

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA BIOLOGIE A ENVIRONMENTÁLNÍCH
STUDIÍ**

**Autismus a zoorehabilitace: zkušenosti ze
specializovaných center**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vypracoval: Bc. Jana Trešlová

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Kateřina Jančaříková Ph.D.

Praha 2013

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval/a samostatně s vyznačením všech použitých pramenů a spoluautorství. Souhlasím se zveřejněním diplomové práce podle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, ve znění pozdějších předpisů. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, ve znění pozdějších předpisů.

V Praze dne podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji mé vedoucí práce PhDr. Kateřině Jančaříkové Ph.D. za čas, který mi věnovala, za pomoc, ochotu a trpělivost při vypracovávání diplomové práce.

Velice děkuji matkám postižených dětí, které se podělily se mnou o své příběhy a poskytly mi cenné informace.

Velký dík patří také mé rodině, která mi umožnila věnovat se studiu a zpracování diplomové práce.

ABSTRAKT

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké formy zoorehabilitací existují a jaké pomáhají lidem s poruchou autistického spektra a jejich rodinám.

Práce začíná stručnou definicí autismu a jeho historií.

V páté kapitole se věnuji poruchám autistického spektra, jak se projevují v sociálních vztazích, komunikaci a v oblasti představitosti, her a zájmů.

Šestá kapitola je věnována jednotlivým poruchám autistického spektra. Popisují zde každou poruchu zvlášť, její charakteristické rysy, i když nejsou pevně stanovené hranice mezi jednotlivými poruchami.

Sedmá kapitola je věnována diagnostice poruch autistického spektra, jaké jsou metody diagnostiky, na tuto kapitolu navazuje další kapitola, ve které popisují, jaké mají možnosti rodiče takto postižených dětí v oblasti vzdělávání.

Občanská sdružení, to je další kapitola, je to stručný popis některých občanských sdružení, která vznikají a pomáhají rodičům postižených dětí autismem, ale i jinak postižených dětí.

V desáté a v dalších pěti kapitolách popisují jednotlivé druhy zoorehabilitací, jejich vznik a uplatnění v České republice.

Sedmnáctou kapitolou začíná praktická část, kde jsem popsala tři příběhy rodin s dítětem, které má jednu z poruch autistického spektra. Každé dítě má jinou poruchu a každé jinak reaguje na zooterapii, ať už v rámci domova nebo ve specializovaných zařízeních.

Z kazuistik vyplývá, že poruchu autistického spektra může mít jakékoliv dítě bez ohledu na způsob porodu, klimatu v rodině, ve které vyrůstá a může být u dítěte rodičů bez genetické zátěže.

Klíčová slova: poruchy autistického spektra, Aspergerův syndrom, zoorehabilitace

ABSTRACT

The aim of this thesis is to find out what forms of zoorehabilitation exist and how it can help to people with autism and their families.

The work begins with a brief definition of autism and its history.

The first chapter is devoted to autism spectrum disorders, its influence on social relationships, communication, imagination, games and interests.

The second chapter deals with disorders of the autism spectrum. I describe each disorder separately, its characteristics, even if there are not fixed boundaries between different disorders.

The third chapter is devoted to the diagnosis of autism spectrum disorders, what are the methods of diagnosis. Next chapter describes what options do parents of these children have in education.

Following chapter describes Civic associations, that arise and help parents of children affected by autism and other forms of disabilities.

In the tenth and in the next five chapters are described different types of zoorehabilitation, its origin and use in the Czech Republic.

From the seventeenth chapter starts the practical part where I described five different stories of families with a child who has one of the autism spectrum disorders. Every child has a different disorder and each reacts differently to zootherapy, whether at home or specialized facility.

From case reports, it appears that the autism spectrum disorder can take any child, regardless of the method of delivery, the climate in the family in which it grows, and the child's parents may be without genetic load.

Keywords: autism spectrum disorder, Asperger's syndrome, zoorehabilitation

OBSAH

1	ÚVOD	7
2	STRUČNÁ DEFINICE AUTISMU	8
3	HISTORIE	9
4	CO JE PŘÍČINOU PAS?	12
4.1	Glutamát	12
4.2	Hliník.....	12
4.3	Očkování.....	13
5	PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA - PAS	14
5.1	Sociální vztahy.....	14
5.2	Komunikace	17
5.2.1	Neverbální komunikace.....	17
5.2.2	Verbální komunikace.....	18
5.3	Představivost, hra a zájmy.....	20
6	JEDNOTLIVÉ PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA	22
6.1	Dětský autismus.....	22
6.2	Atypický autismus	22
6.3	Aspergerův syndrom.....	23
6.4	Dětská dezintegrační porucha	24
6.5	Rettův syndrom.....	24
6.6	Jiné pervazivní poruchy	25
6.7	Autistické rysy.....	26
7	DIAGNOSTIKA PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA	27
7.1	Screeningové dotazníky.....	27
7.2	Psychologické vyšetření	29
8	PÉČE O DĚTI S PAS V ČR	31
8.1	Předškolní zařízení	32
8.2	Základní školní zařízení	32
8.3	Středoškolská zařízení.....	33
8.4	Vysoké školy	34
9	OBČANSKÁ SDRUŽENÍ	35
10	ZOOTERAPIE	36
10.1	Historie zooterapie	36
10.2	Druhy zooterapie.....	36
10.3	Druhy zooterapie dle metody	37

