměřené na sledování chování dítěte s PAS

Zúčastněné pozorování probíhalo intenzivně od září 2017 do února 2018. Kuba se dle slov matky do MŠ těšil, jelikož to tu velice dobře znal. Matka v září 2017

informovala učitelky MŠ o tom, že oslovila již podruhé Středisko na Sioně v Kutné Hoře, kde nabízejí právě ABA terapii.

Níže budou představeny dvě části zúčastněného pozorování. První část se bude zabývat očním kontaktem a jeho (ne)proměnou během půl roku. V druhé části se budu věnovat vývoji nácviku nové sociální dovednosti (společenské otázky).

Oční kontakt

Na začátku září 2017 proběhl rozhovor s matkou Kuby, která se zmínila, že zvažuje příští rok umístění Kuby do běžné ZŠ. Ačkoli jisté schopnosti a dovednosti Kuba má (naučil se číst, počítat, umí se obléknout, je samostatný na WC...), existuje řada situací, ve kterých selhává, převážně jde tedy o sociální interakce, což samozřejmě pramení z jeho diagnózy. Velký problém pro Kubu činil oční kontakt, který je však ve společnosti velmi důležitý a je přijímán jako forma neverbální komunikace. A pokud by měl Kuba příští rok docházet do běžné ZŠ, dle slov matky by tuto dovednost měl ovládat. Matka se rozhodla opět vyzkoušet služby ABA terapie, kde chtěla synovi pomoci nejen s očním kontaktem, ale i s dalšími sociálními dovednostmi.

Na začátku září 2017 byl oční kontakt Kuby nekonzistentní. Při pozdravu oční kontakt nenavázal, pouze po upozornění, a to na velice krátkou dobu. V některých situacích (když o něco žádal nebo chtěl něco sdělit) dokázal oční kontakt navázat, ale jen do té doby, než se dotyčná osoba otočila a vyhledala ho očima. Z rozhovoru s matkou chlapce vyplynulo, že na ABA terapii byl oční kontakt nacvičován tak, že nejdříve docházelo k navazování očního kontaktu při reakci na jméno. Terapeutka seděla naproti Kubovi, a když vyslovila jeho jméno, pobídla ho, ať se na ni podívá a měla před očima malou odměnu. Pokud Kuba oční kontakt navázal, dostal odměnu. Důležité bylo sledovat, jestli oční kontakt navázal a zrakem nefixoval pouze odměnu. Postupem času byla prodlužována chvilka pobídky, aby se zjistilo, zda se Kuba podívá i bez pobídky.

Pokud Kuba navázal oční kontakt bez pobídky nebo navázal oční kontakt spontánně, terapeutka ho odměňovala odlišnými odměnami a posilovala tím jeho vhodné reakce (pozitivní posilování). Navazovat oční kontakt se učil Kuba i během hry. Terapeutka nechala Kubu hrát si s autíčky, a když jej oslovila jménem, pobídla ho, aby se na ni podíval. Pokud tak učinil, byl odměněn. Stejně jako u předchozího přístupu, pokud se během hry Kuba podíval spontánně, bez pobídky, odměna byla diferencována. Dále byl nacvičován oční kontakt na určitou vzdálenost (nejdříve 1 metr), poté se

vzdálenost zvětšovala. Dle slov matky nacvičovali navazování očního kontaktu i v domácím prostředí. Během třech měsíců (říjen-listopad 2017) nebyly v prostředí MŠ zaznamenány žádné změny, Kubův oční kontakt byl pořád na stejné úrovni jako na začátku září. Poté doma matka zkoušela (na základě rad získaných na ABA terapii) posilovat oční kontakt tím, že dala Kubovi to, co chtěl, až když se na ni podíval a vše probíhalo za účasti pochvaly („Ty jsi se hezky podíval.“). Po dohodě s matkou chlapce se toto cvičení začalo zkoušet i MŠ. V lednu 2018 bylo zaznamenáno pár okamžiků, kdy Kuba navázal oční kontakt spontánně. Dále budou popsány dvě situace, kdy k očnímu kontaktu došlo. První situace: *Kuba si kreslí u stolečku, přijdu k němu, sednu si vedle a zeptám se ho: „Co jsi to, Kubo, namaloval?“ Kuba se na mě otočí a naváže, byť na malou chvíli oční kontakt a odpoví na moji otázku. Následně chválím, že se na mne hezky podíval.* Druhá situace: *Kuba se obléká na procházku. Když k němu přicházím od jiného dítěte, Kuba naváže oční kontakt a ptá se mne, zda půjdeme na zahradu stavět sněhuláka, oční kontakt dokázal udržet až do momentu, než jsem mu odpověděla. Opět následovala pochvala.* V současné době (únor 2018) Kuba nadále nacvičuje navazování očního kontaktu nejen v MŠ, v rámci ABA terapie, ale především v domácím, přirozeném prostředí. Pokud bychom provedli komparaci četnosti navázání očního kontaktu u Kubu v září 2017 a únoru 2018, lze konstatovat, že dochází k více situacím, kdy Kuba použije oční kontakt spontánně.

Společenské otázky

Vzhledem k možné integraci Jakuba do běžné ZŠ se v rámci ABA terapie zaměřili rovněž na nácvik sociálních dovedností (v tomto případě zaměřených na společenské otázky – „Jak se máš?“, „Jak se jmenuješ?“ apod.). Na začátku září 2017 Kuba neměl potřebu sdělovat takové informace spontánně, byl vždy upozorněn, aby odpověděl na otázku, odpověď se většinou nedostavovala. V některých situacích si vybíral lidi, kterým to řekne (Kuba má tendenci upnout se vždy na jednoho člověka a s ostatními hůře spolupracuje). Z rozhovoru s matkou vyplynulo, že společně trénovali otázky typu: „Jak se dnes máš?“, „Kde bydlíš?“, „Co rád jíš?“, „Kdy máš narozeniny?“, „Jak se jmenuje tvůj kamarád?“, „Jaká je tvoje nejoblíbenější hračka?“ a další.

V průběhu října a listopadu 2017 v rámci ranního komunitního kruhu se s Kubou trénovali některé otázky z oblasti společenských otázek, avšak hůře se soustředil, převáděl řeč na jiná témata, na která on sám chtěl. Příklad: *Ve MŠ bylo probíráno téma Zdravá strava. V rámci tohoto tématu byla Kubovi položena tato otázka: „Co rád jíš?“*

a on odpověděl: „Včera jsem šel s babičkou na nádraží a koukali jsme se na vlaky.” Byl upozorněn, že to nebyla otázka, na kterou jsem se ptala, a tudíž jsem zopakovala svou otázku. Kuba odpověděl až po třetím upozornění, že rád jí řízek. V prosinci se situace o trochu zlepšila, Kuba ve většině případů odpovídal na otázky bezprostředně po jejich položení (odpovídal na danou otázku) avšak nastaly i situace, že jednal podle momentální nálady. Někdy odpověděl bez problémů, někdy se „sekl” a neodpovídal vůbec, odvrátil pozornost na něco jiného. Situace v lednu a únoru 2018 byla podobná jako v prosinci. Kuba na otázky odpovídal převážně jednoslovnou odpovědí (např. na otázku „Jak se dneska máš?” následovala odpověď, „Dobře.”). V současné době se Kuba učí odpovídat celou větou.

5. 2. Kazuistika č. 2

Petra (Péťa) V., narozená 25. 7. 2012, 5 let a 7 měsíců

Petra je dívka, která navštěvuje MŠ speciální již druhým rokem. Veškeré informace uváděné o Petře jsou čerpány z osobní složky dívky v MŠ speciální, z rozhovorů s matkou dívky a jejím zúčastněným pozorováním.

Diagnóza: Dětský autismus, nerovnoměrný psychomotorický vývoj, porucha aktivity a pozornosti, opožděný vývoj řeči.

Současná odborná péče

- Logopedická péče (Mgr. Bajtlerová, Poděbrady).
- Speciálně pedagogické péče (PPP Kolín – koordinátor pro klienty s PAS Mgr. Břečková).
- Psychologická péče (Mgr. Šporclová, NAUTIS Praha).
- Psychiatrická péče (MUDr. Trefilová, Praha).
- Dětská neurologie (MUDr. Popelková, Praha).
- Raná péče NAUTIS.

Osobní anamnéza

Petra je z 1. gravidity matky, porod proběhl v termínu císařským řezem pro hypertrofii plodu. Porodní hmotnost byla 4,6 kg a porodní délka 54 cm. Apgar skóre 3–5–9, dále bez problémů. Kojena byla 9 měsíců, příkrmy probíhaly bez obtíží. Byla hospitalizována po očkování rotaviry ve 3. měsíci, další očkování bylo již bez

problémů. Jinak nebyla vážněji nemocná, až na častější záněty horních cest dýchacích. Samostatná chůze byla registrována od 14. měsíce. Řeč se nerozvíjela, napodobovala pouze zvuky zvířátek, používala vlastní žargon. Oční kontakt nenavazovala, jen když byla kárána. V porovnání s ostatními dětmi (v kroužku plavání) matka pozorovala v chování Petry odlišnosti od ostatních dětí. Na projevy autismu u Petry byla matka upozorněna kamarádkou, která vychovávala dítě s autismem. Rodiče s Petrou absolvovali řadu odborných vyšetření, při psychologickém vyšetření bylo vysloveno podezření na PAS. Ve 4 letech byla v NAUTIS diagnostikována porucha autistického spektra s ADHD, poté byla diagnóza potvrzena dětským psychiatrem.

Rodinná anamnéza

Petra se narodila do funkční rodiny. Se svými rodiči žije v rodinném domě nedaleko Prahy. Otec Miloslav V., narozen 1969, vysokoškolsky vzdělaný, pracuje jako obchodní ředitel. Matka Anna V., narozena 1981, vysokoškolsky vzdělaná, pracuje jako asistentka pedagoga na základní škole. Petra má dva nevlastní sourozence z prvního manželství otce. Bratr matky mluvil až ve 3 letech, za zmínku stojí děti sestřenice otce jedno je postižené, bylo z dvojčat, jinak v rodině nebyla diagnostikována žádná neurologická zátěž. Genetika je nevýznamná, další výskyt podobného onemocnění u členů rodiny nebyl zjištěn. Na péči o Petru se podílejí oba rodiče, střídají se při vodění a odvádění Petry ze školky.

Školní anamnéza

Petra od září 2015 nejdříve navštěvovala běžnou MŠ v Horních Počernicích, kdy jí byl po půl roce přidělen asistent pedagoga. MŠ navštěvovala na polodenní pobyt (do té doby docházela do MŠ na tři hodiny denně). Dle rodičů docházku do MŠ bez individuálního přístupu a nadstandardní podpory těžce zvládala, učitelky poukazyvaly na časté problémové chování. V květnu 2016 navštívila pracovnice rané péče MŠ, do které Petra docházela. Přítomny byly obě učitelky a asistent pedagoga. Dle slov jedné z učitelek a asistenta si Petra často zacpávala uši, když byl ve třídě plný počet dětí a byla velmi nervózní. Na svého asistenta byla velmi zvyklá, chodila se k němu opakovaně mazlit a cíleně ho vyhledávala. Učitelky však odmítali chodit s Petrou z důvodu velkého nebezpečí mimo prostory MŠ. V MŠ jí musel při oblékání a obouvání pomáhat asistent. Nechtěla si umývat ani utírat ruce. Do MŠ se těšila, hrála si tam však sama, hračky skládala zpět na své místo. Občas vznikaly konfliktní situace ohledně

hraček. Nezapojovala se vůbec do vzdělávacích a výtvarných aktivit v MŠ. Kreslila pouze čáranice na papír, stůl i podlahu. V MŠ navštěvovala také logopedii, měla však problém s udržením pozornosti a po logopedii se nechtěla vracet zpět do třídy, vyžadovala odchod domů. Na základě této návštěvy doporučila pracovnice rané péče vzdělávání v mateřské škole speciální. Oba rodiče s tímto doporučením souhlasili.

V září 2016 proto nastoupila Petra do MŠ speciální v Kolíně. Petra celodenní pobyt v MŠ speciální zvládala dobře. V současné době Petra přichází do MŠ kolem 8. hodiny a odchází kolem 16. hodiny. Docházka do MŠ je pravidelná.

Pedagogická diagnostika

Z dlouhodobého pozorování Petry vyplývá pedagogická diagnostika dívčina psychomotorického vývoje.

Jemná motorika a grafomotorika

Petra upřednostňuje pravou ruku, avšak při práci někdy ruce střídá. Má špatný úchop psacího i kreslicího náčiní, úchop je dlaňový válcový, nechá se však na chvíli opravit. Při práci s grafomotorickými listy dokáže obtáhnout jednoduché tvary, spojí dva body čarou (svislé a vodorovné čáry) apod. Přestřihne proužek papíru, avšak úchop nůžek je špatný. Kresba postavy je na úrovni hlavonožce. Spojuje a rozpojuje patentové kostky (Duplo), otevírá různé krabičky, našroubuje a vyšroubuje víčko na láhvi, navléká korále na tkaničku, zapichuje kolíky do perforované desky. Pracuje s těstem, modelínou – vyválí váleček.

Hrubá motorika

Petra se dokáže zapojit do hudebně pohybových chvil, snaží se o nápodobu pohybu. Jezdí na tříkolce, na koloběžce, motokáře. Střídá nohy do schodů i ze schodů, chůze je jistá, překročí překážky. Běhá, skáče, obratně leze do výšek na průlezky i žebříky na dětských hřištích. Chvilí si s dospělou osobou hraje s míčem (zvládá házení, chytání, kutálení, kopnutí do míče). Dochází na předplavecký výcvik, sjede menší i větší skluzavku.

Kognice, percepce

Petra umí třídit předměty dle různých kritérií (tvar, barva). Páruje stejné obrázky, přiřazuje stínové obrázky, skládá puzzle z 15 dílků. Přikládá kostky na

připravenou předlohu. Doplní řadu podle daného vzorce, podle předlohy správně nasměruje obrázek. Zná abecedu, čísla – do 10 určitě, přiřazuje číslice k odpovídajícímu počtu předmětů. Méně pružně zaměří zrakovou pozornost, často předkládané předměty nesleduje zrakem, je potřeba výraznějšího povzbuzování, aby zaměřila zrak žádoucím směrem. Zrakové vnímání je slabě integrováno s ostatními smysly a chováním, a to jak v průběhu komunikace, tak v průběhu pracovního chování. Z hlediska sluchového vnímání jsou reakce na oslovení a verbální pokyny nekonzistentní, méně pružné, s delší latencí. Má ráda zvukové hračky. Předměty delší dobu zkoumá hmatem (taktilní autostimulační činnost). Schopnost koncentrace pozornosti je oslabená, lepší koncentrace je pozorovatelná při oblíbených činnostech, důležitá je motivace.

Řeč

Verbální vyjadřování (expresivní složka řeči): Pěťa používá několik málo slov, je patrná větší snaha o nápodobu slov i slovních spojení. Zná spoustu básniček a písniček, které si opakuje. Občas vysloví žádost o pomoc, slovem „pomoc“. Umí slovně vyjádřit ANO i NE (spíše využívá slov chci/nechci). Při nesouhlasu se občas objevuje křik, záchvaty vzteku, lehání na zem a kopání nohama.

Verbální porozumění (receptivní složka řeči): na oslovení a verbální pokyny reaguje nekonzistentně, méně pružně (lépe v kontaktu s rodiči). Rozumí zákazu. Splní jednoduché a často používané pokyny (i bez vizuální podpory či doprovodu gesta). Velice dobře reaguje na denní režim, cestovní proužky a procesuální schémata (vizuální podpora). Ukáže na pojmenované obrázky a fotografie.

Neverbální komunikace: oční kontakt je nekonzistentní, nesynchronizovaný. Na výzvu použije jednoduchá gesta, na rozloučenou zamává, užívá gesto vyjadřující „děkuji“ a „prosím“. Gesto ANO umí vyjádřit, ale nepoužívá ho. Obličejová exprese je omezená.

Sociální chování, hra

Pěťa kontakt s ostatními dětmi občas vyhledává, snaží se je napodobovat (jednoduché pobíhání, hra na honěnou), avšak převažuje hra o samotě. Pozoruje ostatní děti při hře, bere jim hračky, které se jí líbí. Svoji hračku málokdy půjčí, přitom musí asistovat dospělá osoba a vše probíhá za účasti křiku. Hra je manipulační, jsou patrné tendence k ulpívání na oblíbené činnosti, preferuje zvukové hračky a hračky se světelnými efekty. Nejraději hraje didaktické, vizuálně logické hry na tabletu, ráda

skládá puzzle. Hračky většinou přenáší, rozhazuje, funkční hra se objevuje jen sporadicky, občas se dostaví sociálně napodobivá hra. Při příchodu do třídy nepozdraví, nepoužije gesto, oční kontakt nenaváže. Umí poprosit, poděkovat i pozdravit po upozornění dospělé osoby. Je evidentní nízká frustrační tolerance, nárůst negativismu při zákazu, přerušení oblíbené činnosti, potřeba nátlaku na spolupráci. Znejišťují a zúzkostňují jí náhlé změny a nečekané situace. Emotivita je celkově méně diferencovaná, projevuje pouze základní pocity.

Sebeobsluha

Stolování

Během konzumace jídla sedí u stolečku, neodbíhá, avšak je nutné upevňovat nácvik správného sezení (polehává na stole). Používá lžici, vidličku, příborový nůž (nutná dopomoc při krájení). Umí si po sobě uklidit hrneček a talířek na určené místo. Vyjádří nesouhlas (slovem nechci, někdy křikem), pokud nechce něco jíst, většinou poté vyjádří slovně, co chce (Já chci...).

Oblékání

Pěťa se umí sama svléknout, obléknout, potřebuje však více času a klidné prostředí, nesmí se na ni naléhat. Uklidí si boty, bačkory a oblečení na určené místo. Při oblékání využívá procesuální schémata. Rozepíná a zapíná jak suchý zip, tak i knoflíky, tkaničky nezaváže.

Hygiena

Na WC je samostatná (pozná svou značku, umí si umýt ruce, utřít se po malé potřebě), jako vizuální podporu využívá procesuální schémata. Potřebu na záchod neoznámí, musí se vždy zeptat dospělá osoba. Sama si umyje pus, vysmrká se, když je upozorněna.

Z rozhovoru s matkou dívky k využití ABA terapie

Rozhovor s matkou dívky probíhal v lednu 2018 v prostorách MŠ speciální. Otázky byly směřovány směrem k ABA terapii, kterou se svou dcerou navštěvuje. Matka se o ABA terapii dozvěděla od jedné z učitelek z MŠ, která se účastnila přednášky o ABA terapii. Matka Petry nevěděla o ABA terapii nic a byla překvapená, jakou klidnou a nenásilnou formou na ABA terapii pracují s dětmi. Dle jejích slov to

sice trvá měsíce, než přijdou výsledky, ale ty rozdíly jsou vidět, jak dítě „vypadalo před a po.“ Na zařazení do programu čekali přes půl roku, jelikož byl a stále je o ABA terapii velký zájem. Matka sděluje svoje první pocity takto: „Přišli jsme tam jako rodiče s dcerou, která má autismus, nevěděli jsme, co bude prioritou, a tak jsme se domluvili na postupných konzultacích mezi terapeuty a rodiči. Řešili jsme sdílenou komunikaci, oční kontakt, sdílení s dalšími dětmi a společnou hru, grafomotoriku, nácvik sebeobsluhy a žádání o předměty.“

ABA terapii využívají již jeden rok a dochází tam vždy jednou týdně 3 hodiny. S dcerou dochází na ABA terapii do Centra Terapie Autismu k Mgr. Straussově, Ph.D.

Dle slov matky dceři ABA terapie zcela jistě pomáhá. Jako rodiče poznali, že u jejich dcery je vývoj globálně opožděný zhruba o dva roky a nenásilnou formou to více méně postupně dostávají díky ABA terapii do dítěte a mají kladnou zpětnou vazbu. Stále se však najdou situace, kdy něco nelze vysvětlit či objasnit ani komunikací, ani obrázkem, proto se problém snaží řešit upoutáním pozornosti na něco úplně jiného.

Na otázku, jaký má matka Petry názor na ABA terapii odpověděla: „Můžu mluvit za oba rodiče, že jsme byli s terapií spokojeni. Já jako matka jsem prošla různými přednáškami a školeními o ABA terapii, abych porozuměla svému dítěti a pomáhá to i v komunikaci s lidmi v běžném životě. Každý má svůj názor na určitou reakci a mně pomáhá na základě přednášek tyto názory vidět ze strany autisty.“

Níže bude v krátkosti představeno Centrum Terapie Autismu, kam Petra dochází na ABA terapii.

Centrum Terapie Autismu (C) T) A)

Centrum Terapie Autismu je organizace, která poskytuje terapeutickou péči dětem s PAS i jejich rodinám, případně dětem s problémovým chováním a poruchami komunikace. Pracovníci Centra spolupracují s pediatry, klinickými logopedy, psychology, terapeuty (VTI a ABA) a dalšími odborníky. Z hlediska ABA terapie navázali mezinárodní spolupráci s profesními organizacemi a ABA terapeuty z Polska a s několika profesními organizacemi na Slovensku, především s Akademickým Centrem Výzkumu Autismu na lékařské fakultě UK v Bratislavě. Zakladatelkou a současně i ředitelkou (C) T) A) je Mgr. Romana Straussová, Ph.D., autorka a spoluautorka mnoha publikací zacílených na rodiče a vychovatele dětí s PAS.

Zúčastněné pozorování zaměřené na sledování chování dítěte s PAS

Zúčastněné pozorování Petry probíhalo intenzivně od září 2017 do února 2018.

Níže budou popsány dvě části pozorování. V první části se budu věnovat vývoji nácviku nové dovednosti (slovní žádání o předměty). Druhá část se bude zabývat rovněž nácvikem nové dovednosti, tentokrát v oblasti sebeobsluhy (oblékání) a jeho proměnou během půl roku zúčastněného pozorování.

Slovní žádání o předměty

V září 2017, když se Pěťa vrátila po letních prázdninách do MŠ, bylo vypořádáno, že se začala více rozmlouvat, snažila se více napodobovat slova a slovní spojení, používala více slov než předtím. Dle informací získaných z rozhovoru s matkou, společně dojížděli i o prázdninách na logopedii a sama logopedka jim potvrdila menší pokroky, které Pěťa udělala. V loňském školním roce, pokud něco Pěťa chtěla nebo potřebovala, sdělila to prostřednictvím piktogramů (metoda VOKS – když chtěla pít, přinesla piktogram hrnečku, dostala napít apod.). Pěťa velice dobře pracuje s piktogramy a zároveň vyžaduje vizuální podporu při čemkoli. Jelikož matka dívky viděla, byť malý, ale určitý pokrok v expresivním vyjadřování dcery, zmínila se o tom na ABA terapii. Tam vytvořily pro Pěťu speciální učební program zaměřený na nácvik slovního žádání o předměty, neboť do té doby Pěťa sice nosila piktogramy s tím, co chtěla, ale verbálně nekomentovala.

Slovní žádání o předměty začala matka s Pěťou nacvičovat v půlce září 2017 a to nejen na terapii, ale i v domácím prostředí. Na konci září byla uskutečněna s matkou dívky osobní konzultace, na které bylo vysvětleno, jak nácvik probíhá, aby se nácvik mohl aplikovat i v MŠ. Začalo se prvním krokem, kterým byla jednoslovná žádost, kdy se na stůl položily dvě věci – jeden oblíbený předmět a jeden neoblíbený, a to tak, aby na ně Pěťa nedosáhla. V případě Pěti byl použit jako oblíbený předmět bublifuk a jako neoblíbený předmět auto. Pak se položila otázka: „Co chceš?“ a pobídlo se Pěťu, aby ukázala, co chce a pojmenovala to (slovem „bublifuk“). Pokud správně odpověděla, dal se jí ihned bublifuk. Toto se nacvičovalo i s jinými předměty. Bylo vidět, že Pěťa již věděla, co má dělat. Ačkoli tento krok již zvládala, nedokázala jej použít v jiné situaci. Když něco chtěla, přinesla piktogram či obrázek, ale už ho verbálně nepojmenovala. Proto se s Pěťou začalo toto nacvičovat i mimo „pracovní stůl“. Pokud přinesla piktogram, pojmenovalo se, co to je a Pěťa to zopakovala. Nejdříve nechápala, proč po

ní někdo chce, aby vyslovila to, co je na obrázku. Když jej přinesla, setkali jsme se i s projevy vzteku a křiku. Po dvou týdnech se Pét'a naučila chodit s piktoqramem a říkat to, co je na obrázku (to, co žádá). Druhým krokem byla dvouslovná žádost, na které v současné době stále Pét'a pracuje. Postupuje se stejně, jako u prvního kroku. Na stůl se dají dva předměty (oblíbený a neoblíbený) a po otázce „Co chceš?“ následuje pobídnutí, ať ukáže a řekne: „Chci bublifuk.“ Pokud je reakce správná, Pét'a je odměněna podáním bublifuku. V průběhu listopadu a prosince Pét'a spíše používala jen pojmenování „bublifuk“ (jednoslovná žádost), po upozornění zopakovala „Chci bublifuk“. Je však třeba zdůraznit, že nešlo o spontánní projev.

V lednu 2018 bylo vidět, že Pét'a doma o prázdninách trénovala a že začala již používat dvouslovnou žádost spontánně. V únoru nedošlo k žádné změně, ačkoli byly situace, kdy se musela pobídnout, aby vyslovila to, co chce. („Chci pít“ apod.). V rámci učebního programu se Pét'a bude dále učit vyjádřit žádost za použití tří slov („Já chci bublifuk.“). Cílem tohoto učebního programu je vyslovení trojslovné žádosti s oslovením dospělého (např. „Mami, já chci bublifuk.“).

Sebeobsluha (oblékání)

V září 2017 se Pét'a sama neoblékla, pouze si oblečení vysvlékla, ale obléknout se sama nedokázala. Při oblékání jí vždy někdo pomáhal (rodiče, asistent pedagoga), protože když jí něco nešlo obléknout, měla záchvaty vzteku, kopala kolem sebe a čekala, až jí někdo pomůže. Rodiče to velice trápilo, proto se poradili s terapeutkou na ABA terapii, kde poté vytvořili speciální učební program zaměřený na sebeobsluhu, konkrétně tedy na oblékání. Petře dělalo největší problém oblékání horních částí oblečení (tričko, mikina, bunda). Dolní části (kalhoty, ponožky, boty) jí takový problém nedělaly. Pokud jí dospělá osoba pomohla dát nohy do kalhot, poté si je už sama natáhla. Matka Péti nás informovala, jak doma a na ABA terapii nacvičují oblékání, a proto jsme Péti i v MŠ nechali větší prostor pro samostatné oblékání (učila se, jak si obléknout tričko, kalhoty a bundu pomocí jednotlivých kroků). Petře velice pomáhala vizuální podpora (procesuální schémata oblékání). Když si úspěšně oblékla tričko, zatím stále s dopomocí (sundali jsme piktoqram trička), usmála se, zatleskala a šla na další část oblečení. Negativní chování se však stále objevovalo, pokud Pét'e něco nešlo obléknout. Matka nás informovala, že doma je to podobné, ale že zkusí používat metodu vyhasínání (jedna z metod používaných v ABA terapii). Když se objevují záchvaty vzteku a nejde jí to, matka ihned nepřiskočí a nepomůže jí, jak na to Pét'a byla

zvyklá. Matka věděla, že Pěťa si to obléknout umí, jen to nešlo hned, jak si představovala. Pokud se objevilo něco, co jí opravdu nešlo obléknout, nacvičovalo se s ní požádání o pomoc. Jestliže si Pěťa řekla o pomoc dříve, než se začala vztekat, dostala odměnu (posilování vhodné reakce) (říjen – listopad 2017). V prosinci 2017 byla již Pěťa v oblékání samostatnější, přesto se negativní reakce v podobě záchvatů vzteku dostavovala, ač minimálně. Příklad: *Šli jsme na procházku, Pěťa si oblékla kalhoty, mikinu, boty a následně si měla obléknout bundu, avšak nešel jí obléknout druhý rukáv, proto došlo k náporu vzteku. Když zjistila, že jí nejde nikdo pomoci, zavolala slovo „pomoc“.* Byla pochválena, že si hezky řekla o pomoc.

V lednu a únoru 2018 se Pěťa začala samostatně oblékat, vyžadovala u sebe procesuální schéma oblékání, které si kontrolovala. Negativní reakce nebyla přítomna v žádné situaci, pokud Pěťa něco nešlo, hned si řekla verbálně (slovo „pomoc“) nebo neverbálně (gesto „prosím“) o pomoc, protože zjistila, že je daleko účinnější si říci o pomoc než se projevovat afektivně, jelikož v té chvíli jí okamžitě nikdo nepřišel pomoci.

5. 3. Kazuistika č. 3

David Č., narozený 13. 5. 2013, 4 roky a 9 měsíců

David je chlapec, který navštěvuje MŠ speciální prvním rokem. Veškeré informace uváděné o Davidovi jsou čerpány z osobní složky chlapce v MŠ speciální, z rozhovorů s matkou chlapce a jeho zúčastněným pozorováním.

Diagnóza: Dětský autismus, makrocefalie, porucha aktivity a pozornosti, narušený vývoj řeči při PAS, nerovnoměrný a opožděný psychomotorický vývoj.

Současná odborná péče

- Speciálně pedagogické péče (PPP Kolín – koordinátor pro klienty s PAS Mgr. Břečková).
- Psychologická péče (klinický psycholog – PhDr. Hana Křístková, Praha).
- Psychiatrická péče (MUDr. Trefilová, Praha).
- Dětská neurologie (VFN Praha a FN Praha).
- Foniatrie (VFN Praha – MUDr. Krejčí).
- Raná péče Kutná Hora.

Osobní anamnéza

David je z 3. gravidity matky, těhotenství bylo rizikové, dvojčetné, z umělého oplodnění. Porod proveden císařským řezem, ve 27. týdnu, Apgar skóre 4–5–6. Porodní hmotnost byla 960 g, porodní délka 33 cm. David byl nezralý, kříšený. Kojen byl do 5. měsíce, příkrmován od 5. měsíce. Je u něj patrný opožděný psychomotorický vývoj, sed zaznamenán v 15. měsíci, chůze ve 2 letech a 2 měsících. Nemoci: bronchitida – léčeno kortikoidy (nedovinuté plíce), anemie – provedena transfuze krve (ve 4. měsíci). Alergie na kyselé ovoce – mandarinku, pomeranč. Amputace posledního článku prstu – následek skřípnutí ve dveřích, zdařilo se část prstu přišít. Měl obtíže s kousáním a polykáním, jedl po malých kouscích, tuhé jídlo mačkané. Pozdě usínal, klidný spánek docílen až po Risperdal. V 18 měsících se jeho vývoj zastavil, nastala regrese především v oblasti řeči a komunikace, nemluvil, nerozuměl, neposlouchal, předtím se objevovalo žvatlání. Ve 3 letech diagnostikován dětský autismus.

Rodinná anamnéza

David se narodil do úplné rodiny. Se svou rodinou žije v rodinném domě v malé vesnici poblíž Kolína. Otec Vladimír Č., narozen 1979, vyučen, pracuje jako operátor logistiky. Matka Lucie Č., narozena 1976, vyučena, pracovala jako šička v oděvním závodě, nyní bez zaměstnání. Matka má depresivní poruchu, ráčkovala, má tendence ke zvýšenému užívání alkoholu. U bratra matky a jeho syna byl diagnostikován balbuties. Otec má diabetes mellitus II. typu, jinak je zdravý. David má sestru, dvojče Lenku, která trpí Aspergerovým syndromem a epilepsií. Navštěvuje běžnou MŠ. Rodina žije pohromadě, vztahy jsou však spíše disharmonické kvůli abnormální zátěži kolem dětí, otec příliš matce nepomáhá s výchovou a péčí o děti. V domácí péči mají také matku matky s pokročilou demencí, o kterou se starají.

Školní anamnéza

David začal navštěvovat MŠ speciální ve 4 letech na základně doporučení PPP Kolín. Od začátku roku byla jeho docházka celodenní. Adaptace proběhla v pořádku, odloučení od rodiny zvládal bez obtíží. V současné době David přichází do MŠ kolem půl 8 a odchází kolem 15. hodiny. Docházka do MŠ je pravidelná.

Pedagogická diagnostika

Z dlouhodobého pozorování Davida vyplývá pedagogická diagnostika chlapcova psychomotorického vývoje.

Jemná motorika a grafomotorika

Lateralita není ještě u Davida zcela vyhraněná – ruce střídá. Má špatný úchop psacího a kreslicího náčiní. Nejeví zájem o malování ani kreslení. Úroveň kresby je ve stádiu čmárání. Práce s grafomotorickými listy je omezená, vyžaduje nutnou pomoc pedagoga, jinak začmárá, naznačuje nápodobu křížku, objevuje se nejčastěji kruhové čmárání. Spojuje a rozpojuje patentové kostky (kostky Duplo), vkládá kroužky na trn, vyhazuje předměty do otvorů (vkládačky).

Hrubá motorika

David chodí samostatně, avšak při delší procházce pláče, vzteká se, chce se nosit (před příchodem do MŠ využívala matka kočárek). Nezapojuje se do společného cvičení (hudebně pohybové chvilky), má problémy s nápodobou, odbíhá.