11	CANISTERAPIE	39
11.1	Formy canisterapie	40
11.1.1	Individuální canisterapie	40
11.1.2	Skupinová canisterapie	40
11.1.3	Návštěvní program	40
11.2	Canisterapie a autismus	41
12	HIPOREHABILITACE	43
12.1	Formy hiporehabilitace	43
12.1.1	Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění (LPPJ)	43
12.1.2	Parajezdectví	44
12.1.3	Hypoterapie	44
13	FELINOTERAPIE	46
14	DELFINOTERAPIE	47
15	LAMATERAPIE	48
16	NĚKTERÁ SPECIALIZOVANÁ CENTRA	49
17	KAZUISTIKY	53
17.1	Metodika	53
17.2	První kazuistika - Josef	54
17.2.1	Základní informace	54
17.2.2	Ben a Týna	55
17.2.3	Současnost	56
17.3	Druhá kazuistika - Radek	57
17.3.1	Základní informace	57
17.3.2	Poradenské středisko APLA	59
17.3.3	Současnost	61
17.4	Třetí kazuistika - Kryštof	63
17.4.1	Základní informace	63
17.4.2	Současnost	63
18	VÝSLEDKY	64
19	DISKUSE	66
20	ZÁVĚR	67
21	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
22	SEZNAM PŘÍLOH	71

1 ÚVOD

Cílem mé diplomové práce je zmapování a využití jednotlivých typů zoorehabilitace, které se používají v rámci specializovaných center pro autisty a věnují se interakcím autistických dětí se zvířaty.

Toto téma mě zaujalo, protože moje kolegyně má syna s Aspergerovým syndromem. Na základě jejího vyprávění, jsem chtěla více proniknout do světa lidí s autismem a zjistit, jestli jim canisterapie a jiné zooterapie pomáhají v „jejich světě“ a jestli pomáhají také jejich nejbližším v péči o ně.

V mém okolí jsou další rodiny s takto postiženými dětmi. Někteří mají psa doma a zoorehabilitace tak probíhá v rámci domova, přirozeně, v každodenním kontaktu zvířete a dítěte. Jiné děti navštěvují školy, kde v rámci školy probíhá některá ze zooterapií. Domnívám se, že pokud dítě s tímto postižením přijme do svého světa zvíře, tak mu pomůže hlavně v oblasti motoriky a komunikace.

V dnešní době se objevuje stále více takto a jinak postižených dětí, které se integrují do běžného života. Myslím si, že zooterapie jim a jejich rodinám velice pomáhá.

Při studování literatury, pro mě byla stěžejní kniha Poruchy autistického spektra od PhDr. Kateřiny Thorové, Ph.D., která se zabývá poruchy autistického spektra a pracuje jako ředitelka metodického střediska v Aple, jako psycholog – metodik v oblasti diagnostiky. Další odborná literatura čerpá z poznatků této knihy nebo odkazuje přímo na tuto knihu.

2 STRUČNÁ DEFINICE AUTISMU

Slovo autismus je odvozeno od řeckého „**autos**“, což znamená „sám“. Porucha vzniká na neurobiologickém podkladě, jejím důsledkem bývá, že dítě dobře nerozumí, tomu, co vidí, slyší a prožívá, jeho duševní vývoj bývá narušen především v oblasti komunikace, sociální interakce a představitosti. Tyto oblasti tvoří tzv. **základní diagnostickou triádu** problémových oblastí vývoje. U autismu jsou určité specifické vzorce chování (Michalová 2011).

Přítomnost poruchy autistického spektra celoživotně ovlivňuje kvalitu života člověka i jeho blízkých. Výrazné odlišnosti v chování komplikují interakce nejprve s ostatními členy rodiny, následně s většinovou společností – při získávání vzdělání, v kontaktu s vrstevníky, při profesní orientaci, ovlivní často samostatnost života v dospělosti. Autisté jsou málokdy schopni vést samostatný život (Michalová 2011).

Poruchy autistického spektra (**PAS**) jsou jednou z nejzávažnějších poruch psychického vývoje, odpovídají tzv. **pervazivním poruchám**. Pervazivní poruchy jsou takové, kdy postižení proniká do všech oblastí dětského psychického vývoje. Stupeň závažnosti poruchy bývá různý, od mírné formy (málo symptomů) až po těžkou (velké množství symptomů). Problémy se musí projevit v každé části základní diagnostické triády (Michalová 2011).

3 HISTORIE

„Děti, které by dnes s největší pravděpodobností byly považovány za autistické, byly v Hippokratově době označovány za svaté děti, ve středověku naopak za děti posedlé d'áblem či uhranuté. Někteří odborníci se domnívají, že i mnohé nalezené děti (tzv. vlčí děti), byly primárně autistické, a nikoli „pouze“ těžce deprimované“ (Thorová 2006, str. 34).

První práce, která se vztahovala k pervazivním vývojovým poruchám (PDD – *pervasive developmental disorders*), je práce vídeňského pedagoga Hellera z počátku 20. století, který popsal u dětí tzv. *infantivní demenci*. Tato porucha je dnes označována v platné 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10, 1992), jako „Jiná desintegrační porucha v dětství“ (Hrdlička a Komárek 2004)

Americký psychiatr Leo Kanner napsal v roce 1943 práci *Autistické poruchy afektivního kontaktu* (Kanner, 1943). V této práci popisuje pacienty, kteří neměli schopnosti utvářet mezilidské vztahy, měli narušenou řeč, abnormální reakce na některé běžné podněty z okolí, ale některé jejich schopnosti zůstávaly dobře zachovány, např. mechanická paměť. Pozoroval 11 dětí od roku 1938 po dobu pěti let. Jednalo se o tři dívky a osm chlapců, o kterých napsal: „Více než o lidi se zajímají o věci. Nereagují na volání jménem a nerušeně pokračují ve své činnosti. Vyhýbají se očnímu kontaktu a nikdy se nedívají do obličeje..... Pokud osoba chce na sebe upoutat pozornost, musí zašlápnout nebo sebrat objekt, se kterým si dítě hraje. Objeví se vztek, ale ne na osobu, která to udělala, nýbrž na konkrétní chodidlo nebo ruku.....“ (Kanner 1972, cit. Thorová 2006, str. 36).

V roce 1944 publikoval vídeňský pediater Hans Asperger kazuistiky čtyř pacientů v práci *Autističtí psychopati v dětství* (Asperger 1944). Aspergerovy děti se vyznačovaly těžkou poruchou sociální interakce a komunikace, měly ale dobře vyvinutou řeč a normální či nadprůměrnou inteligenci, vykazovaly také stereotypní zájmy a motorickou neobratnost (Hrdlička a Komárek 2004).

Koncem 40. let bylo slovo „autismus“ spojováno se schizofrenií, to vedlo k mylnému klasifikačnímu zařazení dětského autismu do skupiny schizofrenních psychóz v dětství – jak v Mezinárodní klasifikaci nemocí, tak i v americkém klasifikačním manuálu DSM-I a DSM-II. V 50. a 60. letech se tvrdilo, že za postižení dětí autismem můžou rodiče, je to důsledek chybné komunikace v rodině (Hrdlička a Komárek 2004).

Až v 70. letech se vymezil autismus oproti schizofrenii z hlediska klinických příznaků, průběhu i rodinné anamnézy. Ukázalo se, že obě nemoci mají zcela odlišné příznaky. Ve vzácných případech se ovšem mohou vyskytovat zároveň. V roce 1980 se poprvé objevuje v americkém manuálu DSM-III skupina nemocí nazvaná „pervazivní vývojové poruchy“, tato skupina nemocí byla charakterizována jako „narušení vývoje mnohočetných základních psychologických funkcí“, tato definice platí dodnes (Hrdlička a Komárek 2004).

Podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1993) mezi pervazivní vývojové poruchy, tzn. poruchy autistického spektra, patří např.:

- Aspergerův syndrom F 84.5
- Rettův syndrom F 84.2
- Dětský autismus F 84.0
- Jiné pervazivní poruchy F 84.4
- Atypický autismus F 84.1
- Dezintegrační porucha F 84.3 aj. (Michalová 2011).

MKN-10 (1992)	DSM-IV (1994)
Dětský autismus (F84,0)	Autistická porucha
Atypický autismus (F84,5)	Pervazivní porucha jinak nespecifikovaná
Aspergerův syndrom (F84,5)	Aspergerova porucha
Jiná desintegrační porucha v dětství (F84,3)	Desintegrační porucha v dětství
Rettův syndrom (F84,2)	Rettova porucha

Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84,4)	
Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84,4)	Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná
Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84,9)	Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná

Terminologické rozdíly v MKN-10 a v DSM-IV (Hrdlička a Komárek 2004).

4 CO JE PŘÍČINOU PAS?

Z hlediska vědy a výzkumu je autismus v ohnisku zkoumání. Na celém světě nebylo doposud nalezeno uspokojivé vysvětlení. Na základě analýzy desítek odborných prací z mnoha laboratoří na celém světě hraje prvořadou roli narušený imunitní systém mozku a s tím spojená porucha funkce glutamátových receptorů. Důsledkem zvyšujícího se výskytu PAS může být také nadměrná imunologická stimulace nezralého mozku v podobě očkování, nových ekotoxikologických látek a změn životního stylu. Všechny tyto faktory dohromady, mohou vyvolat vážné poruchy kontrolních mechanismů na úrovni buňky. Značný podíl na tomto procesu mohou mít aminokyseliny glutamát a aspartát, fluorid v kombinaci s hliníkem a nevhodně prováděné očkování (Strunecká 2009).

4.1 Glutamát

„Glutamát je ionizovaná forma kyseliny glutamové, jedné z 21 aminokyselin vytvářejících naše tělo. Ve vázané podobě je stavební složkou bílkovin. Ve své iontové volné formě jako glutamát je tato malá molekula významným přenašečem nervových vzruchů v mozku“ (Strunecká 2009, str. 47).

Glutamát ovlivňuje vývoj mozku před narozením, tak i v prvních letech vývoje batolat. V tomto období je nezralý mozek velice citlivý na vliv z vnějšího okolí. Hladina glutamát v mozku musí být na nízké úrovni, protože nadbytek ničí nervové buňky. U dětí i dospělých s autismem byly zjištěny vyšší hladiny glutamátu jak v mozku, tak v krvi, což dokazuje, že je narušený metabolismus glutamátu a může se tak glutamát podílet na vývoji PAS (Strunecká 2009).

4.2 Hliník

Hliník je také považován za jednu z příčin vzniku poruch mozku, které vedou k rozvoji PAS. Ionty hliníku jsou přítomny všude, v kosmetických přípravcích, v lécích, dříve se používalo hliníkové nádoby. V 70. letech minulého století se snížil počet nádobí v domácnostech, protože se rozšířil názor, že hliník, který se uvolňuje při vaření, může být příčinou Alzheimerovy nemoci.

Nádobí proto v domácnostech do značné míry vymizelo, ale hliník se objevil ve formě hliníkových fólií, tácků, misek, ale hlavně plechovek. Hliník je obsažen také v pitné vodě, potravinách a lécích. Do očkovacích vakcín je hliník přidáván proto, aby podpořil imunitní reakci na vakcínu. Hliník a fluorid mohou společně napodobovat působení glutamát v mozku na buněčné úrovni (Strunecká 2009).

4.3 Očkování

Velmi rychlý vývoj mozku začíná v posledním trimestru těhotenství a probíhá ještě dva roky po narození. Jako poslední se rozvíjejí v tomto období oblasti, které regulují emoce, myšlení komplexní paměť a řečové funkce. Rozvoj mozku pokračuje i nadále v dalších letech, ale významné období je do věku 27 měsíců. Vakcíny obsahují rtuť a velké množství vakcinace právě v tomto období může způsobit abnormality ve vývoji mozku (Strunecká 2009).

5 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA - PAS

Do PAS patří poruchy, které jsou spojovány především s narušením funkcí mozku. Některé mohou být téměř dysfunkční a jsou spojeny s mentální retardací, jiné mají mírnější projevy. PAS jsou většinou diagnostikovány do věku pěti let, ale v řadě případů jsou rozpoznány již v osmnácti měsících. Většinou jsou to rodiče, které si všimnou, že je s jejich dítětem něco jinak, než s jeho vrstevníky (Strunecká 2009).