Běhá, skáče, sjede skluzavku, vlezle na prolézačky na dětských hřištích. Účastní se předplaveckého výcviku. Na odrážedle ani tříkolce nejezdí. Začíná reagovat na míč, který se mu posílá. Neumí střídat nohy ze schodů a do schodů.

Kognice, percepce

David přiřazuje základní tvary a základní barvy. Roztřídí dva výrazně odlišné předměty, páruje stejné obrázky. Složí obrázek ze dvou dílků. Zajímá se o formu, nikoliv o obsah – dobře skládá kostky na sebe podle tvarů, ale nerozumí, že je na nich vyobrazen smysluplný obrázek. Pomalu se učí novým věcem, ale spíše mechanickou pamětí než pochopením. Při sledování televize vnímá obrázky a zvuky. Z hlediska sluchového vnímání je reakce na oslovení a verbální pokyny nekonzistentní, méně pružná, s delší latencí. Doba koncentrace pozornosti je velice krátká – je patrná oslabená schopnost koncentrace pozornosti (dokáže se krátce koncentrovat pouze na oblíbené činnosti).

Řeč

Verbální vyjadřování (expresivní složka řeči): Verbálně prakticky nekomunikuje, vydává zvuky, vokalizuje – pouze náznak užití jednoduchých slov

(mama, tata, baba, boty, ahoj). Pokud je David motivován odměnou, je naznačena verbální nápodoba, pro okolí je však mluvní projev málo srozumitelný.

Verbální porozumění (receptivní složka řeči): Porozumění mluvené řeči je na nízké úrovni. Jednoduchým pravidelně se opakujícím pokynům rozumí. Porozumění řeči je u Davida podporováno pomocí vizualizace. Učí se funkční komunikaci prostřednictvím piktogramů, fotografií a metody VOKS.

Neverbální komunikace: Oční kontakt naváže zřídka a krátkodobě. Gesto ANO a NE neumí. Zápor vyjádří křikem, záchvatem vzteku, lehnutím na zem. Obličejová exprese je omezená.

Sociální chování, hra

Hraje si sám, ostatních dětí si nevšímá, nepozoruje je při hře. Hra je stereotypní, jednoduchá, převažuje manipulace s předměty – spojuje a rozpojuje kostky, stavebnici. Zajímají ho technické věci (zhasínání a rozsvěcení světel, pouštění vody, zašupování dveří), dále předměty a přístroje, které vydávají zvuky (lux, mikrovlnka, myčka, pračka).

David má rád sociální hrátky – šimrání, pohazení – libost vyjadřuje smíchem, úsměvem. Při příchodu do třídy nepozdraví, nepoužije ani gesto, oční kontakt nenaváže. Emocionální reakce jsou pozorovány častěji při vyjadřování nesouhlasu, spokojenost vyplývá z chování. Zachovává klid při oblíbených aktivitách. V chování je zřejmý nárůst autoagresivity (intenzita i četnost – údery do hlavy, hlavou o zem), nevnímá možnost nebezpečí, není si vědom ani své vlastní síly.

Sebeobsluha

Stolování

U stolu sedí, pokud něco jí, když už nechce jíst, odbíhá, nevydrží čekat na další jídlo. Umí jíst lžící, pokud mu jídlo nejde na lžici nabrat, bere je do rukou, někdy musí být dokrmován. Pije z lahve s náustkem.

Oblékání

U Davida je nutná dopomoc při svlékání i oblékání, i když se snaží pomoci (podají se mu tepláky – David si je natáhne, nasadí se mu tričko na hlavu – David si je

stáhne dolů). Umí si zout bačkory i boty a dát je na určené místo. Při oblékání využívá procesuální schémata. Rozepíná i zapíná suchý zip, tkaničky nezaváže.

Hygiena

David je na plenách, potřebu sám neohlásí. Při vysazení na záchod bez problémů vykoná malou potřebu. Nutná je dopomoc při umývání a utírání rukou, přičemž využívá procesuální schémata.

Z rozhovoru s matkou chlapce k využití ABA terapie

Rozhovor s matkou chlapce probíhal v lednu 2018 v prostorách MŠ speciální. Otázky byly směřovány směrem k ABA terapii, kterou se svým synem navštěvuje. Matka se o ABA terapii dozvěděla od své bývalé dětské lékařky a dále to byl následek její zvědavosti, když hledala, co by synovi nejvíc vyhovovalo a pomohlo. Tato terapie byla pro ni dle jejích slov zpočátku „španělská vesnice“ a žádné zázraky od ní nečekala. Po čase, když se synem terapii absolvovala, překvapily jí hlavně metody a postupy, které byly vůči synovi přirozené, dobře a snadno je chápal. David na ABA terapii dochází prvním rokem, a to do Střediska na Sioně v Kutné Hoře. Terapií se zúčastňuje 2x týdně po 3 hodinách, současně se věnují především domácímu tréninku. Na terapiích řeší především synovo problémové chování, nácvik nových dovedností a nácviky komunikace.

Na otázku, zda jim ABA terapie pomáhá, matka odpověděla, že určitě ano. Je přesvědčená, že bez terapie by byl syn nezvladatelný, učí se oba spolu komunikovat, což je podle ní základ. Je ráda, že syna terapie baví a vždy udělá alespoň malý krůček vpřed. Tato terapie je z jejího pohledu praktická a přirozená. Problém spatřuje v nedostatku informací zacílených na rodiče s dětmi s PAS o Aplikované behaviorální analýze (ABA terapii) a ve finanční zátěži, protože terapie nejsou levnou záležitostí a spousta rodin si je nemůže dovolit.

Zúčastněné pozorování zaměřené na sledování chování dítěte s PAS

Zúčastněné pozorování Davida probíhalo intenzivně od září 2017 do února 2018. Ačkoli David nastoupil do školky prvním rokem adaptace na prostředí MŠ a osoby v ní pracující proběhla bez problémů. Separáční úzkost nebyla vůbec vnímána. David si okamžitě našel činnosti, které ho zabavily, a přítomnost dalších dětí ho vůbec neobtěžovala, nevšímal si jich. Matka Davida na začátku roku učitelky v MŠ

informovala, že se synem dochází na ABA terapii, která ji zaujala a která dle jejích slov, Davidovi pomáhá (viz Z rozhovoru s matkou chlapce k využití ABA terapie).

Níže budou popsány dvě části pozorování. První část se bude zabývat nevhodným (problémovým) chováním chlapce a jeho proměnou během půl roku zúčastněného pozorování. Druhá část se bude věnovat vývoji nácviku nové dovednosti (nácvik posazení se a sezení u stolu).

Sebepoškozování (autoagrese)

Před začátkem docházky matka učitelky MŠ informovala o tom, že se u Davida objevuje autoagresivní chování, především údery do hlavy o zem či o zeď. Zakoupila pro syna ochrannou helmu, avšak David jí odmítal nosit, strhával si ji z hlavy. Během tří měsíců (září – listopad 2017) docházelo v prostředí MŠ několikrát k řadě situací, kdy chlapec reagoval autoagresivně, právě údery do hlavy. Nejčastější situace, kdy se David takto choval, byla při přerušení jeho oblíbené činnosti (kdy se muselo jít obědvat, svačit, šlo se na procházku apod.). Další situací, která u Davida vyvolávala autoagresi, byla ta, když mu něco nešlo (např. nepodařily se mu rozpojit patentové kostky Duplo, se kterými si rád hraje, nešly mu otevřít dveře, nepovedly se mu nasadit boty atd.). Příklad: *David si v klidu hraje s kostkami Duplo, rozpojuje a spojuje je, běhá s nimi po místnosti. Najednou se posadí a chce rozpojit kostky, nejde mu to, začíná se vztekat, pomoc nevyhledává. Zhruba po 3 minutách vztekání začne být zlost intenzivní a začne hlavou bouchat o zem. Přiběhne dospělá osoba, zastaví údery do hlavy a pomůže Davidovi kostky rozpojit. David se uklidní.*

V průběhu prosince autoagrese značně ubylo, byly zaznamenány „pouze“ dvě takové situace. První případ se týkal toho, že se David odmítal jít převléknout do pyžama a druhá situace nastala na dětském hřišti, kdy se David chtěl jít svézt na skluzavku, která však byla mokrá, proto musel počkat, až se utře.

Při nevhodném chování, ke kterému patří právě autoagrese, je nejdůležitější zjistit příčinu tohoto chování. A proto veškeré informace, týkající se Davida a jeho autoagresivního chování, sdělovaly učitelky MŠ rodičům a následně všechny vzniklé problémy maminka řešila s příslušnými pracovníky na ABA terapii, kde byla provedena funkční analýza Davidova chování. Matka Davida poté MŠ informovala o výsledcích a pravděpodobných příčinách tohoto chování.

Jednou z příčin, proč se David choval autoagresivně, bylo získání a upoutání pozornosti. Nastalo to v těch situacích, kdy se mu něco nezdařilo a jemu se osvědčilo,

že když začne hlavou mlátit o zem, přiběhne dospělá osoba a pomůže mu (ukonejší ho, pomůže mu rozpojit kostičky, about boty, zavřít dveře apod.). A jelikož reakce lidí byla pokaždé stejná, vždy se mu to „vyplatilo“ udělat. Druhou příčinou, která měla podstatný vliv na jeho nevhodné chování, bylo neporozumění (což vyplývá i z jeho diagnózy). Došlo k tomu v situaci, kdy s MŠ byli na dětském hřišti, a David chtěl na skluzavku, avšak neporozuměl tomu, že skluzavku je třeba nejdříve utřít, a pak se může sklouznout. Ke stejné reakci došlo při přerušení jeho oblíbené činnosti (neporozuměl tomu, že až se např. nasvačí, může se vrátit ke svým oblíbeným aktivitám).

V průběhu ledna a února 2018 nebyly u Davida zaznamenány žádné projevy autoagrese. Naučil se, že když potřebuje pomoc (např. zapnout botu, otevřít dveře), přijde za dospělou osobou a vede dospělé osobě ruku tak, aby daný člověk věděl, s čím potřebuje David pomoci. Ačkoli toto není běžná forma komunikace (dítě využívá ruku dospělého jako předmět k dosažení svého přání), pomohlo to k eliminaci sebepoškozování. V rámci další ABA terapie se chce matka zaměřit na adekvátní způsob říkání si o pomoc, ať už za pomoci gesta, verbálního vyjádření či za pomoci piktogramu. Co se týká situací, kdy se přerušují či ukončují Davidovy oblíbené činnosti, nedochází již k autoagresivnímu chování, ale většinou „už jen“ ke vztekání a pláči. Proto je vhodné a žádoucí využívat komunikační lišty či cestovní proužky, kde má chlapec zobrazeno, že po určitém čase, nutné vykonané činnosti (po svačině, po záchodě) se může k oblíbené aktivitě vrátit.

Nácvik posazení se a sezení u stolu

Na začátku docházky David neustále pobíhal po místnosti či polehával na zemi. Když seděl, tak jediné na pohovce či na sedacím vaku. Při svačině nebo u oběda s ostatními dětmi neposeděl, neustále odbíhal. Při obědě si většinou přiběhl dát jídlo do pusy a zase odběhl. Z rozhovoru s matkou bylo zjištěno, že v domácím prostředí se děje úplně to stejné, David neustále pobíhá a u stolu, na židli neposedí. V rámci ABA terapie se odborníci začali tímto zabývat a matka poté učitelkám v MŠ sdělila, že začali trénovat nácvik posazení i v domácím prostředí. Proto se začal tento úkon trénovat i v MŠ, aby se nácvik sjednotil. S průběhem nácviku seznámila matka Davida učitelky MŠ.

Nácvik začal druhý týden v září 2017. Prvním krokem nácviku bylo uchopení Davida za ramena tak, aby se zamezil jeho útek a dovedlo se ho na konkrétní místo (v tomto případě na židličku s jeho značkou), pomohlo se mu sednout, následovala

pochvala a David mohl místo opustit. Ze začátku se David bránil, objevovaly se záchvaty vzteku, křik, ale po jednom týdnu se nechal přivést na místo bez jakýchkoliv negativních reakcí. Po zvládnutí tohoto kroku čekal Davida druhý krok, kdy se mu ukázalo, jakým směrem má jít, a doprovázelo se Davida na židličku bez držení. Pokud si sám sedl, byl pochválen a mohl odejít. Tento krok se nacvičoval zhruba tři týdny. Posledním krokem bylo postavit se k jeho židličce a odtud na něj zavolat a gestem mu naznačit, ať přijde. Tento krok byl nejsložitější, a proto se nejvíce využívalo motivace odměnou (oblíbená hračka, jídlo). Pokud si David sedl, byl odměněn, mohl odejít (postupem času se chvílka u stolu prodlužovala). S tímto nácvikem se končilo na konci října. Na ABA terapii dle slov matky začali učit Davida sedět na židli u stolu, následně matka praktikovala nácvik i v domácím prostředí. V MŠ nebyly žádné výrazné změny zaznamenány během měsíce a půl. V půlce prosince 2017 bylo však vyzpozorováno, že David si na židli ke stolu už sám sedne, a to bez předchozího upozornění, ale jen v tom případě, že vykonává nějakou oblíbenou činnost (např. hra s kinetickým pískem). V současné době (únor 2018) u stolu sedí, pokud zde provádí oblíbenou činnost. Při řízené činnosti vydrží u stolu nejdéle 2 minuty. Co se týká stolování, pokud jí, u stolu sedí, pokud už nechce jíst nebo musí čekat na druhé jídlo, tak odbíhá.

Momentálně (únor 2018) se v rámci ABA terapie chce matka s Davidem více zaměřit na nácviky komunikace (verbální nápodoba, ukazování, žádání).

5. 4. Kazuistika č. 4

Tomáš F., narozený 14. 7. 2011, 6 let a 7 měsíců

Tomáš je chlapec, který navštěvuje MŠ speciální třetím rokem. Veškeré informace uváděné o Tomášovi jsou čerpány z osobní složky chlapce v MŠ speciální, z rozhovorů s matkou chlapce a jeho zúčastněným pozorováním.

Diagnóza: Dětský autismus, porucha aktivity a pozornosti, nerovnoměrný psychomotorický vývoj, opožděný vývoj řeči.

Současná odborná péče

- Speciálně pedagogické péče (PPP Kolín – koordinátor pro klienty s PAS Mgr. Břečková).
- Psychologická péče (PhDr. Holá, Kolín).
- Psychiatrická péče (MUDr. Hromadová, Kolín).

- Dětská neurologie (MUDr. Šulcová, Kutná Hora).
- ORL a foniatrie (MUDr. Strejčková, Kolín).

Osobní anamnéza

Tomáš se narodil z 3. gravidity matky (jeden samovolný potrat). Průběh těhotenství zpočátku bez potíží, ve 21. týdnu matka prodělala operaci žlučníku. Porod proběhl ve 37. týdnu, byl spontánní. Porodní váha činila 2740 g, porodní délka 49 cm. Apgar skóre 9–9–9. Poporodní adaptace hodnocena jako běžná, prodělal mírnou novorozeneckou žloutenku, jeden den podstoupil fototerapii. Sál bez potíží, kojen byl plně tři měsíce. Jako miminko byl hodný, klidný, pravidelně se budil na jídlo. Od 6. do 12. měsíce bylo aplikováno rehabilitační cvičení Vojtovou metodou pro opoždění vzpřimování (mírná trupová hypotonie, mírná predilekce hlavy). V 10. týdnu prodělal zápal plic, do jednoho roku se vyskytovaly opakované bronchitidy, léčba antibiotiky. Kolem 3. roku matka pozorovala časté rituály v chování (vyžadoval dodržování stejných tras cest, vyžadoval stále stejná sedadla v autobuse apod.), stereotypní pohyby (přešlapování z nohy na nohu, třepání rukama), výrazný motorický neklid, pozorování okolí ze zvláštních úhlů. Do tří let ke komunikaci nepoužíval žádné slovo s významem, pouze vokalizoval, žvatlal. První slova s významem začal používat kolem 3. roku. Podezření na autismus bylo poprvé vysloveno matkou kolem 2. roku Tomáše, před 4. rokem bylo potvrzeno na psychiatrickém vyšetření i při následných odborných vyšetřeních (psychologické, speciálně pedagogické).

Rodinná anamnéza

Tomáš se narodil do úplné rodiny, avšak rodiče se v roce 2015 rozvedli. Tomáš žije se svou matkou a jejím novým manželem Karlem K. v rodinném domě v Kolíně. Tomáš má velice dobrý vztah jak s novým manželem své matky, tak i s jeho dvěma dětmi, které má z předchozího vztahu. Otec Lukáš F., narozen 1975, má vyšší odborné vzdělání, pracuje jako odborný pracovník hotelu. S Tomášem je v pravidelném kontaktu, s matkou Tomáše vychází dobře. Matka Jitka K., narozena 1977, vysokoškolsky vzdělaná, původním povoláním lékařka, v současné době masérka. V dospívání trpěla mentální anorexií. Rodinná anamnéza s ohledem na PAS a jiné vývojové poruchy je negativní. Tomáš má vlastní sestru Lenku, narozenou 2008, která je zdráva. Rodina pobírá sociální příspěvek na péči II. stupně, Tomáš vlastní průkaz ZTP/P. V péči o Tomáše pomáhá rodině „chůva“, která ho vodí do MŠ.

Školní anamnéza

Tomáš od tří do čtyř let 2x týdně navštěvoval Středisko respitní péče Volno v Kolíně. Ve čtyřech letech nastoupil do MŠ speciální Kolín do třídy pro děti s PAS na základě doporučení PPP Kolín. Od začátku byla docházka celodenní, separaci od rodičů zvládal bez problémů. V současné době Tomáš přichází do MŠ kolem půl 8 a odchází většinou kolem 16. hodiny. Docházka do MŠ je pravidelná.

Pedagogická diagnostika

Z dlouhodobého pozorování Tomáše vyplývá pedagogická diagnostika chlapčova psychomotorického vývoje.

Jemná motorika a grafomotorika

Tomáš nemá ještě lateralitu vyhraněnou, ruce střídá, ale častěji používá pravou ruku. Má špatný úchop kreslicího i psacího náčiní, úchop je pinzetový. Manipulaci s nůžkami zvládá oběma rukama, nastříhne papír (s mírnou dopomocí), nestříhá. Úroveň kresby je ve stádiu čmáranice (kruhové čmáraní, bodové tlučení), symbolická kresba chybí. Při práci s grafomotorickými listy dokáže obtáhnout jednoduché tvary, spojí dva body čarou (svislé a vodorovné čáry), obloučky apod. Spojuje a rozpojuje patentové kostky, zapichuje kolíky do perforované tabulky. Navléká korále na tkaničku, kroužky na trn. Vkládá jednoduché geometrické tvary, mince do pokladničky.

Hrubá motorika

Po schodech chodí sám, při chůzi do schodů a ze schodů nohy střídá, přidržuje se zábradlí. Skáče snožmo, stoj na jedné noze zvládá s oporou (bez opory má problémy s rovnováhou), skákání po jedné noze nezvládá. Má rád fyzickou aktivitu, rád pobíhá, na dětských atrakcích (houpačky, klouzačky, prolézačky) je velmi obratný. Pasivně se nechá zapojit do hudebně pohybových chvil. Z menší vzdálenosti chytí i hodí větší míč. Jezdí na odrážedle a motokáře. Účastní se předplaveckého výcviku.

Kognice, percepce

Tomáš přiřazuje stejné barvy, geometrické tvary, písmena i číslice. Vloží rozpůlené geotvary do výřezu, bez problémů zvládá obrázkové vkládačky. Páruje stejné obrázky, přiřazuje stínové obrázky, skládá puzzle z 15 dílků. Přikládá kostky na připravenou předlohu. Doplní řadu podle daného vzorce, podle předlohy správně

nasměruje obrázek. Zná abecedu, čísla – do 10 určitě, přiřazuje číslice k odpovídajícímu počtu předmětů. Zraková pozornost je méně pružná, často předkládané předměty nesleduje zrakem, zrakové vnímání je slabě integrováno s ostatními smysly a chováním. Rád pozoruje pohyb předmětů, světelné efekty, občas si prohlíží okolí z neobvyklých úhlů a pozic. Z hlediska sluchového vnímání reakce na oslovení a verbální pokyny je nekonzistentní, má rád zvukové hračky, ve školce mu vadí křik ostatních dětí. Nápadnosti v oblasti taktilního vnímání – okusuje si nehty, fascinují ho nehty druhých lidí. Nemá rád špinavé ruce, vyžaduje se ihned umýt. Pozornost je však těkavá, snadno podléhá okolním vlivům, což negativním způsobem ovlivňuje kvalitu spolupráce i celkový výkon. Je velice obtížné zaujmout jeho pozornost.

Řeč

Verbální vyjadřování (expresivní složka řeči): V řeči se vyskytuje mnohočetná dyslalie, slova komolí, používá vlastní slova (bakočí-bačkory atd.), řeč je obtížně srozumitelná. V řeči se též vyskytuje echolálie, opakuje slyšené (ne vždy s komunikačním významem, často bez porozumění významu slov). Napodobuje intonaci a melodii řeči. Užívá hodně anglických slov (počítá do 10, vyjmenuje barvy).

Verbální porozumění (receptivní složka řeči): Receptivní složka řeči je na vyšší úrovni než složka expresivní. Oslovení či pokyn někdy ignoruje, občas je nezbytný fyzický kontakt pro upoutání pozornosti. Rozumí zákazu, splní jednoduché, často používané pokyny (i bez využití vizuální podpory či gesta). Má problémy s porozuměním, je-li slovo řečeno v jiném tvaru, než na který je zvyklý (např. lépe reaguje na oslovení „Tome“ než na jiné podoby jeho jména). Ukáže na obrázky, ale pouze ve známé obrázkové knize.

Neverbální komunikace: Oční kontakt je nekonzistentní, nesynchronizovaný. Používá jednoduchá konvenční gesta (zamává, poprosí, poděkuje), avšak většinou po upozornění. Obličejová exprese je omezená. Zápor vyjádří slovy „Tone!” nebo hlasitým křikem a odchází. Gesto „ANO” neumí.

Sociální chování, hra

Tomáš ostatní děti pozoruje, pobíhá mezi nimi, ale hraje si sám, většinou stranou od ostatních. Kontakt s dětmi nevyhledává. Pokud se k němu nějaké dítě blíží, vezme si svou hračku a odchází jinam nebo dítě odstrkuje. Když mu někdo hračku vezme, začne hlasitě křičet a očekává pomoc dospělé osoby. Hra je manipulační, stereotypní, poslední

dobou hračkami více hází, bouchá s nimi. Funkční ani sociálně napodobivá hra není přítomna. Většinou hračky používá k jinému účelu, než k jakému jsou určeny. Nedokáže se sám zabavit, když se nudí, upoutává pozornost nevhodně (ničí předměty, demontuje, rozhazuje hračky). Rád hraje na tabletu didaktické hry, sleduje pohádky či zábavná videa, bere si knížky, které si rychle prohlédne, ale spíše je jen nosí a pochoduje s nimi po místnosti. Od oblíbených činností je těžce odklonitelný. Řídí se vlastními záměry, motivace k sociálně komunikačnímu kontaktu a interakčním činnostem lze hodnotit jako omezenou. Motivující je pro Tomáše oblíbená činnost (většinou hra na tabletu). Sociální kontakt neinicuje, při snaze o navázání kontaktu nebo při vybídnutí ke společné hře reaguje nekonzistentně – pokud ho činnost zaujme, spolupracuje, některé činnosti ignoruje, odmítá spolupracovat. Většinou se obslouží sám, o pomoc si řekne častěji po upozornění. Emoce sdílí výjimečně, pochvalu přijímá bez výrazného emočního doprovodu, ne vždy je pochvala pro něj motivující. Pro útěchu si nepřijde, útěchu neposkytuje, soucit neprojeví. Projeví radost z přítomnosti blízkých osob, radostně je přivítá.

Sebeobsluha

Stolování

Během konzumace jídla sedí u stolu společně s ostatními, neodbíhá. Pije jen ze své plastové láhve a jen svou šťávu. Má zúžený repertoár jídel, která je ochoten jíst. Ke svačině jí zatím jen suché rohlíky, piškoty a loupáky (pomazánky, jogurt, chléb odmítá). K obědu jí pouze přílohy (těstoviny, brambory, knedlíky...). Používá lžici a vidličku. Umí odnést hrneček či talířek na určené místo.

Oblékání

Umí se sám svléknout i obléknout, avšak neumí rozpoznat přední a zadní stranu oblečení a obracet oděv, když je naruby. Umí si uklidit oblečení do svého boxu a uklidit boty do botníku. Rozepíná a zapíná suchý zip, knoflíky, tkaničku nezaváže.

Hygiena

V oblasti WC je Tomáš samostatný, využívá jako vizuální podporu procesuální schémata (při vykonávání potřeby, mytí rukou), avšak nezvládne hygienu po velké

potřebě. Dokáže si říci, pokud chce na záchod. Sám si umyje pusku. Neumí smrkat, pouze si nos utře (doma mu nos odsávají).

Z rozhovoru s matkou chlapce k využití ABA terapie

Rozhovor s matkou chlapce se uskutečnil v lednu 2018 v prostorách MŠ speciální. Cílem bylo zjistit, jak matka Tomáše vnímá ABA terapii, přestože se synem ABA terapii nenavštěvuje. Matka Tomáše se poprvé o ABA terapii dozvěděla z knih o autismu, kde si hledala podrobnější informace ohledně této diagnózy. Jí osobně ABA terapie moc nezaujala. Problém vidí v tom, že dítě s autismem si snadno udělá o celé situaci obrázek a následně uvažuje ve smyslu – něco udělám a dostanu bonbon. Jinak nefunguje, což je podle ní špatně. Dle jejího názoru by byla ABA terapie pro Tomáše nevhodná, protože dle jejích slov mu „*sotva pomůže práce za stolečkem a přetěžování dítěte na ABA terapii i doma. Co jsem viděla ABA terapie na videu na internetu, tak při ní děti nekomunikovaly, jen opakovaly, což je u dětí s nízkou funkčním autismem normální, jen opakuje, ale bez pochopení významu a kontextu věci, což pro svého syna nechci.*”

Na ABA terapii má spíše negativní náhled, avšak respektuje názory ostatních rodičů, které ABA terapie zaujala, dochází na ni a jejich dětem pomáhá. „*Každý má jiný názor a každý rodič ví nejlépe, co jejich dítěti pomáhá a co by mu mohlo uškodit.*” Proto ABA terapii nikde nevyhledala, snaží se s Tomášem doma pracovat intuitivně a dle svého uvážení.

5. 5. Kazuistika č. 5

Aneta V., narozená 18. 3. 2012, 5 let 11 měsíců

Aneta je dívka, která navštěvuje MŠ speciální třetím rokem. Veškeré informace uváděné o Anetě jsou čerpány z osobní složky dívky v MŠ speciální, z rozhovorů s matkou dívky a jejím zúčastněným pozorováním.

Diagnóza: Dětský autismus, opožděný vývoj řeči.

Současná odborná péče

- Dětská neurologie (FN Brno, MUDr. Nemeškalová, Kolín).
- Psychologická péče (Mgr. Bc. Gondžová, FN Brno).
- Foniatriká klinika 1. LF UK a VFN (Praha).

- Raná péče NAUTIS.
- Speciálně pedagogické péče (PPP Kolín – koordinátor pro klienty s PAS Mgr. Břečková).
- Logopedická péče (Mgr. Bajtlerová, Poděbrady).

Osobní anamnéza

Aneta se narodila z 1. gravidity matky. Těhotenství proběhlo v normě, porod byl v termínu. Porodní hmotnost činila 3350 g a porodní délka 50 cm. Apgar skóre 10–10–10. Poporodní adaptace byla v normě, diagnostikována slabá novorozenecká žloutenka, kyčle a pupík v normě. Psychomotorický vývoj do 1,5 roku rovněž v normě. Očkování řádné, po jednom očkování se objevil hematom v noze. Operace a úrazy žádné. Hospitalizace na Foniatrické klinice v Praze v roce 2014 kvůli vyšetření sluchu, neboť se sluch nepodařilo ambulantně vyšetřit. Od 18. měsíce patrná regrese ve vývoji, přestala užívat několik slov a snížil se její zájem o sociální okolí. Spíše měla vlastní vyjadřování, především citoslovce, minimálně napodobovala zvířata. Pravidelný režim nevyžadovala, byla více vzteklá, oční kontakt byl horší. Hrála si sama, dle matky nerozuměla příkazům, na jméno reagovala, ale když si hrála, tak nereagovala. Měla potíže s jídlem. V roce 2015 byla hospitalizována ve Fakultní nemocnici v Brně na Klinice dětské neurologie kvůli podezření na PAS, zde diagnostikován dětský autismus.

Rodinná anamnéza

Aneta se narodila do úplné rodiny, i když rodiče nebyli manželé. Po dvou letech od narození Anety se rozešli. Aneta žije s matkou v pronajatém bytě v Kolíně, s otcem je v pravidelném kontaktu. Matka Monika U., narozena 1982, středoškolsky vzdělaná s maturitou, pracuje jako administrativní pracovnice v nemocnici, zdráva. Otec Pavel V., narozen 1966, vysokoškolsky vzdělaný, pracuje jako lékař, zdrav. Z předchozího manželství má otec dvě děti, zdravotně jsou v normě, rodiče matky i otce taktéž. V širší rodině nebylo zaznamenáno žádné neurologické a psychiatrické onemocnění. Matka má na výchovu Anety větší vliv, je důslednější. Otec preferuje spíše benevolentnější výchovu.

Školní anamnéza

Aneta nastoupila do MŠ speciální ve třech letech. Na režim v MŠ a na lidi kolem si zvykla. Zpočátku však bylo zřejmých hodně negativních emocí, zejména při

přechodech mezi jednotlivými činnostmi i mezi jednotlivými lidmi v MŠ. Velmi často se upínala k jednomu člověku, kterého si ráno „vybrala“ a poté odmítala pracovat s jiným dospělým. V současné době Aneta přichází do MŠ v 7 hodin a odchází po půl čtvrté. Docházka do MŠ je pravidelná.

Pedagogická diagnostika

Z dlouhodobého pozorování Anety vyplývá pedagogická diagnostika dívčina psychomotorického vývoje.

Jemná motorika a grafomotorika

Aneta upřednostňuje levou ruku, avšak při malování občas ruce střídá. Úchop kreslicího a psacího náčiní není správný, nechá se však opravit. Výtvarné činnosti má ráda, ráda maluje štětcem, pracuje s modelínou (vyválí váleček, kuličku). Úroveň kresby je ve stádiu hlavonožce, pokud asistuje dospělá osoba a říká, co všechno má Aneta nakreslit, nakreslí správně celou postavu. Nůžkami přestřihne proužek papíru, avšak má špatný úchop. Spojuje a rozpojuje patentové kostky (lego Duplo), navléká kroužky na trn, vhazuje do otvorů (vkládačky, vhazovačky), navléká korále. Umí zašroubovat a rozšroubovat víčko u láhve. Listuje v knížce po jedné stránce.

Při práci s grafomotorickými listy napodobuje kreslení čar (vodorovných, svislých), kolečka, čtverce, oblouky apod. Při vybarvování obrázků se snaží vybarvit ohraničené tvary.

Hrubá motorika

Částečně se zapojuje do hudebně pohybových chvil a jednoduchých překážkových drah, dle nálady (pokud spolupracuje, snaží se o nápodobu). Vyleze na žebřík, průlezku, sjede skluzavku na dětských hřištích. Běhá, skáče, umí skákat na jedné noze. Při chůzi do schodů a ze schodů nohy střídá. Umí hodit, chytit míč, kopnout do velkého i malého míče. Účastní se předplaveckého výcviku.

Kognice, percepce

Aneta přiřazuje stejné barvy, základní geometrické tvary, písmenka. Poznává základní barvy. Páruje stejné obrázky i stínové obrázky. Skládá puzzle z 12 dílků. Poznává základní části těla (hlava, ruce, nohy, břicho). Počítá do 10 jistě. Složí kostky dle nakreslené předlohy. Vyhovují jí strukturované úkoly. Z hlediska zrakového vnímání se

Aneta na předměty kouká velice zblízka, též si všímá drobných předmětů (drobečků, detailů). Z hlediska sluchového vnímání reakce na oslovení a verbální pokyny je nekonzistentní, má ráda zvukové hračky, ve školce jí vadí pouštění písniček z rádia (utíká se schovat). Pozornost je spíše krátkodobější, lze zaznamenat delší koncentraci pozornosti při oblíbených činnostech.

Řeč

Verbální vyjadřování (expresivní složka řeči): Aneta používá pár slov (mami, táto, dost, pomoc...), převažuje vlastní žargon („povídá si pro sebe“). Objevuje se echolálie, dokáže napodobit mluvené slovo. Pokud něco potřebuje, dokáže si říci o pomoc mluveným slovem. Používá anglická slova (zvířata, číslovky, písmena), zpívá si anglické písničky. Při mluvení si dává často ruku před pusou, křiví pusou. Snaží se o verbální komunikaci, jedná se však spíše o jednostranné sdělování (když něco Aneta chce nebo potřebuje), o příjem informací nemá příliš zájem. V případě dialogu jde především o již zmíněnou echolálii.

Verbální porozumění (receptivní složka řeči): Jednoduchým a pravidelně se opakujícím pokynům rozumí, porozumění musí být téměř ve všech případech podpořeno vizuálně (piktogramy, fotografie). Ukáže na pojmenované obrázky v knihách, časopisech.