Poruchy autistického spektra se projevují ve třech rovinách. Autisté mají společné příznaky, které jsou identifikovány v tzv. triádě poškození:

- v oblasti sociálních vztahů – sociální interakci (kap. 5.1)
- v oblasti dorozumívání – společenské komunikaci (kap. 5.2)
- v oblasti zájmů her – nedostatečná smyslová integrace, čili představivost (kap. 5.3)

Projevy nejsou u každého stejné, v projevech je výrazná symptomatická variabilita (Michalová 2011).

5.1 Sociální vztahy

Většina dětí s PAS nenavazuje společenské vztahy, jsou odtažití, neteční, nestojí o sociální kontakt, nebo naopak, snaží se navázat kontakt za každou cenu, jejich sociální chování můžeme rozdělit do dvou rovin, jsou to extrémy na obě strany (Michalová 2011).

- Rovina osamělosti – při jakékoli snaze o navázání kontaktu protestují, zakrývají si obličej, snaží se schovat.

- Rovina extremity – chtějí navázat kontakt kdekoli a s kýmkoli, upřeně hledí lidem do obličeje, dotýkají se jich, často necitelně narušují jejich osobní zónu.

Kategorizace PAS podle převažujícího typu sociálního chování (volně podle L. Wingové, 1996)

- I. Typ osamělý – minimální snaha o fyzický kontakt (mazlení, chování), nevyhledávají společnost, společnou hru, dávají přednost mlčenlivosti. Vyhýbá se očnímu kontaktu, odmítá kolektivní hry, stahuje se do ústraní. Pokud je aktivní, nemá schopnost empatie, ničí hračky, nevnímá reakce dětí. V dospělosti ničí věci, nevnímají reakce okolí.
- II. Typ pasivní – kontaktu se nevyhýbají, ale nevyhledávají ho, vykazují minimální schopnost projevit své potřeby, mají malé potěšení ze společných akcí, mohou se pasivně účastnit hry s vrstevníky, ale neumí se zapojit do hry. Mají omezenou schopnost sdílet radost s ostatními. Bývají hypoaktivní.
- III. Typ aktivní – zvláštní – velká spontaneita v chování, nedodržování intimní vzdálenosti – líbání, hlazení cizích lidí, mimika a gestikulace může být přehnaná. Obliba jednoduchých rituálů, nechápání společenských pravidel. Často zírají do očí, často jsou hyperaktivní.
- IV. Typ formální, afektovaný – tento typ se vyskytuje u lidí s vyšším IQ, mají dobré vyjadřovací schopnosti, vyjadřují se precizně. Pedanticky dodržují pravidla a vyžadují to i po ostatních. Doslovně chápou, co slyšeli, nechápou ironii. Imitují dospělé.
- V. Typ smíšený – zvláštní – chování záleží na prostředí a situaci. Často je neproblémové chování k rodičům. Objevují se prvky osamělosti, pasivity, ale i aktivního chování. Imitují dospělé. Používají naučené fráze, pedanticky dodržují pravidla (Thorová 2006).

Jednotlivé typy nejsou striktně vyhraněné, prolínají se, záleží na osobě člověka, se kterou dítě navazuje kontakt a na dalších okolnostech. V prostředí, které dítě nezná, se může chovat pasivně, odtažitě, může působit, jako uzavřené a samotářské, naopak v situaci a v prostředí, které zná, se projevuje aktivně. Naprosto typické chování pro určitý typ vykazuje jen část lidí s PAS. I u nich je ale odlišná míra poruchy. Mírnější forma sociálních potíží neznemožňuje běžný život, děti ukončí školní docházku bez problémů, někdy je jejich chování označeno, jako divné. Těžší formy ovlivní život celé rodiny, děti nejsou schopny chodit do školního zařízení bez asistenta a nemohou později vykonávat téměř žádné povolání (Thorová 2006).

Děti s PAS o sociální kontakt stojí, ale nejsou schopny jej přiměřeně navázat, jejich chování ostatní vnímají jako netečnost, nejistotu, odtažitost. Protože tyto děti mají problémy v komunikaci, vyvolává v nich chování ostatních lidí úzkost a pocit chaosu, chování ostatních lidí je pro ně velmi nečitelné. Dvě třetiny z dětí s poruchou autistického spektra mají s rodiči zachovány sociálně – emoční vztahy, ale většina dětí má velké potíže s vrstevníky, jsou samotářské a zabaví se vlastními aktivitami (Thorová 2006).

Snaha utišit autistické dítě, když trpí (např. když je nemocné, zraněné nebo unavené) je velice náročné, někdy téměř nemožné (Vocilka 1996).

Autistické děti nemají přirozenou schopnost napodobovat dospělé, dělají to mnohem méně, nespontánně a nepřirozeně. Zraková pozornost se objevuje ve vývoji mnohem později, někdy se neobjeví vůbec. Na předměty pouze ukazují, ale nezapojí oční kontakt, upřednostňují pouze předměty, které patří do okruhu jejich zájmů. Je pro ně typická malá schopnost vnímat a rozvíjet vztah sluch - řeč. V oblasti řeči je to nejpatrnější (Thorová 2006).

Až u poloviny autistických dětí se nerozvine dostatečně použitelná komunikativní řeč, u některých se vyvine, ale je podivná a nápadná, monotónní, bezpřízvučná, neemotivní. Mimika nevyjadřuje aktuální dění kolem sebe a nevyjadřuje potřeby dítěte (Nesnídalová 1994).

Pro získání pozornosti, navázání kontaktu a udržení kontaktu používají autistické děti někdy agresivitu, vulgaritu, nebo nějakou destruktivní činnost,

v případě ignorování se toto chování stupňuje a dožadují se reakce (Thorová 2006).