Neverbální komunikace: Oční kontakt je nekonzistentní, naváže jej jen na krátkou chvíli, většinou když něco chce, o něco žádá. Zápor vyjadřuje vokalizací (křikem, případně si lehá na zem, odběhne se někam schovat). Mimiku lze charakterizovat běžným rozsahem výrazů, častým grimasováním před zrcadlem. Používá gesto „prosím“ a zamává při pozdravu, pokud se jí to připomene.

Sociální chování, hra

Aneta občas vyhledává ostatní děti, snaží se je napodobovat ve hře (většinou jednoduché pobíhání, hra na honěnou). Většinou si však hraje sama – ráda si hraje s modelínou, prohlíží si knížky, skládá puzzle, hraje si se zvířátky, které staví do řady. Jsou patrné náznaky sociálně napodobivé hry (krmí, obléká, vozí v kočárku panenku). Neumí půjčovat dětem hračku, se kterou si hraje, když ji Anetě někdo bere, vzteká se, pláče a začne o ni „bojovat“. Pokud chce nějakou hračku, občas přijde s obrázkem dané hračky a vyžádá si ji (v MŠ se používá metoda VOKS). Emocionalita je výrazně labilní s rychlým střídáním smíchu a pláče, místy nepřiměřená reaktivita kvantitou i kvalitou.

Je evidentní nižší frustrační tolerance. Méně projevuje strach i v potencionálně rizikových situacích. Na emoční projevy druhých reaguje až při jejich výrazných projevech, místy se snaží zvláštním způsobem poskytnout útěchu (nepřirozená objetí). Při příchodu do třídy oční kontakt nenaváže, pozdraví, pokud se jí to připomene. Po upozornění poprosí i poděkuje. Má ráda sociální hrátky – zejména šimrání a pohlazení.

Sebeobsluha

Stolování

Aneta během svého jídla sedí u stolu, neodbíhá. S jídlem má značné problémy, má omezený repertoár jídel – v MŠ většinou jí pouze jídlo, které si nosí z domova (pečivo, jeden typ jogurtu). V MŠ ke svačinkám jí s ostatními dětmi pouze piškoty, čokocereálie, k obědu smažené věci (květák, řízek, filé). Jogurt jí samostatně. Odnese si svůj hrníček a talířek na určené místo.

Oblékání

Umí se sama svléknout i obléknout, vyžaduje dopomoc při převrácení oděvu, má problémy s přední a zadní stranou. Využívá procesuální schémata oblékání a svlékání. Uklidí si boty, bačkory na určené místo. Sama se obuje, zapne boty na suchý zip. Umí rozepínat a zapínat knoflíky i zip. Tkaničky nezaváže.

Hygiena

Na WC je samostatná, sama si vysedne na záchod, utře se po malé potřebě a spláchne. Pustí si vodu, umyje si ruce, dá si na ně mýdlo, opláchne se a utře, je zapotřebí jen mírný dohled. Umí si sama říct, když chce na záchod. Řekne si o kapesník, pokud chce smrkat (řekne „nos“ a ukáže na nos).

Z rozhovoru s matkou dívky k využití ABA terapie

Rozhovor s matkou Anety byl uskutečněn v lednu 2018 v prostorách MŠ speciální. Cílem tohoto rozhovoru bylo zjistit, jak matka Anety vnímá ABA terapii, ačkoli ji se svou dcerou nenavštěvuje. O ABA terapii matka dívky poprvé slyšela od poradkyně z rané péče (NAUTIS), která k nim domů docházela a rovněž ze sociálních sítí, hlavně z Facebooku, kde v rámci jedné skupiny rodičů dětí s PAS si o ABA terapii maminky ostatních dětí dopisovaly a sdílely své zkušenosti. Na otázku, zda si myslí, že by ABA terapie byla vhodná či nevhodná pro její dceru a proč, odpověděla: „*Nedokáži*

posoudit, zda by byla ABA terapie vhodná pro mou dceru. Pokud bych ji chtěla využívat, nejprve bych se poradila. Dokud k nám docházela poradkyně z NAUTIS, o této terapii se pouze zmínila, ale vzhledem k našemu bydlišti a časové a finanční náročnosti tuto možnost více nerozebírala a pro dceru tudíž nedoporučila.”

Na ABA terapii matka Anety nemá vyhraněný názor. Dle jejích slov každý rodič chce pro své dítě to nejlepší, a pokud si myslí, že mu tato terapie pomůže a má možnost tuto terapii využívat, pak to jistě stojí za "vyzkoušení".

5. 6. Kazuistika č. 6

Lukáš F., narozen 2. 2. 2012, 6 let

Lukáš je chlapec, který navštěvuje MŠ speciální druhým rokem. Veškeré informace uváděné o Lukášovi jsou čerpány z osobní složky chlapce v MŠ speciální, z rozhovorů s matkou chlapce a jejím zúčastněným pozorováním.

Diagnóza: Dětský autismus, opožděný psychomotorický vývoj, opožděný vývoj řeči.

Současná odborná péče

- Dětská neurologie (MUDr. Nemeškalová, Kolín).
- Psychologická péče (PhDr. Fabíková, FN Motol Praha).
- Speciálně pedagogické péče (PPP Kolín – koordinátor pro klienty s PAS Mgr. Břečková).
- Logopedická péče (Mgr. Bajtlerová, Poděbrady).
- Psychiatrická péče (MUDr. Pospíšilová, FN Motol Praha).

Osobní anamnéza

Lukáš se narodil z 2. gravidity matky. Těhotenství bylo bez komplikací, porod plánovanou sekci. Porodní váha byla 3100 g, porodní délka 52 cm. Apgar skóre 10–10–10. Kojen pouze 1. měsíc. Raný psychomotorický vývoj opožděn, samostatná chůze registrována od 21. měsíce, sezení a lezení zaznamenáno kolem 10. – 12. měsíce, na rehabilitace nechodil, Vojtovu metodu necvičil. Vývoj řeči: v 1. roce vyslovil první slova (máma, bába), od té doby nepřibyla žádná slova, mluvil vlastním žargonem. Ve 2 letech byl podroben vyšetření na dětské neurologii s následujícím závěrem: výchovné problémy po rozchodu rodičů, pomalejší psychomotorický vývoj, opoždění řečového

projevu. V lednu 2016 absolvoval psychiatrickou péči se závěrem: suspektní PAS – dětský autismus, doporučení zvážit hospitalizaci na dětském psychiatrickém lůžku za účelem celkového vyšetření a zvážení další perspektivy. Poté absolvoval odborná psychologická vyšetření (v březnu a červnu 2016), kde mu byl diagnostikován a potvrzen dětský autismus.

Rodinná anamnéza

Lukáš se narodil do úplné rodiny, avšak rodiče se po dvou letech po narození Lukáše rozvedli. Otec Jan F., narozen 1989, základní vzdělání, pracuje jako dělník. Matka Monika F., narozena 1990, základní vzdělání, momentálně na mateřské dovolené. Matka i otec jsou zdraví. Rodinná anamnéza s ohledem na PAS a jiné vývojové poruchy je negativní. Lukáš má dva sourozence – sestru Janu, narozenou 2010 a bratra Adama, narozeného 2014. Oba jsou zdraví, starší sestra navštěvuje běžnou MŠ. Otec nebyl a momentálně ani není s Lukášem v pravidelném kontaktu, odpykával si trest odnětí svobody. Lukáš žije se svou matkou a svými sourozenci v pronajatém bytě v Kolíně. Matka si našla nového přítele, který jí pomáhá v péči o děti. Velkou podporu má matka také ve svém bratrovi a své matce.

Školní anamnéza

Lukáš nastoupil do MŠ ve 4 letech na základně doporučení PPP Kolín. Adaptace byla zpočátku obtížná – Lukáš brečel, vztekal se, nespolupracoval, nosil pořád u sebe fotografii své matky, chtěl domů. Docházka byla polodenní. V současné době Lukáš přichází do MŠ kolem 8. hodiny a odchází po obědě, kolem půl 1, docházka je stále polodenní.

Pedagogická diagnostika

Z dlouhodobého pozorování Lukáše vyplývá pedagogická diagnostika chlapcova psychomotorického vývoje.

Jemná motorika a grafomotorika

Lateralita není ještě vyhraněná, střídá ruce, převažuje pravá ruka. Má špatný úchop psacího i kreslicího náčiní (dlaňový úchop), nechá se však opravit, ale správný úchop neudrží. Úroveň kresby se nachází ve stádiu čmárání, čmárá bez záměru. V práci s grafomotorickými listy se snaží napodobovat svislé a vodorovné čáry, kolečko.

Spojuje a rozpojuje patentové kostky (lego, kostky Duplo), navlékne kroužky na trn, vhazuje do otvorů (vkládačky, vhazovačky). Listuje v knize.

Hrubá motorika

Lukáš běhá, skáče, neumí skákat na jedné noze. Leze po průlezkách, žebříku, sjede skluzavku. Posadí se na balanční míč a poskakuje. Nezapojuje se do hudebně pohybových chvil, musí být vždy dopomoc dospělé osoby. Jezdí na odrážedle a motokáře. Neumí střídat nohy ze schodů a do schodů. Hodí i chytí velký míč. Účastní se předplaveckého výcviku.

Kognice, percepce

Lukáš roztřídí dva výrazně odlišné předměty, páruje stejné obrázky, třídí jednoduché prvky do skupin (oblečení, hračky...), přiřazuje základní barvy a geometrické tvary.

Je evidentní částečné ulpívavé zrakové vnímání, zaměřuje zrak podle svého zájmu. Občas jsou pozorovány projevy, kdy má potřebu vnímat předmět (jídlo, osobu, hračku) prostřednictvím čichu. Po opakování reaguje na své jméno, má rád zvukové hračky. Je zřejmá oslabená schopnost koncentrace pozornosti, doba pozornosti je velice krátká (snadno podléhá vlivům okolí).

Řeč

Verbální vyjadřování (expresivní složka řeči): Lukáš verbálně prakticky nekomunikuje, vydává zvuky, vokalizuje, nevysloví žádost o pomoc. Využívá zvuky k projevu libosti a nelibosti. S Lukášem probíhá nácvik funkční komunikace prostřednictvím obrázků.

Verbální porozumění (receptivní složka řeči): Porozumění řeči je na nízké úrovni. Jednoduchým, pravidelně se opakujícím pokynům rozumí. Neukáže, nepodá pojmenované obrázky, předměty.

Neverbální komunikace: Oční kontakt lze ohodnotit jako nekonzistentní – „mihne se” pohledem, dlouho oční kontakt neudrží. Gesta ANO/ NE neovládá. Libost vyjádří úsměvem, smíchem. Nelibost vyjadřuje křikem, záchvaty vzteku, vynucovacím kašláním, boucháním do své nohy (autoagrese).

Sociální chování, hra

Kontakt s vrstevníky není patrný, děti pouze při hře pozoruje. Dokáže si hrát vedle dětí, ale nikoli s nimi. Zúčastní se kontaktu s dospělým, který vyžaduje vzájemnou aktivitu, zpravidla trvá 3–5 minut (např. stavění kuličkové dráhy, stavba kolejí). Pokud mu někdo bere hračku, přenechá ji a odchází. Hra není funkční, nejsou zjevné ani náznaky sociálně napodobivé hry. Rád staví vláčkodráhu, prohlíží si knížky se zvířaty, hraje si s plastovými zvířátky, které staví do řady.

Při příchodu do třídy nenaváže oční kontakt, nepozdraví ani po upozornění. Nepoprosí, nepoděkuje ani po upozornění. U Lukáše lze vyzorovat sníženou frustrační toleranci a afektivitu (často vázanou na neporozumění).

Sebeobsluha

Stolování

Během svého jídla sedí u stolu, neodbíhá. Jí samostatně lžící, ale musí se mu připomínat, ať si dává sousta do pusy. Někdy bere jídlo do ruky, pokud mu to nejde nabrat lžící. Pije z hrnečku. Na slovní pokyn si odnese svůj hrneček a tácek na určené místo.

Oblékání

Lukáš se sám svlékne, obleče si jednoduché oblečení (tričko, tepláky, mikina), problémy má s rozeznáním přední a zadní strany oblečení. Umí se obout, zapne boty na suchý zip, tkaničky nezaváže. Uklidí si boty i bačkory na určené místo na slovní pokyn.

Hygiena

Na WC je samostatný, neumí si však říci, ani gestem naznačit, že chce na záchod. Umí si sám umýt ruce – pustí si vodu, vezme mýdlo, opláchne je, utře se do ručníku. O kapesník si neřekne.

Z rozhovoru s matkou chlapce k využití ABA terapie

Rozhovor s matkou Lukáše se uskutečnil v lednu 2018 v prostorách MŠ speciální. Cílem bylo zjistit, jak matka chlapce s PAS vnímá ABA terapii, ačkoli na ní se synem nedochází. Matka Lukáše se poprvé dozvěděla o ABA terapii přes koordinátorku pro děti s PAS z Pedagogicko psychologické poradny. Jelikož ji tato

problematika zajímala, podívala se na internet, kde se chtěla dozvědět více informací. ABA terapie u ní však vzbudila spíše negativní pocity, protože v rámci ABA terapie se dle slov matky předkládají dítěti věci, které chce terapeut, nikoliv dítě. Její syn si hraje doma sám a sám si vybírá, jaké hračky chce a tím dochází také dle matky k jeho rozvoji. Podle matky by nemělo být všechno řízené, tak jak právě v ABA terapii. Myslí si, že ABA terapie by pro jejího syna byla nevhodná, protože by ho to pouze více zatěžovalo. Velké mínus vidí také v tom, že ABA terapie je velice drahá záležitost, a ne všichni si ji mohou dovolit.

5. 7. Komparace chování dětí ne/využívajících ABA terapii

V této části diplomové práce bude porovnáváno chování dětí s PAS, které na ABA terapii docházejí s chováním dětí s PAS, které na ABA terapii nedocházejí. Je zde zaměření na tři velké oblasti, a to konkrétně na: problémové chování, které je u těchto dětí často přítomné, na spolupráci těchto dětí (pracovní chování) a na komunikaci.

PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ

Nejprve bude pozornost věnována dětem s PAS, které na ABA terapii nedocházejí (Lukášovi, Anetě a Tomášovi), následně se pozornost obrátí na děti, které na ABA terapii docházejí (na Davida, Petru a Jakuba).

Lukáš

U Lukáše se objevuje problémové chování zejména při vyjadřování nelibosti (pokud nechce něco dělat, např. uklízet hračky nebo jestliže mu dospělá osoba nevyhoví v tom, co Lukáš požaduje). Nelibost Lukáš vyjadřuje nejdříve negativním chováním (vzdorem, záchvaty vzteku). Když si všimne, že nikdo na negativní chování nereaguje, nevyhoví se mu, začne pozornost upoutávat pomocí vynucovacího kašlání. Jestliže i vynucené kašlání je bez odezvy dospělé osoby, nastává situace, kdy se Lukáš začne projevovat autoagresivně (silou se bouchá do nohy). V tu chvíli musí již dospělá osoba zasáhnout. Časový interval je mezi těmito způsoby chování velice krátký (10–15 sekund). Problémové chování bylo probírané několikrát s matkou chlapce, která nám sdělila, že doma se Lukáš také takto projevuje, a proto na základě svého uvážení s ním navštívila dětského psychiatra. Dětský psychiatr předepsal Lukášovi medikaci, která by mu údajně měla pomoci redukovat problémové chování, do kterého spadá

právě i Lukášova autoagrese. Medikaci Lukáš užívá od listopadu 2017 a žádná změna v ohledu na problémové chování nebyla u chlapce vyzorována. Lukáš stále vyjadřuje nelibost uvedenými způsoby. V rámci MŠ se Lukáše snaží učit vyjadřovat nelibost jiným, vhodnějším způsobem (nacvičují gesto „NE” – zavrtění hlavy, jelikož Lukáš verbálně prakticky nekomunikuje). Návčik tohoto gesta neustále probíhá, neboť Lukáš je chlapec, který velmi špatně spolupracuje a je velice těžké něčím jej motivovat k spolupráci. Jelikož v domácím prostředí návčik neprobíhá, je těžké tuto dovednost automatizovat. Matka raději Lukášovi vyhoví, aby nedocházelo k situacím, kdy se Lukáš bude chovat nevhodně. Návčik gesta „NE” s Lukášem doma nacvičovat nebude, dle jejích slov se to Lukáš stejně nenaučí a ona nemá čas to s ním nacvičovat, jelikož se stará ještě o další dvě své děti. Věř, že nevhodné chování vymizí, až začne medikace opravdu účinkovat.

Aneta

U Anety se objevuje kousání jako způsob problémového chování, a to jen při kontaktu s druhými dětmi, nejčastěji při volné hře. Příklad: *Aneta si hraje s plastovými zvířátky, přijde druhé dítě a jedno zvířátko si vezme. Aneta si toho všimne, začne křičet, plakat a následně začne o hračku „bojovat“ (přetahuje se o ni). Když ani to nemá pozitivní výsledek, kousne druhé dítě do ruky, druhé dítě začne plakat a hračku pustí.*

Tento nevhodný způsob chování byl pozorován u Anety po dobu 4 měsíců, a i když se na ni učitelky v MŠ cíleně soustředily, ne vždy se dalo kousnutí zabránit. Když se tento problém sděloval matce dívky, matka oznámila, že se s tím u Anety ještě nesešla. Je to pravděpodobné, a to zejména z toho důvodu, že Aneta nemá žádné sourozence, nikdo jí tedy hračky nebere, a tak neměla důvod se takto projevit. Protože byla známa příčina Anetina nevhodného chování, začali s Anetou v MŠ nacvičovat půjčení hračky. Nejdříve však s dospělou osobou. Domluvili se s matkou dívky, že tento krok budou nacvičovat i doma spolu. Zhruba po měsíci návčiku Aneta dokázala půjčit hračku dospělé osobě, ale při následném návčiku s druhým dítětem se objevoval opět vzdor, nechtěla hračku půjčit. Ke kousání nedocházelo, jelikož vždy byla přítomna dospělá osoba v přímé blízkosti Anety. Návčik půjčování hračky druhému dítěti neustále probíhá, přesto v půlce února 2018 byla zaznamenána situace, kdy si Aneta prohlížela knížku, přišlo druhé dítě a chtělo jí knížku vzít. Aneta na něj zakřičela: „Běž!”, a když druhé dítě neodešlo a znovu jí sáhlo na knihu, chystala se ho kousnout. Až když si všimla, že na ni koukla paní asistentka, pustila ruku dítěte a zakřičela:

„Pomoc!“. V tuto chvíli nám bylo jasné, že Aneta rozumí tomu, že to, co se chystala udělat, není správné. Je zřejmé, že pokud by neměla zrakový dohled dospělé osoby, s největší pravděpodobností by dítě kousla, aby dosáhla svého.

Tomáš

U Tomáše se projevuje problémové chování zejména ve vyjadřování nelibosti (při kontaktu s druhými dětmi, nebo pokud nechce něco dělat). Nelibost vyjadřuje velmi hlasitým křikem, který ruší ostatní děti, ty si zacpávají uši, schovávají se. Příklad: *Tomáš si v koutku prohlíží knížky, má u sebe tři. Dvě má položené vedle sebe, jednu si prohlíží, přijde jiné dítě a jednu odloženou knížku si vezme. Tomáš v ten moment začne hlasitě křičet a vzdorovat, druhé dítě knížku pustí. Ostatní děti si zacpávají uši, jedno dítě se schovává pod stůl.*

Toto problémové chování s matkou chlapce konzultovaly učitelky MŠ. Matka se vyjádřila v tom smyslu, že totéž dělá Tomáš i v domácím prostředí (např. pokud se nechce jít koupat, začne hlasitě křičet). Rodiče už z toho byli zoufalí, a proto se rozhodli problém řešit. Pokud Tomáš nechtěl něco dělat, začali využívat odměny jako motivace k provedení činností, které Tomáš odmítá dělat. Jelikož Tomáš dobře reaguje na piktogramy, na komunikační proužek se mu dala neoblíbená činnost, a posléze následovala odměna (nejdříve bonbon, poté postupně přecházeli k oblíbené činnosti, hračce). Lze říci, že na toto Tomáš „slyšel“ a opravdu spolupracoval i při neoblíbených činnostech. Potíže stále přetrvávají při kontaktu s druhými dětmi, neboť Tomáš nemá rád fyzický kontakt od druhých dětí (od dospělého člověka fyzický kontakt respektuje), takže pokud ho někdo tělesně kontaktuje, začne hlasitě křičet. V MŠ učili Tomáše natáhnout ruku před sebe a tím si ochránit svůj intimní prostor před kontaktem s druhými dětmi (začal to používat spontánně zhruba po měsíci). Avšak jsou situace, kdy Tomáš nezaznamená, že se k němu blíží druhé dítě a pokud jej nějakým způsobem dítě fyzicky kontaktuje, začne se Tomáš opět projevovat hlasitým křikem.

David

U Davida se projevovalo problémové chování formou autoagrese. Choval se tak v situacích, kdy mu něco nešlo (např. otevřít dveře, zapnout botu...) a při přechodech k jiné činnosti, kdy musel přerušit svou oblíbenou činnost. V rámci ABA terapie byla provedena funkční analýza tohoto problémového chování, aby se zjistil spouštěč jeho

problémového chování. Proto se začalo s Davidem pracovat tak, aby se problémové chování nahradilo chováním vhodnějším (viz 5.3 Kazuistika č. 3).

Petra

U Petry se problémové chování objevovalo v situaci, kdy se měla oblékat, což se jí nedařilo, a proto se začala projevovat negativním chováním, začala kopat kolem sebe, vzdorovat (neadekvátní způsob říkání si o pomoc). Zhruba po půl roce nácviku oblékání se problémové chování formou vzdoru a kopání kolem sebe neobjevuje, neboť se Petra naučila oblékat, a když jí nejde něco obléknout, dokáže si adekvátním způsobem říci o pomoc (viz 5.2 Kazuistika č. 2).

Jakub

U Jakuba nebyly zaznamenány výraznější projevy problémového chování během pozorovaného půlročního období (září 2017 – únor 2018). Je tomu tak rovněž z toho důvodu, že Jakub verbálně komunikuje (jestliže něco chce/nechce dělat, pokud chce s něčím pomoci, řekne si o to). V rámci ABA terapie se proto eliminaci problémového chování během pozorovaného půl roku nebylo zapotřebí věnovat.

U všech dětí kromě Jakuba bylo během pozorovaného půl roku zaznamenáno problémové chování v mnoha různých situacích. U dětí, které ABA terapii nevyužívají, se objevovalo problémové chování při vyjadřování nelibosti nebo při kontaktu s druhými dětmi. Lukáš vyjadřoval nelibost v situacích, kdy se mu nechtělo něco dělat či když se mu nevyhovělo v tom, co požadoval. V jeho případě se nespokojenost stupňovala od negativního chování, vynucovaného kašlání až k autoagresi (silou se tloukl do nohy). Matka chlapce toto chování řešila přes dětského psychiatra, který chlapci naordinoval medikaci, avšak během půl roku nedošlo k žádnému zlepšení. Matka Lukáše věří, že se to časem zlepší, a proto se chová tak, aby předcházela situacím, kdy by se mohl Lukáš takto negativně chovat. U Anety se objevovalo problémové chování jen při kontaktu s druhými dětmi. Ze strany Anety docházelo ke kousání dětí, pokud s nimi byla v „konfliktu“ (nejčastější situací bylo přetahování o hračku, se kterou si Aneta hrála). Po dohodě s matkou dívky byl prováděn v MŠ, ale i doma, nácvik půjčování hračky (nejdříve dospělé osobě, poté jen v MŠ druhému dítěti), nácvik stále probíhá. Pokrok nastal v tom, že Aneta je schopná půjčit svou hračku dospělé osobě, avšak u dětí má ještě značné problémy. U Tomáše se problémové chování (hlasitý křik, „řvaní“) objevovalo stejně jako u Lukáše při

vyjadřování nelibosti (když nechtěl něco dělat), ale i při kontaktu s druhými dětmi, podobně jako u Anety (když mu braly jeho hračku, při fyzickém kontaktu). V MŠ je využívána motivace odměnou při vykonávání neoblíbených činností a nácvik „chránění si svého intimního prostoru“ před druhými dětmi. Hlasitý křik se omezil, avšak u Tomáše nadále přetrvává.

U dětí, které ABA terapii využívají, se objevovalo problémové chování v situacích, kdy se jim něco nedařilo a při přechodu k jiné činnosti, tedy při přerušení činnosti jimi oblíbené. U Davida docházelo k autoagresi, pokud mu něco nešlo či při přechodu k jiné činnosti i při přerušení jeho oblíbených činností. V rámci ABA terapie byla provedena funkční analýza Davidova chování a byl nalezen spouštěč problémového chování. V posledních dvou měsících nebyla zaznamenána žádná autoagresivní reakce. U Petry docházelo k problémovému chování při oblékání, jelikož to neuměla, a tudíž jí to nešlo (vzdorovala, kopala nohama kolem sebe).

Na ABA terapii i doma začali s nácvikem oblékání, které se poté přesunulo i do MŠ. Na konci pozorovaného půl roku si Petra osvojila dovednost samostatně se oblékat, a pokud jí něco nešlo, naučila se říkat si o pomoc mluveným slovem.

SPOLUPRÁCE (PRACOVNÍ CHOVÁNÍ)

Lukáš

S Lukášem je velice obtížná spolupráce, těžko se motivuje k nějaké činnosti, která není pro něj oblíbená (nerozumí významu odměny). Značné potíže mu dělá individuální práce u stolečku, kde se v MŠ věnují rozvoji kognitivních dovedností, jemné motorice a dalším vzdělávacím oblastem uvedených v Individuálním vzdělávacím plánu chlapce. Lukáš se dokáže koncentrovat pouze krátkodobě, většinou jen na jeden „úkol“, poté pozornost klesá, je těkavá a snadno ovlivnitelná okolními vlivy. Pokud již na úkolu nechce dále pracovat, nerozumí mu, zvedá se a chce odejít. Když se zpátky za pomoci dospělé osoby usadí a předvede se mu, co má nadále dělat, začne vzdorovat a daný úkol odstrčí.

Aneta

Aneta spolupracuje na dobré úrovni, rozumí významu odměny, a proto v září 2017 hodně využívali v MŠ systém odměn, jakožto motivace k různým činnostem. Při individuální práci u stolečku spolupracovala, za určitý počet „úkolů“ (v září 2017

splnila dva úkoly, poté kolísala koncentrace pozornosti) vždy následovala odměna (nejčastěji sladkost). Když toto Aneta začala zvládat, místo sladké odměny využívali odměnu činnostní (foukání do bublifuku, hra s kuličkovou dráhou apod.). Od prosince 2017 zvýšili počet úkolů na čtyři s využitím činnostní odměny. Aneta spolupracovala bez problémů. V současné době (únor 2018) Aneta chodí pracovat ke stolečku ráda, občas přidávají i větší počet úkolů dle momentálního stavu koncentrace pozornosti dívky a její nálady (pět až šest úkolů). Jako odměnu nyní využívají jen její oblíbenou hračku.

Tomáš

Při individuální práci u stolečku Tomáš spolupracuje pouze při úkolech, které ho baví a které již zná. Pokud se přidávají úkoly nové, které ho nezaujmu nebo které nezná, odmítá je a odstrkuje.

Důvodem mohlo být nepochopení úkolu (pochopení úkolu bylo podporováno nápodobou, bylo mu předvedeno, jak daný úkol splnit a Tomáš to měl zopakovat), či lpění na neměnnosti úkolů (lpění na neměnnosti vychází z Tomášovy diagnózy). Toto platí pro období září 2017 – prosinec 2017. Od ledna 2018 zkouší v MŠ přidávat úkoly nové. Jelikož Tomáš nemá moc oblíbených činností, je těžké ho něčím motivovat. V lednu v MŠ dostali darem nový tablet, a jelikož největší odměnou je pro Tomáše hra na tabletu, zkusili, zda tablet bude jako odměna fungovat a chlapec bude aktivně spolupracovat i na nových úkolech. Hra na tabletu jako odměna u Tomáše spolehlivě fungovala a v současné době zařadili i více úkolů, které má Tomáš splnit, aby dostal odměnu (až čtyři úkoly).

David

Na začátku Davidovy docházky v září 2017 byla spolupráce s ním velice omezená. Odmítal spolupracovat v téměř všech řízených činnostech i při individuální práci (nechápal význam odměny).

Jelikož nedokázal sedět u stolu, zkoušelo se s ním pracovat na koberci, avšak taktéž bez úspěchu. Téměř po třech měsících se spolupráce posunula o krok vpřed. David spolupracoval při práci na koberci v rozsahu jednoho až dvou úkolů. Využívalo se odměny v podobě oblíbené hračky. V současné době David vydrží pracovat i u stolu (max. dvě minuty).

Petra

Spolupráce s Petrou je na dobré úrovni, avšak Petra spolupracuje jen s lidmi, které si ona sama „oblíbila“. S ostatními lidmi je spolupráce obtížnější. Při individuální práci u stolečku plnila různé úkoly (nezáleželo, jestli jde o úkoly stejné nebo nové) a vždy se je snažila úspěšně splnit. Na začátku v MŠ začínali s odměnou ve formě nějaké sladkosti, postupně přecházeli k odměně činnostní a v současné době je Petra schopná pracovat i bez odměny. Práci u stolečku někdy i sama dokonce vyhledává.

Jakub

Jakub spolupracoval bez větších obtíží, rozuměl systému odměn, na které dobře reagoval. Nejdříve byla odměna sladkost, poté činnostní odměna (říjen 2017 – leden 2018) a nakonec odměna sociální (únor 2018). Při individuální práci spolupracuje na různých úkolech. Pokud nějakému úkolu nerozumí, řekne to, Kubovi se úkol vysvětlí či předvede (vizuální podpora) a následně se Kuba snaží úkol splnit, přičemž nedochází k jakémukoliv vyjádření nelibosti.

Je evidentní, že u dětí, které nedochází na ABA terapii, je úroveň spolupráce u každého dítěte jiná. Lukáš obtížně spolupracuje, těžko se motivuje k nějaké činnosti, jelikož nerozumí významu odměny. Aneta spolupracuje na dobré úrovni, chápe význam odměn, který u ní byl hodně využíván (postupně se přešlo od sladkosti až k oblíbené hračce). Zvýšil se i počet úkolů, které je Aneta schopná splnit, k práci ke stolečku chodí ráda. Tomáš spolupracoval jen při svých oblíbených činnostech či úkolech, ostatní odmítal. Od ledna 2018 je využíván tablet jako odměna po vykonané práci, neboť ostatní odměny nefungovaly. Tomáš začal spolupracovat i na neoblíbených činnostech s vidinou odměny hry na tabletu, postupem času chtějí v MŠ tablet vystřídat odměnou jinou.

U dětí, které dochází na ABA terapii, je spolupráce u dvou dětí (Petry a Jakuba) na dobré úrovni. Avšak u Petry byl problém v oblasti spolupráce s lidmi, kteří jí „nesedli“, spolupracovala jen s lidmi, které si oblíbila. Obě děti chápaly systém odměn, který se u nich využíval (postupovalo se od sladkosti, činnostní odměny až po odměnu sociální), ke stolečku chodí oba pracovat rádi, někdy jej i sami vyhledávají. U třetího dítěte (Davida) byla na začátku spolupráce velice omezená. Nechtěl spolupracovat téměř za žádné situace (nechápal význam odměny). Po třech měsících byl zaznamenán krok vpřed, David začal spolupracovat při hře a úkolech na koberci, využívalo se

odměny v podobě oblíbené hračky. Po půl roce David začal spolupracovat i při práci u stolečku.

ŘEČ A KOMUNIKACE

Lukáš

Září 2017: Lukáš prakticky verbálně nekomunikuje, pouze vokalizuje. Vydává zvuky, kterými vyjadřuje libost či nelibost. V MŠ se nacvičuje funkční komunikace prostřednictvím obrázků a fotografií. Matka s Lukášem doma žádný nácvik komunikace nenacvičuje, avšak dochází s chlapcem na logopedii a věří, že Lukáš se rozmluví a nácvik pomocí obrázků nebude nutný. Do února 2018 nebyla u Lukáše zaznamenána žádná změna. Stále verbálně nekomunikuje, pouze vydává zvuky.

Aneta

Září 2017: Aneta používá několik málo slov (mami, táto, dost, pomoc...), avšak převažuje vlastní žargon. Často se u Anety objevuje echolálie (okamžitá). Pokud něco potřebuje, dokáže si říci o pomoc mluveným slovem.

Snaží se o verbální komunikaci, jedná se však spíše o jednostranné sdělování (když něco Aneta chce nebo potřebuje), o příjem informací nemá příliš zájem. V případě dialogu jde především o již zmíněnou echolálii. Umí používat verbálně ANO/NE, avšak někdy vážně porozumění, Aneta totiž v některých situacích nerozumí tomu, na co se jí někdo ptá. Během sledovaného půl roku (září 2017 – únor 2018) nedošlo k žádné změně.