„Celkově se u většiny dětí s poruchou autistického spektra kvalita sociální interakce úměrně s věkem zlepšuje, ačkoliv normy nikdy nedosáhne“ (Thorová, 2006, str. 88).

5.2 Komunikace

Děti s poruchou autistického spektra mají potíže především s gesty a postoji, které vyjadřují emoce, jako například, uvítání, touha po útěše, zahanbení (Thorová 2006).

5.2.1 Neverbální komunikace

GESTA

Běžná gesta užívaná v průběhu konverzace (spontánní zamávání na pozdrav, tleskání z radosti apod.) nejsou používána. Rozhodně, ne spontánně, spíše v naučených situacích nebo na vyzvání. Pohyby hlavy na souhlas a nesouhlas chybějí, nebo jsou méně frekventované. Chybějící souhlas je častější. Ukazování, vyjadřující zájem a sloužící k upoutání pozornosti komunikačního partnera u dětí s PAS velmi často chybí, někdy se objeví v pozdějším věku (Thorová 2006).

MIMIKA, VÝRAZ OBLIČEJE, ÚSMĚV

Hypomimie – výraz obličeje neinformuje o pocitech dítěte. Mimika může odrážet jen základní pocity (hněv, zlost), ale po zbytek dne je neutrální, neslouží ke komunikaci. Úsměv v sociální interakci chybí, nebo je nezřetelný, někdy křečovitý, nebo je úsměv věnován jen nejbližším osobám (Thorová 2006).

POSTRULACE TĚLA

Při komunikaci je poloha těla abnormní, dítě se tlačí tělem příliš blízko, přibližuje se blízko k obličeji, nebo naopak komunikuje bez natočení těla nebo

obličej. Při vzájemné konverzaci často zaujímají jeden postoj těla (svěšená ramena, poskakování, skloněná hlava, lezení pod stůl) (Thorová 2006).

OČNÍ KONTAKT

Oční kontakt může být příliš upjatý, „pohled skrz“, nebo vyhýbání se očnímu kontaktu. Důležitá je schopnost či neschopnost zkoordinovat oční kontakt s ukazováním. Důležité je využívání očního kontaktu s aktivní komunikací (Thorová 2006).

FYZICKÁ MANIPULACE

Mnohé děti s PAS, využívají ruku dospělého, jako nástroje (k uchopení tužky, ukazují jeho rukou na dálku), neužijí u toho jinou formu neverbální komunikace, jako je oční kontakt (Thorová 2006).

PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ

Problémové chování, jako forma komunikace je velice častá. Agresivita a destruktivní chování se dítě velice často uchyluje kvůli neschopnostem dorozumět se, požádat o něco, vyjádřit své pocity (Thorová 2006).

Neverbální komunikace je u lidí s autismem netypická. Psi jsou velice vnímaví na řeč těla, proto práce s autisty je pro psy velice náročná. Mohou je mást stereotypní pohyby, lekat nekoordinované pohyby nebo problémové chování. Práce canisterapeuta se psem a autisty by neměla trvat déle než dvě hodiny a návštěvy by neměly být častější než 3x v týdnu, pro psy je to velice vysilující.

5.2.2 Verbální komunikace

FONETIKA: zvuková stránka lidské řeči

Děti buď vůbec nemluví, nebo je vývoj řeči na minimální úrovni, nebo řeči nerozumí, nechápe ji, rozumí pouze jednoduchým pokynům. Smíšená a tím nejtěžší porucha je, pokud dítě řeči nerozumí a ani ji nechápe (Thorová 2006).

PROZÓDIE: melodie, přízvuk, rytmus a intonace řeči

Používání prozodických prvků bývá narušené. Vyjadřování může připomínat řeč robota, nebo mluví krátce, úsečně, slova vyštěkávají, nebo naopak mluví dlouze, rozvlekle, pomalu. Nepoznají rozdíl v zabarvení hlasu (Thorová 2006).

SYNTAX: větná skladba, mluvnická stavba vět a souvětí

V tomto směru mají téměř vždy problémy téměř se vším, s rody, pády, časy, se skloňováním, vynechávají předložky a spojky, používají holé věty v infinitivu. Skládání vět ze slov je velmi pomalé, působí to, jako by dítě učilo cizí jazyk. Nazývá se to vývojová dysfázie (Thorová 2006).

SÉMANTIKA: významová stránka jazyka

Potíže s pochopením, že některá slova mají obecné významy – slovo sklenice, neoznačuje konkrétní sklenici, ale jakoukoliv sklenici, na pivo, víno, malou, velkou (Thorová 2006).

„Když se Thomas jednou chtěl napít, nabízela jsem mu postupně několik sklenic, ale žádnou z nich nechtěl. Brala jsem jednu za druhou a nakonec jsem si musela stoupnout na špičky, abych dosáhla na tu poslední sklenici. Řekla jsem mu: „Aha, ty chceš tu vzadu.“ A slovo „tuzadu“ bylo na světě. Thomas má několik sklenic: „tuzadu“, „šlehané mléko“, „Boma sklenice“ nebo „denní specialita“. Abyste porozuměli rozdílům v názvech, museli byste s Thomasem žít.“ (De Clercq 2011, str. 26)

Typickým rysem je tzv. literární přesnost – doslovné chápání slyšeného, která znemožňuje správně reagovat na otázky, také neumožňují chápat ironii, žert, nadsázku nebo dvojsmysl (Thorová 2006).

PRAGMATIKA: praktické užívání jazyka, styl mluvení

Chybí pochopení společenského významu konverzace. Kladou nevhodné otázky, mají potíže s tykáním a vykáním, někdy používají vulgaritu k upoutání pozornosti. Mají problémy se samotným procesem konverzace, se zahájením, předáním slova, plynulostí konverzace a jejím ukončením (Thorová 2006).