Tomáš

Září 2017 – únor 2018: Tomáš používá vlastní slova, běžná slova komolí (bakočí-bačkory atd.), řeč je obtížně srozumitelná. V komunikaci se též vyskytuje echolálie, opakuje slyšené (ne vždy s komunikačním významem, často bez porozumění významu slov). Napodobuje intonaci a melodii řeči. V MŠ využívána komunikace prostřednictvím obrázků, piktogramů a metody VOKS. Dle slov matky doma žádnou alternativní či augmentativní komunikaci nevyužívají, vždy se podle ní „nějak s Tomášem domluví“.

David

Září 2017: David verbálně prakticky nekomunikuje, vydává pouze zvuky, vokalizuje. Listopad 2017: Objevuje se u něj náznak užití jednoduchých slov (mama, tata, baba, boty, ahoj).

Leden 2018: pokud je David motivován odměnou, je z jeho strany naznačena jistá verbální nápodoba, pro okolí je však mluvní projev málo srozumitelný.

Petra

Září 2017: Pét'a používá několik málo slov, snaží se o nápodobu slov i slovních spojení. Zná spoustu básniček a písniček, které si opakuje. Občas vysloví žádost o pomoc, a to slovem „pomoc“. Umí slovně vyjádřit ANO i NE. V rámci ABA terapie je nacvičováno slovní žádání o předměty, během půl roku nácviku Petra používá dvouslovní žádost (Já chci...).

Jakub

Září 2017 – únor 2018: Jakub verbálně komunikuje, má dobrou pasivní slovní zásobu (odpovídá 4–5 rokům). Dokonce rád komunikuje, často klade opakující se dotazy. Upozorní na to, co ho zajímá, vysloví žádost. Má svá oblíbená témata, o nichž hovoří a na nichž ulpívá. Na požádání sděluje události, které se staly v minulosti. Dokáže vyslovit souhlas i nesouhlas.

Děti, které na ABA terapii nedocházejí, jsou v oblasti komunikace a řeči každé na jiné úrovni. Během pozorovaného půl roku nebyly u žádného dítěte zaznamenány jakékoliv změny v oblasti komunikace a řeči. Lukáš prakticky vůbec nekomunikuje, pouze vydává zvuky. Aneta se snaží verbálně komunikovat, avšak jen když něco ona sama chce nebo potřebuje. Používá pár slov, často se objevuje echolálie. Tomáš rovněž užívá pouze několik slov, spíše však má vlastní žargon, stejně jako u Anety se u něj objevuje echolálie.

U dětí, které na ABA terapii docházejí, je oblast komunikace a řeči také na různé úrovni, avšak oproti dětem, které na ABA terapii nedocházely, byly zaznamenány určité pokroky. David v září 2017 prakticky vůbec nekomunikoval, vydával jen zvuky, v listopadu se začíná objevovat náznak užití jednoduchých slov. V lednu 2018 se objevuje náznak verbální nápodoby za využití odměny. U Petry nastal pokrok v tom, že se během půl roku naučila verbálně žádat o předměty pomocí dvouslovní žádosti. Jakub běžně verbálně komunikuje a je ze všech dětí, které jsou součástí výzkumného šetření,

na nejvyšší úrovni. Pokrok u Kuby nastal v zodpovídání společenských otázek (v září na ně spontánně neodpovídal, někdy nereagoval ani po upozornění). V průběhu půl roku se Kuba naučil odpovídat na různé společenské otázky, avšak stále jedná podle své aktuální nálady a jeho odpovědi jsou jednoslovné. Momentálně se s Kubou nacvičuje odpověď celou větou.

6. Zhodnocení naplnění cílů a diskuze

Hlavním cílem této diplomové práce bylo pozorování vlivu ABA terapie na chování předškolních dětí s PAS. Tento cíl lze považovat za **splněný**. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že aplikovaná behaviorální analýza, lépe známá pod názvem ABA terapie, má na „pozorované“ děti v tomto výzkumném šetření určitý vliv. Každé dítě je jiné, a proto se k němu musí vždy přistupovat individuálně. ABA terapie měla v tomto případě pozitivní vliv, neboť u každého dítěte došlo k určitému (někde většímu, někde menšímu) zlepšení.

Dle mého názoru v celém procesu hraje nejdůležitější roli rodina dítěte, která se rozhodla, že tento dlouhodobý a nesnadný proces podstoupí a bude s dítětem intenzivně pracovat, ačkoliv je to velice náročné. Jsem přesvědčena, že pokud by rodina správně nefungovala a s dítětem doma permanentně nepracovala, ABA terapie by zcela jistě neměla takové výsledky. Nedokáži však posoudit, jak moc velký vliv samotná ABA terapie na vývoj dětí v tomto výzkumném šetření měla, neboť s dětmi pracovala jak rodina, tak i předškolní zařízení, do kterého děti docházely. Důležitou roli má však ABA terapie dle mého názoru v tom, že ukazuje rodičům a učí je, jak s dítětem efektivně pracovat a podporuje je ve specifické a užitečné práci s dítětem, ačkoli nejsou výsledky bezprostředně a ihned vidět.

Následně budou zhodnoceny výsledky pokroku u dětí s PAS, které byly součástí výzkumného šetření a docházely na ABA terapii.

U prvního dítěte, Jakuba H., byl pozorován vliv ABA terapie na oční kontakt jako formu neverbální komunikace a na zodpovídání různých společenských otázek. V září byl oční kontakt Kuby nekonzistentní, jen ve výjimečných případech a po upozornění dospělé osoby dokázal Kuba oční kontakt navázat. V průběhu prvních čtyř měsíců nedošlo k žádným změnám, a tak nadále probíhal nácvik. Po 6 měsících Kuba navazuje oční kontakt ve více situacích, a to zcela spontánně, bez předchozího upozornění. Avšak oční kontakt není stále upevněn a přirozeně používán jako forma neverbální komunikace. Na začátku září Kuba neměl rovněž potřebu odpovídat na různé společenské otázky, byl schopen komunikace jen v oblasti svých oblíbených témat, selektoval lidi, kterým odpovídal. Na některé osoby vůbec nereagoval. V průběhu půl roku se Kuba naučil odpovídat na různé společenské otázky, avšak jedná podle své nálady a jeho odpovědi jsou jednoslovné. Momentálně se s Kubou nacvičuje odpověď celou větou.

U druhého dítěte, Petry V., byl pozorován vliv ABA terapie na nácvik nových dovedností (slovního žádání o předměty a nácvik sebeobslužné dovednosti – oblékání). Na začátku září Pěťa využívala ke komunikaci piktogramy za využití metody VOKS, verbální vyjádření k tomu nepoužívala, ačkoli se částečně verbálně vyjadřovala. Zhruba po měsíci a půl se Pěťa naučila používat jednoslovní žádost za pomoci vizuální podpory. Po dalších třech měsících začala užívat dvouslovní žádost, kterou nadále ještě procvičuje a automatizuje. V oblasti oblékání se v září Pěťa sama uměla svléknout, ale sama se neoblékla, byla vždy nutná dopomoc (když jí něco nešlo, doprovázela to vzdorem a kopáním kolem sebe). Po třech měsících začala být v oblékání samostatnější, vzdor sice postupně ustával, ale zcela nepřestal. Proto se začalo s nácvikem říkání si o pomoc v situaci, když se jí nedaří něco obléknout. V současné době se Pěťa umí samostatně oblékat a v případě potřeby si adekvátně říci o pomoc.

U třetího dítěte, Davida Č., byl pozorován vliv ABA terapie na problémové chování chlapce (autoagrese) a na nácvik nové dovednosti (nácvik posazení se a sezení u stolu). Od začátku září až do konce listopadu se u Davida často objevovalo autoagresivní chování, v prosinci byly zaznamenány „pouze“ dvě takové situace. V průběhu ledna a února 2018 nebyly evidovány žádné autoagresivní reakce. V rámci ABA terapie byla provedena funkční analýza chování a bylo zjištěno, co je spouštěčem Davidova chování. Podle toho se pak s Davidem začalo pracovat, aby se problémové chování nahradilo chováním vhodnějším. Druhou oblastí, kde byl pozorován vliv ABA terapie, byl nácvik nové dovednosti (posazení se a sezení u stolu). Na začátku září David neustále pobíhal po místnosti, na židli neposeděl, natož u stolu. Do konce října bylo nacvičováno posazení na židli. Od listopadu následovalo nacvičování sezení na židli u stolu. V MŠ žádné změny nebyly pozorovány, v půlce prosince David seděl na židli u stolu pouze při oblíbených činnostech. V současné době (únor 2018) David vydrží u stolu při řízené činnosti pouze v omezeném čase (max. 2 minuty), při oblíbené činnosti vydrží sedět i delší dobu (5–7 minut).

Dílčím cílem diplomové práce byla komparace chování dětí s PAS předškolního věku, které ABA terapii využívají, s dětmi s PAS předškolního věku, které ABA terapii nevyužívají. Tento cíl lze rovněž považovat za **splněný**. Chování bylo porovnáno celkem ve třech oblastech: v oblasti problémového chování, spolupráce (pracovního chování) a v oblasti komunikace a řeči. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že z hlediska problémového chování došlo u dětí, které na ABA terapii docházely, k pokroku (k eliminaci problémového chování), zatímco u dětí, které ABA terapii

nenavštěvovaly, se problémové chování nadále objevuje. Přestože u nich došlo k menším pokrokům, je nepochybné, že problémové chování zcela nevymizelo. *Velkou roli v oblasti této problematiky dle mého názoru hraje opět rodina, která se buď snaží s dítětem intenzivně a permanentně pracovat s cílem eliminovat problémové chování, nebo zvolí možnost s dítětem zvláště jinak nepracovat, a tudíž pak nejsou většinou viditelné žádné pozitivní změny ani pokroky.*

Je evidentní, že z hlediska spolupráce na tom byly lépe děti, které na ABA docházely, neboť byly zvyklé na spolupráci z ABA terapie, jelikož se zde, dle mého názoru, pod odborným vedením učily dovednosti spolupracovat. U jednoho dítěte (Davida) se spolupráce zlepšila po půl roce docházky na ABA terapii. U dětí, které na ABA terapii nedocházely, byla u jednoho dítěte zaznamenána spolupráce na dobré úrovni, u jednoho je spolupráce i po půl roce hodnocena jako obtížná a u třetího dítěte nastal pokrok v oblasti spolupráce během sledovaného půl roku (spolupráce „za odměnu“).

V oblasti řeči a komunikace byly pozorovány u dětí, které na ABA terapii docházely, rovněž určité pokroky oproti těm, které na ABA nedocházely. U nich žádné pokroky zaznamenány nebyly.

V rámci dílčího cíle byla formulována výzkumná otázka (VO1): *Existují pozorovatelné rozdíly v chování dětí s PAS předškolního věku, které ABA terapii využívají s těmi, které ABA terapii nevyužívají?*

Určité rozdíly mezi dětmi s PAS, které ABA terapii využívají, s dětmi s PAS, které ABA terapii nevyužívají, byly vyzorovány, ačkoliv bych je neoznačila za rozdíly zásadní. Avšak musím uznat, že u dětí, které na ABA terapii docházely, nastaly pokroky za kratší dobu než u dětí, které na ABA terapii nedocházely. Je možno konstatovat, že u těchto dětí pokrok v některých oblastech nebyl zaznamenán žádný. Lze rovněž vyzorovat, kde rodina (jakožto hlavní činitel výchovy dítěte) s dítětem pracuje a kde ne, kde pokroky (ač malé) jsou vidět a kde vidět nejsou.

Druhým dílčím cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaké mají rodiče těchto dětí názory a postoje vůči ABA terapii. Tento cíl se taktéž podařilo **splnit**.

Nejdříve bude představeny názory rodičů, kteří se svými dětmi na ABA terapii docházeli. Matka Jakuba má pozitivní náhled na ABA terapii. Dle jejích slov je ABA terapie založená na behaviorální vědě, není to jen další terapie, která byla vymyšlená pro autistické děti. Líbí se jí, že jsou jasně a zřetelně nastavené cíle, především co, kdy a jak se bude učit. ABA terapii by velice doporučila ostatním rodičům autistických dětí,

neboť její syn udělal velký pokrok. Matka Petry je s ABA terapií spokojená, dle jejích slov dceři pomáhá. Jako matka prošla různými přednáškami a školeními o ABA terapii, aby porozuměla svému dítěti a dle jejích slov jí získané vědomosti a dovednosti pomáhají i v běžné komunikaci s ostatními lidmi v životě. Podle ní má každý rodič právo na svůj názor ohledně určité reakce a jí pomáhá na základě odborných přednášek a dalšího sebevzdělávání vidět názor a pohled na svět ze strany autisty. Matka Davida zase označuje ABA terapii jako praktickou a přirozenou. Je přesvědčená, že bez terapie by byl syn nezvladatelný, učí se oba spolu komunikovat, což je podle ní základ.

Následně budou prezentovány názory rodičů, kteří na ABA terapii se svými dětmi nedocházeli. Matka Tomáše má spíše negativní náhled na ABA terapii. Problém vidí v tom, že dítě s autismem si snadno vytvoří svůj názor na věc, a následně bude negativně ovlivněno schématem – něco udělám a dostanu bonbon, jinak nefungovat nemusím, což je podle matky špatně, avšak respektuje názory ostatních rodičů, které ABA terapie zaujala, dochází na ni a jejich dětem pomáhá. *„Každý má jiný názor a každý rodič ví nejlépe, co jeho dítěti pomáhá a co by mu mohlo uškodit.“* Proto ABA terapii nikde nevyhledala, snaží se s Tomášem doma pracovat intuitivně a dle svého uvážení. Matka Anety nemá vyhraněný názor na ABA terapii. Dle jejích slov každý rodič chce pro své dítě to nejlepší, a pokud si myslí, že mu tato terapie pomůže a má možnost tuto terapii využívat, pak to jistě stojí za „vyzkoušení“. U matky Lukáše vzbudila ABA terapie spíše negativní pocity, protože v rámci ABA terapie se dle slov matky předkládají dítěti věci a způsoby chování, které chce a volí terapeut, nikoliv dítě. Její syn si hraje doma sám a sám si vybírá, jaké hračky použije, a tím dochází dle matky také k jeho rozvoji. Podle matky by nemělo být všechno striktně řízené, tak jak se tomu děje právě v ABA terapii. Velké mínus vidí také v tom, že ABA terapie je velice nákladná, drahá záležitost, a ne všichni si ji mohou dovolit.

Součástí druhého dílčího cíle byla výzkumná otázka (VO2): *Existují u oslovených rodičů dětí s PAS rozdílné názory na ABA terapii s ohledem na to, jestli na ni se svým dítětem dochází či nikoliv?*

Ano, existují. Rodiče, kteří na ABA terapii se svým dítětem dochází, měli rozdílné názory od rodičů, kteří se svým dítětem na ABA terapii nedochází. Rodiče, kteří dochází se svým dítětem na ABA terapii měli na ni pozitivní názory, zatímco rodiče, kteří na ni nedochází měli spíše negativní názory, jeden rodič neměl na ABA terapii vyhraněný názor.

O ABA terapii vzniklo mezi lidmi nespočet mýtů, které se snaží zastánci ABA terapie vysvětlit a mýty vyvrátit. Pro příklad uvedu dva mýty. Jedním z nich je to, že ABA terapie je pouze intervence „jeden na jednoho“. Mgr. Ivana Trellová, behaviorální analytička, která mimo jiné přednáší základy ABA na Masarykově univerzitě v Brně, vyvrací tento mýtus tím, že pomocí ABA terapie se může pracovat i ve škole, se skupinou dětí, důležité je pouze to, aby se využívaly základní principy ABA. Druhý mýtus, který uvedu, je ten, že na této terapii se s dětmi zachází jako se psy, odměňují se za správné chování. Ivana Trellová zdůrazňuje, že odměny se dávají především v úvodu terapie, ale cílem je upevnění adekvátního chování s tím, aby se počet odměn snížil na minimum a časem vymizely zcela. Znamená to tedy hledat cesty, jak dítěti pomoci k dobrému chování, ke zvládnutí toho, aby se mu lépe žilo a komunikovalo, aby získalo nové schopnosti a dovednosti. Pro každé dítě je odměnou něco jiného, od úsměvu, slovní pochvaly po věcnou odměnu či oblíbenou hru. Časem se odměnou může stát i vnitřní motivace dítěte. Správný terapeut by proto měl zkoušet nové hry a způsoby, jak dítě zaujmout (Trellová in Holá, 2018, online). *I u dětí, které byly součástí výzkumného šetření této diplomové práce, byly postupně odměny snižovány a díky nim se děti lépe učily novým dovednostem. Odměny se používaly především v začátcích, když dítě potřebovalo vytáhnout z nespolupráce ke spolupráci, a byly spojené vždy se sociálním posílením.*

Velmi zjednodušeně řečeno, v ABA terapii jde o nácvik nových dovedností v různých oblastech života, včetně eliminace problémového chování a nahrazení tohoto chování, chováním vhodnějším. Jak je uváděno v teoretické části této diplomové práce, na ABA terapii se zaměřují na učební programy, které pomocí malých kroků učí děti právě novým dovednostem (více viz 3.3.4 Učební program). Některé z uváděných učebních programů se vyskytovaly i u dětí, které byly součástí této diplomové práce (např. sebeobsluha, sociální dovednosti, vyjadřovací schopnosti). ABA terapie si rovněž zakládá na četnosti a intenzitě nácviků a na raném začátku, tzn., že je doporučeno s touto metodou začít už v předškolním věku.