Všechny zvláštnosti v oblasti verbální komunikace se objevují i u zdravých dětí, ale u dětí s poruchou autistického spektra tyto uvedené projevy přetrvávají po mnohem delší dobu, u některých přetrvávají až do dospělosti. Řeč obsahuje také expresivní rovinu, to znamená, že slovem můžeme vyjádřit i náš citový postoj. Autisté mají problémy s vyjadřováním pocitů, proto je pro ně velice těžké najít vhodné slovo k vyjádření toho, co cítí. Mnohdy používají hanlivá nebo naopak knižní slova, tím je ráz jejich řeči poněkud podivný (Thorová 2006).

5.3 Představivost, hra a zájmy

Třetí z triád problémových oblastí, je oblast narušení schopnosti představivosti, hry a trávení volného času.

„Nedostatečná představivost způsobuje, že dítě upřednostňuje činnosti a aktivity, které obvykle preferují podstatně mladší děti, vyhledává předvídatelnost v činnostech a upíná se tak na jednoduché stereotypní činnosti. Hra a trávení volného času se stávají nápadně odlišnými od vrstevníků“ (Thorová 2006, str. 117).

Některé děti používají pouze jednoduché zacházení s předměty – houpání, kývání, házení, bouchání. Často jde o stereotypní, opakující se pohyby, seřazují věci podle určitých znaků, jako je barva, velikost, nebo tvar. Někdy může vést přerušení činnosti k velkému problému, protože dítě je na určitý předmět fixováno a odmítá se od daného předmětu, nebo činnosti odloučit a využívá všech možných prostředků, aby se mohlo dané činnosti věnovat, to někdy může vést až k narušení rodinného života (Thorová 2006).

Dalším problémem pro autistické dítě může být pouze přemístění některého předmětu na jiné místo (např. vázy, květináče), to vede k jeho úplnému vykojení. Vyžadují vykonávat jisté rutinní aktivity stále přesně stejným způsobem (např. procházky po stále stejné trase) nebo se zabývají určitými částmi předmětu, či neobvyklými předměty. Mohou mít také zájem pro určitou partikulární činnost, srovnávání předmětů, každodenní zapisování venkovních teplot apod. (Vocilka 1996).

Předměty, na které se dítě zaměřuje, se během vývoje mění, někdy zájem o určitou věc trvá měsíce, jindy roky. Předměty se promítají do kreslené

formy. „U Jiříka byly dětský autismus a lehká mentální retardace diagnostikovány ve 4 letech. Již v té době projevoval extrémní zájem o sifony. V každém prostředí, které navštívil, se jako první vydal hledat umyvadlo, následně překontroloval, zda má sifon, a pokusil se odšroubovat víčko odpadu. K velké radosti okolí bohužel většinou úspěšně. Jakmile začal v šesti letech kreslit, zaměřil se na umyvadla. Zájem Jiříkovi vydržel až do 12 let, poté téma opustil. Vyhraněný zájem trval 8 let“ (Thorová 2006, str. 119).

6 JEDNOTLIVÉ PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

V této kapitole budou popsány jednotlivé poruchy autistického spektra zvlášť. Dětský autismus, Atypický autismus, Aspergerův syndrom, Dětská dezintegrační porucha a Rettův syndrom. Dále jiné pervazivní vývojové poruchy a autistické rysy.

6.1 Dětský autismus

Míra závažnosti poruchy bývá různá, od mírné formy až po formu těžkou s velkým množstvím závažných symptomů. Poruchy se musí projevit ve všech oblastech, triádách. Kromě typických poruch v triádách, mohou lidé s autismem trpět mnoha dalšími dysfunkcemi, které se projevují odlišným chováním. Projevy chování typických pro autismus se mění s věkem dětí, ale syndrom lze diagnostikovat v každé věkové skupině. Ve většině případů se autismus projevuje již před třetím rokem věku dítěte, na prognózu mají velký vliv vrozené dispozice týkající se poruchy, raná diagnostika, péče a kvalita zařízení, ve kterém bylo dítě umístěno, pokud umístěno do nějakého zařízení bylo. V adolescenci může dojít k pozitivnímu vývoji, zhoršující se projevy jsou připisovány probíhající pubertě. Celkovou míru samostatného života určuje míra adaptability, velká část dospělých potřebuje po celý život vyšší míru pomoci, event. musí být umístěny do různých typů zařízení, kde je jim poskytnuta péče (Thorová 2006).

6.2 Atypický autismus

U atypického autismu dítě splňuje jen částečně diagnostická kritéria daná pro dětský autismus, ale mají mnoho symptomů, které se shodují s potížemi, které mají lidé s autismem. Pro diagnózu je důležitý celkový klinický obraz. Typické pro tuto poruchu je špatné navazování vztahů s vrstevníky a neobvyklá přecitlivělost na určité podněty (Thorová 2006).

Atypický autismus se většinou projeví, až po třetím roce věku dítěte. Abnormální vývoj je ve všech třech oblastech – triádách, ale úplně nenaplní kritéria. A jedna z oblastí není primárně a výrazně narušena. Většinou se jedná o lepší sociální a komunikační dovednosti a chybí stereotypní zájmy, ale z hlediska péče a potřeby intervence se atypický autismus neliší od dětského autismu.

6.3 Aspergerův syndrom

„ Abyste se stali vynikajícím vědcem nebo skvělým umělcem, musíte mít alespoň nějaké znaky Aspergerova syndromu, které vám umožní odpoutat se od tohoto světa.“

Hans Asperger

Aspergerův syndrom je značně rozšířený i v ČR, ročně se narodí okolo dvou set takto postižených dětí. Vyskytuje se ve velké převaze u chlapců, v porovnání s děvčaty v poměru 8:1 (Strunecká 2009).

U Aspergerova syndromu je těžké určit hranice, zda se jedná již o tento syndrom, nebo jde pouze o sociální neobratnost spojenou s vyhraněnými zájmy a výraznějšími rysy osobnosti. Aspergerův syndrom má sice vliv na úroveň dosaženého vzdělání a na úroveň dovedností, ale není prediktorem pro vedení samostatného života v dospělosti. S pomocí různých nácviků a individuálním přístupem zvládnout děti běžnou docházku do školy. Okolí je přijímá jako zvláštní, uzavřené, své. Pro některé děti je výhodnější, aby navštěvovaly speciální školy, nebo měly svého asistenta. Děti s Aspergerovým syndromem nemusejí mít opožděný vývoj řeči, ale jejich řeč se vyvíjí abnormálně, už jako malé recitují básničky, úryvky z pohádek, nebo statě z knih. Jejich řeč je šroubovitá, někdy používají řeč dospělých, nebo vykřikují nesouvislé věty (Thorová 2006).

Někteří lidé s Aspergerovým syndromem humorně nebo ironicky řečené výroky chápou doslovně, což vede k těžko akceptovatelným projevům v chování. Chybí jim vcítění do potřeb ostatních lidí, těžko navazují kontakty, velmi často podléhají stresu, mají omezenou schopnost vyjádřit své pocity,

proto mívají nekontrolovatelné záchvaty vzteku a bývají náladové. U některých dospělých lidí s Aspergerovým syndromem se přidávají problémy s alkoholem, u adolescentů zase pokusy o sebevraždu, nebo jejím vyhrožováním. Naopak mnoho lidí s tímto syndromem je nadaných v některé z oblastí např. literární, v paměťových dovednostech, v oblasti počítačů apod. (Thorová 2006).

6.4 Dětská dezintegrační porucha

Tento syndrom poprvé popsal pedagog Theodore Heller v roce 1908. Psal o případu šesti dětí, které se do třetího až čtvrtého roku vyvíjely zcela uspokojivě a pak došlo k výraznému regresu a nástupu těžké mentální retardace. Později byla tato porucha pojmenována podle objevitele jako Hellerův syndrom, nyní je uváděna jako jiná desintegrační porucha (Thorová 2006).

Normální vývoj dítěte trvá minimálně dva roky, potom dochází z neznámých příčin ke stagnaci až k zániku dosud nabytých dovedností. Nástup poruchy nastává většinou mezi druhým a desátým rokem, nejčastěji mezi třetím a čtvrtým rokem. Zhoršení stavu může být pozvolné i náhlé. Od dětského autismu se tato porucha liší v tom, že má pozdější dobu nástupu prvních symptomů, ztráta dovedností je markantnější. Období deteriorace (zhoršení stavu) je vystřídáno obdobím stagnace, po tomto období může, ale nemusí nastat opětovné zlepšování dovedností. U autismu nepředchází období zcela normálního vývoje. Nicméně hranice mezi autismem a dětskou desintegrační poruchou není jednoznačná. Příčina vzniku desintegrační poruchy není známa. Někteří toto přikládají dětskému očkování – konkrétně vlivu hliníku, který je v mnoha vakcínách obsažen (Thorová 2006).

6.5 Rettův syndrom

Tento syndrom postihuje pouze dívky, chlapcům toto genetické onemocnění způsobí natolik těžkou encefalopatii, že plod nebo novorozenec nepřežije. Rettův syndrom je doprovázen těžkým neurologickým postižením, má dopad na somatické, motorické i psychické funkce. Normální vývoj dítěte trvá přibližně do jednoho roku věku, i když už kolem pátého měsíce může dojít

k objevení prvních symptomů, zpomalení růstu hlavičky. Později se zpomaluje motorický vývoj, dítě je hypotonické, nesedí, nechodí. Zhoršuje se oční kontakt a opožděje se také řečový vývoj (Thorová 2006).

V období vývojové regrese, mezi prvním a čtvrtým rokem, dítě postupně začne ztrácet dovednosti, které se už naučilo, činnosti rukou se stávají stereotypní, nefunkční. Okolo třetího roku dochází u většiny dívek k téměř úplné ztrátě úchopových schopností rukou. Objevují se stereotypní pohyby rukou – tleskání, svírání a otevírání rukou. Celkový psychomotorický projev je výrazně opožděný, dochází k prudkým změnám nálad, střídají se záchvaty smíchu, pláče a křiku zcela bez důvodu. Prohlubuje se hypotonie, zhoršuje se tím kvalita dýchání, objevují se výpadky dechu či zadržování dechu. Po tomto období regrese nastupuje období relativní stabilizace, které pokračuje do školního věku. Symptomy se stabilizují, postupem času může dojít k objevení úchopových schopností, postupně se opět zvyšuje zájem o okolí a sociální interakce. Komunikují převážně očima, reagují na okolní dění, mají zájem o okolí o hry a dovádění. Po tomto období bohužel dochází opět ke zhoršení motorických funkcí, mezi pátým a dvacátým pátým rokem. Svaly více ochabují, pokud dívka chodí, dochází k výraznému zhoršení chůze a potřebuje více opory, než předtím. Stereotypní pohyby rukou bývají méně intenzivní, chybí dřívější prudké střídání nálad, psychika se stává stabilizovanější, zlepšuje se oční kontakt a sociální porozumění. Ženy s Rettovým syndromem se dožívají věku 40 až 50 let (Thorová 2006).

6.6 Jiné pervazivní poruchy

Do této kategorie zařazujeme dva typy dětí, diagnostická kritéria nejsou přesně definována. Péče o děti s pervazivními poruchami bývá často velmi náročná. Je nutná speciální pomoc při integraci jako u ostatních dětí s jiným typem poruchy autistického spektra (Thorová 2006).

První skupinou dětí, jsou děti, u kterých je narušena komunikace, sociální interakce, ale ne tak aby odpovídala diagnóze autismu nebo atypickému autismu. Symptomy jsou totožné s chováním dětí s autismem, ale nikdy se nevyskytují ve větším množství. Diagnóza bývá častá u dětí s těžší

formou poruchy aktivity a pozornosti, vývojovou dysfází, mentální retardací a malou četností projevů typických pro autismus. Úzkost, nepozornost a hyperaktivita jsou nespecifické potencionální predátory pervazivní vývojové poruchy (Thorová 2006).