Závěr

Předmětem této diplomové práce bylo sledování vlivu aplikované behaviorální analýzy na předškolní děti s poruchou autistického spektra. Dále měla diplomová práce dva dílčí cíle. Prvním dílčím cílem byla komparace chování dětí s PAS předškolního věku, které ABA terapii využívají, s dětmi s PAS předškolního věku, které ABA terapii nevyužívají. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaké názory a postoje mají rodiče těchto dětí vůči ABA terapii. Ve výzkumném šetření byly rovněž formulovány dvě výzkumné otázky. Diplomová práce byla rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část této práce se skládá ze tří hlavních kapitol. První kapitola se zabývá vývojem dítěte v předškolním věku, včetně vývoje dítěte s poruchou autistického spektra. Hlavním cílem této kapitoly je pochopení rozdílů mezi vývojem zdravého dítěte a vývojem dítěte s PAS. Další kapitola přibližuje dítě s poruchou autistického spektra. Je zde popsána základní charakteristika PAS, její klasifikace, etiologie, diagnostika, včetně výchovně vzdělávacích přístupů k dětem s PAS. Cílem druhé kapitoly je poznání informací, které nám mohou pomoci při práci s těmito dětmi a při získání základního náhledu na PAS. Třetí kapitola prezentuje aplikovanou behaviorální analýzu, její definici a základní charakteristiku. Součástí kapitoly je stručná historie a současnost ABA terapie. Cílem této kapitoly je shrnout nejzákladnější informace o ABA terapii.

V praktické části je provedeno a prezentováno kvalitativní výzkumné šetření pomocí zúčastněného pozorování, polostrukturovaného rozhovoru a obsahové analýzy dokumentů. Všechny informace, získané z tohoto kvalitativního výzkumného šetření, jsou zpracovány do kazuistik jednotlivých dětí.

V úvodu této práce jsem vyslovila otázku, zda může ABA terapie jedincům s PAS pomoci. Domnívám se, že ano, avšak za určitých podmínek. První a zároveň nejdůležitější podmínkou dosažení úspěchu je dle mého názoru efektivní a úzká spolupráce mezi rodinou a institucí, která ABA terapii odborně provádí a rovněž i zařízením, kam dítě pravidelně dochází a kde většinu času v průběhu dne pobývá (v tomto případě MŠ speciální). Tyto tři „subjekty“ by měly být vzájemně provázané, aby proces učení se novým dovednostem či zlepšení problémového chování u dětí probíhal intenzivně a dle stejných pravidel (stejným způsobem). Nejvíce práce však dle mého úsudku musí odvést rodina, která je s dítětem v neustálém přímém kontaktu. Tou nejdůležitější podmínkou je však to, aby rodiče chtěli a měli zájem s dítětem nějakým

způsobem permanentně pracovat, ačkoli je to velmi náročné a jde o velice dlouhý, složitý a postupný proces, kdy se učení musí rozložit na malé dílčí kroky, které se procvičují tak vytrvale, a tak dlouho, až dojde k jeho osvojení. Je třeba zdůraznit, že jakékoliv učení by pro dítě mělo být přirozené, mělo by mu dávat smysl a dělat mu radost. Tuto myšlenku nejvíce vystihuje motto Centra Terapie Autismu, kde mimo jiné nabízejí i ABA terapii: „Úspěšnost každé terapie závisí na míře aktivního zapojení rodiny a budování vztahu rodič – dítě.“ (Centrum Terapie Autismu, online).

Druhou podmínkou na cestě k úspěchu je, že nemůžeme srovnávat situaci ohledně ABA terapie u nás, v ČR, a v zahraničí (především v USA), kde je ABA terapie zcela hrazená zdravotní pojišťovnou a kde do rodin dochází odborně vyškolení a zkušení terapeuti, aby s dítětem pracovali, někdy třeba až 6 hodin denně. Rodiče těchto dětí pak nejsou tak zatíženi, jako tady u nás, kdy ABA terapii si musí rodiče sami platit a principy ABA terapie si osvojit a provádět rovněž doma individuálně. A jelikož většina rodičů pracuje, je téměř nemyslitelné, aby se věnovali ještě 6 hodin denně ABA terapii. Pokud však rodič bude s dítětem intenzivně pracovat alespoň jednu hodinu denně, je to lepší než nic a výsledky se určitě také dostaví. Jestliže si rodiče osvojí principy a metody ABA terapie a začnou je intenzivně využívat, tak dítě mohou učit kdekoliv, při jakýchkoli činnostech a aktivitách, nejen doma, ale i v obchodě, na ulici apod. Třetí podmínkou je uvědomění si finanční náročnosti ABA terapie, na kterou nejsou rodičům v České republice poskytovány žádné příspěvky, a tudíž si ji musí prozatím hradit celou sami. A to může být problém u rodin, které by rády ABA terapii se svým dítětem vyzkoušely, ale bohužel na ni nemají dostatek finančních prostředků. Roškaňuk (2015, online) uvádí, že aplikovaná behaviorální analýza rozhodně patří mezi metody, které přinášejí výsledky, ale rovněž je třeba říci, že se nemusí hodit vždy a pro každého.

U dětí, které byly součástí této diplomové práce a docházejí se svými rodiči na ABA terapii, byly spatřeny značné pokroky. Proto si myslím, že pokud se bude s těmito dětmi nadále intenzivně pracovat tímto způsobem, mohou se jim do budoucna neustále zlepšovat jejich životní podmínky. A to konkrétně tak, že problémové chování bude postupně nahrazováno chováním adekvátním, budou se učit novým dovednostem, což v konečném výsledku usnadní těmto dětem lepší fungování ve společnosti. Nicméně je nutné si uvědomit, že ABA terapie je velice časově i finančně náročná, a proto ne každá rodina tyto nároky dokáže zvládnout.

Co se týká situace ohledně ABA terapie, jsem toho názoru, že tato metoda je v České republice teprve na počátku, s ohledem na situaci v zahraničí. Jako pozitivní vidím práci České odborné společnosti aplikované behaviorální analýzy, která se snaží reagovat na nedostupnost této metody v ČR, zavedení postgraduálního studia zaměřeného na ABA terapii na Masarykově univerzitě v Brně či pořádání různých přednášek a seminářů pro rodiče, odbornou i laickou veřejnost, kde přednášejí certifikovaní behaviorální analytici.

Seznam literatury

- ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 240 s. ISBN 978-80-247-5147-4.
- BARBERA, M.; RASMUSSEN, T. *The Verbal Behavior Approach: how to teach children with autism and related disorders*. 1. vyd. Philadelphia Pa.: Jessica Kingsley Publishers, 2007. 200 s. ISBN 978-1-84310-852-8.
- BAZALOVÁ, Barbora. *Autismus v edukační praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2017. 208 s. ISBN 978-80-262-1195-2.
- BARTOŇOVÁ, M.; BAZALOVÁ, B.; PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-144-7.
- BEDNÁŘOVÁ, J.; ŠMARDOVÁ, V. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2008. 212 s. ISBN 978-80-251-1829-0.
- BENDO VÁ, P.; ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 144 s. ISBN 978-80-247-3854-3.
- CUMINE, V.; DUNLOP, J.; STEVENSON, G. *Autism in the early years: a practical guide*. 2. vyd. New York: Routledge, 2010. 120 s. ISBN 978-0-415-48373-5.
- ČADILOVÁ, V.; ŽAMPACHOVÁ, Z. *Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-475-5.
- ERIKSON, Erik H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015. 152 s. ISBN 978-80-262-0786-3.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 208 s. ISBN 80-85931-79-6.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál, 2016. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HOSÁK, L.; HRDLIČKA, M.; LIBIGER, J. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

- HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 206 s. ISBN 80-7178-813-9.
- JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. 1 vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2008. 188 s. ISBN 978-80-7290-383-2.
- JUKLOVÁ, K.; SKORUNKOVÁ, R. *Základy psychopatologie*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. 115 s. ISBN 978-80-7041-815-4.
- KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. 224 s. ISBN 978-80-247-3941-0.
- KREJČÍŘOVÁ, D.; SVOBODA, M.; VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 791 s. ISBN 978-80-7367-566-0.
- KROUPOVÁ, Kateřina a kol. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. 328 s. ISBN 978-80-247-5264-8.
- KUKLA, Lubomír a kol. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
- LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- LEAF, R., MCEACHIN, J. *A work in progress: Behavioral Strategies for Teaching And Improving Behavior Of Autistic Children*. New York: DRL Books, 1999. 344 s. ISBN 0-9665266-0-0.
- OLECKÁ, I.; IVANOVÁ, K. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. 1. vyd. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. 44 s. ISBN 978-80-87240-33-5.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
- PASTIERIKOVÁ, Lucia. *Poruchy autistického spektra*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 117 s. ISBN 978-80-244-3732-3.
- PEŠOVÁ, I.; ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1216-4.
- PRŮCHA, J.; VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. 2.vyd. Praha: Grada, 2014. 320 s. ISBN 978-80-247-4748-4.

- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 128 s. ISBN 978-80-7367-424-3.
- SACKS, Oliver. *Antropoložka na Marsu: podivuhodné a výjimečné životy geniálních a psychicky odlišných osobností*. 2. vyd. Praha: Dybbuk, 2009. 288 s. ISBN 978-80-86862-81-1.
- SEDLÁKOVÁ, Renáta. *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 548 s. ISBN 978-80-247-3568-9.
- SCHOPLER, Eric. *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje: výchova a vzdělávání dětí s autismem: [jak řešit problémy dětí v rodině i ve škole]*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 172 s. ISBN 80-7178-202-5.
- SCHOPLER, E.; MESIBOV, G. *Autistické chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 303 s. ISBN 80-7178-133-9.
- SCHULZE, R.; ROBERTS, R. *Emoční inteligence: přehled základních přístupů a aplikací*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 368 s. ISBN 978-80-7367-229-4.
- STRAUSSOVÁ, R.; KNOTKOVÁ, M. *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra: jak začít a proč*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 136 s. ISBN 978-80-262-0002-4.
- STŘEDISKO NA SIONĚ. *Informační materiál o behaviorální terapii*. Kutná Hora: Oblastní charita Kutná Hora, 2016. 18 s.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Kompendium obecné a vývojové psychologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2004. 111 s. ISBN 80-7042-364-1.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 175 s. ISBN 978-80-244-2141-4.
- THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: včasná diagnóza branou k účinné pomoci [informační příručka]*. 2. vyd. Praha: APLA, 2008. 60 s. ISBN 978-80-254-6339-0.
- THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012. 453 s. ISBN 978-80-262-0215-8.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015. 575 s. ISBN 978-80-262-0714-6.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra. Rozšířené a přepracované vydání*. 3. vyd. Praha: Portál, 2016. 504 s. ISBN 978-80-262-0768-9.

VACÍNOVÁ, M.; TRPIŠOVSKÁ, D.; FARKOVÁ, M. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. 240 s. ISBN 978-80-7452-008-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vyd., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. 536 s. ISBN 9788024621531.

VILÁŠKOVÁ, Dagmar. *Strukturované učení pro žáky s autismem: (s přihlédnutím k postižení zraku a mentální retardaci)*. 1. vyd. Praha: Septima, 2006. 111 s. ISBN 80-7216-233-0.

WEDLICOVÁ, Iva. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2010. 119 s. ISBN 978-80-7414-320-5.

Seznam elektronických zdrojů

Centrum Terapie Autismu: C) T) A). Aplikovaná behaviorální analýza (ABA). [online]. 2014 [cit. 2018-02-17]. Dostupné na: WWW: <https://www.cta.cz/terapie-o/aba/>

Centrum Terapie Autismu: O nás [online]. [cit. 2018-02-10]. Dostupné na: WWW: <https://www.cta.cz/centrum/centrum-terapie-autismu/>

HOLÁ, Dagmar. *Mýty o ABA aneb rodiče uspořádali cyklus přednášek k Aplikované behaviorální analýze* [online]. 2018 [cit. 2018-02-20]. Dostupné na: WWW: <http://www.atypmagazin.cz/2018/02/15/myty-o-aba-aneb-rodice-usporadali-cyklus-prednasek-k-aba/>

HUBLOVÁ, Pavlína. *Autismus: Poruchy autistického spektra* [online]. 2011 [cit. 2018-02-20]. Dostupné na: WWW: http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/A/Autismus%3a__Poruchy_autistick%C3%A9ho_spektra

CHRAPKOVÁ, Jana. *Praktické využití aplikované behaviorální analýzy při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu u dítěte s autismem*. Praha, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. [online]. [cit. 2018-02-17]. Dostupné na: WWW: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/121420/>

GANDALOVIČOVÁ, Jana. *Aplikovaná behaviorální analýza* [online]. 2016 [cit. 2018-02-17]. Dostupné na: WWW: <http://csaba.cz/aba/>

GANDALOVIČOVÁ, Jana. *Aplikovaná behaviorální analýza (ABA) - Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) Evidence Based Medicine – EBM* [online]. 2017 [cit. 2018-02-17]. Dostupné na: WWW: <http://csaba.cz/wp-content/uploads/2017/05/ABA.pdf>

JŮN, Hynek. *Behaviorální terapie* [online]. 2007 [cit. 2018-02-17]. Dostupné na: WWW: <http://www.autismus.cz/behavioralni-pristupy/behavioralni-terapie-2.html>

KASAL, D.; GANDALOVIČOVÁ, J.; PANČOCHA, K.; NĚMCOVÁ, M. *O nás: Vznik. Česká odborná společnost Aplikované behaviorální analýzy* [online]. 2016 [cit. 2018-02-17]. Dostupné na: WWW: <http://csaba.cz/vznikspolecnosti/>

KOUŘIL, Jan. *Přístup k principům strukturalizace a vizualizace bez předsudků* [online]. 2014 [cit. 2018-02-08]. Dostupné na: WWW: <http://www.autismus.cz/odborne-clanky/pristup-k-principum-strukturalizace-a-vizualizace-bez-pred.html>

MEADOWS, Tameika. *THE GOOD, THE BAD, & THE UGLY: PUNISHMENT* [online]. 2015 [cit. 2018-02-17]. Dostupné na: WWW: <http://www.iloveaba.com/2011/12/good-bad-ugly-punishment.html>

MORÁVKOVÁ, Š.; BARTOŠKOVÁ, A. *Úvod z pedagogiky a psychologie dítěte* [online]. Plzeň, 2014. [cit. 2017-11-07]. Dostupné na: WWW: http://www.techmania.cz/data/fil_7480.pdf

Můj autismus. ABA terapie v ČR – skutečný průlom nebo nátlaková přesilovka? [online]. 2016 [cit. 2018-02-17]. Dostupné na: WWW: <http://mujautismus.cz/2016/03/aba-terapie-autismus-v-cr-html/>

PANČOCHA, Karel. *Aplikovaná behaviorální analýza a její zavádění do praxe v ČR* [online]. [cit. 2018-02-17]. Dostupné na: WWW: http://www.mikasa-detem.cz/uploads/Autismus/Autismus_prispevky/Pancocha_prezentace.pdf

Poruchy duševní a poruchy chování: Pervazivní vývojové poruchy. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2014 [cit. 2018-02-08]. Dostupné na: WWW: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F80-F89.html>

ROŠKAŇUK, Michal. *Jaká je ABA?* [online]. 2015 [cit. 2018-02-10]. Dostupné na: WWW: <https://www.adventor.org/poradna/225-jaka-je-aba>

ŠOTOVÁ, Monika. *ABA terapie v Centru Na Sioně* [online]. 2016 [cit. 2018-02-08]. Dostupné na: WWW: <https://www.fondnno.cz/novinky/novinky/aba-terapie-v-centru-na-sione/>

ŠPORCLOVÁ, Veronika. *Poruchy autistického spektra (PAS)* [online]. 2007 [cit. 2018-02-08]. Dostupné na: WWW: <http://www.autismus.cz/poruchy-autistickeho-spektra/2.html>

THOROVÁ, Kateřina. *Dětský autismus* [online]. 2007 [cit. 2018-02-08]. Dostupné na: WWW: <http://www.autismus.cz/popis-poruch-autistickeho-spektra/detsky-autismus-2.html>

THOROVÁ, K.; SEMÍNOVÁ, M. *Strukturované učení* [online]. 2007 [cit. 2018-02-08]. Dostupné na: WWW: <http://www.autismus.cz/strukturovane-uceni/strukturovane-uceni-2.html>