Druhou skupinou dětí, tvoří děti s výrazně narušenou oblastí představivosti. Typické pro tyto děti je malá schopnost rozeznávat mezi fantazií a realitou a intenzivní zájem o určité téma, kterému věnují. Potíže s představivostí a zájmy mají vliv na kvalitu komunikace a sociální interakce. Sociální chování a komunikace obsahuje minimum znaků typických pro autismus (Thorová 2006).

Z hlediska pedagogického přístupu se doporučuje stejná metodika jako u dětí s poruchou autistického spektra. Je vhodné zařazení do specializovaných strukturovaných programů pro děti s autismem (Thorová 2006).

6.7 Autistické rysy

Autistické rysy mohou být synonymem pro symptomy poruch autistického spektra, nebo takto mohou být označeny projevy poruch autistického spektra, které ale frekvencí a intenzitou těmito kritériím neodpovídají. Autistické rysy nemají jednotnou definici. Často se tohoto označení dočkají děti, které autismem nebo atypickým autismem trpí jednoznačně, naopak jsou autistické rysy přiřčeny dětem, u kterých se o autismus nejedná. Může se jednat o poruchu řeči, o poruchu emocí nebo o těžší formu poruchy aktivity a soustředěnosti (Thorová 2006).

„Snad nejvíce lidí používá diagnózu autistické rysy nebo autistické rysy s mentální retardací jako označení pro děti, jejichž správná diagnóza by měla znít atypický autismus anebo dětský autismus a mentální retardace. Obrovskou nevýhodou tohoto trendu je, že slovo rysy dává falešné zdání menší závažnosti poruchy, rodiče těchto dětí pak nemají oporu v legislativě, a nemohou využít poradenských, sociálních a vzdělávacích služeb, které nutně potřebují.“ (Thorová 2006, str. 209).

7 DIAGNOSTIKA PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

7.1 Screeningové dotazníky

V současné době neexistuje biologická zkouška, která by prokázala autismus. Screening se zaměřuje na mapování a výzkum chování, nejvíce se cení klinická zkušenost. Pro vyslovení podezření na poruchu autistického spektra (PAS) je zapotřebí spolupráce pediatra, psychiatra, psychologa, neurologa, logopeda i pracovníků pedagogicko – psychologické poradny a speciálně pedagogických center. Nejvhodnějšími pomocníky jsou screeningové dotazníky, které se snaží o detekci autismu či jiných PAS. V České republice se používá semistrukturovaná škála CARS (Childhood Autism Rating Scale) – Škála dětského autistického chování (Scopler, Reichler, 1988) a CHAT (Checklist for Autism in Toddlers (Baron-Cohen et al., 1992) a DACH – Dětské autistické chování (Thorová 2003). Stěžejní diagnostickou metodou je objektivní pozorování a standardní systematické vyšetření dítěte. Cenné informace jsou o vývoji dítěte a jeho chování v odlišných prostředích (škola, domov). Používání dotazníků je spíše okrajové, je možné je vyplňovat v rodinách, nebo ve školách (Thorová 2006).

CARS má celkem 15 položek, každá položka se hodnotí na stupnici 1 až 4, podle intenzity a frekvence abnormálních projevů v dané oblasti. Škála poskytuje rychlé rozlišení, zda se jedná o PAS. Orientačně, podle součtu bodů určuje stupeň závažnosti poruchy (Thorová 2006).

Dotazník CHAT je rozdělen na dva oddíly, v jednom oddílu jsou otázky pro rodiče, druhý oddíl vychází z přímého pozorování dítěte pediatrem, které provádí při preventivní prohlídce v 18 měsících. Např. schopnost hry, schopnost upozornit ostatní ukazováním atd. Nevýhodou těchto dotazníků je menší spolehlivost při detekci mírnějších forem PAS. Posuzovací škály slouží hlavně odborníkům, kteří mají zkušenosti a slouží jim, jako doplňková metoda (Thorová 2006).

Tento dotazník je přístupný na webových stránkách Občanského sdružení APLA a slouží k prvnímu podezření rodičů, nebo pediatra ve vývoji dítěte. V případě pozitivních výsledků či váhání pošle dítě na specializované pracoviště.

DACH - Dětské autistické chování

Česká screeningová metoda (Thorová 2003) určená k depistáži dětí trpících poruchou autistického spektra. Jedná se o metodu orientační, nikoliv diagnostickou, která má formu jednoduchého dotazníku. Otázky jsou směřovány na rodiče, její využití je nejvhodnější u dětí od 18 měsíců do pěti let. Konečná forma dotazníku má 74 položek směřovaných převážně na oblast vnímání, komunikaci verbální i neverbální, sociální chování, motoriku a zvláštní pohyby, emoce, hru a způsob trávení volného času, problémové chování a schopnost adaptace. Na základě výzkumu, který proběhl v roce 1996 – 2003 na klinickém vzorku 137 dětí s poruchou autistického spektra, bylo stanoveno 74 položek, které mají z hlediska diagnostiky vypovídající hodnotu. Kontrolní skupinu tvořily děti zdravé, s mentální retardací a děti, které přišly na diagnostiku s podezřením na autismus, ale u nichž diagnóza poruchy autistického spektra nebyla na základě klinického vyšetření potvrzena (falešně pozitivní autistické rysy). Vyhodnocení zde uvedeného dotazníku lze považovat pouze za orientační. Dotazník je určen pro prezentaci v elektronické interaktivní formě, vyhodnocení dat neprobíhá pouhým součtem položek, ale na základě clustrové analýzy.

Instrukce k vyplnění dotazníku:

- Dotazník pomáhá vytipovat děti, které by mohly trpět poruchou autistického spektra (dětským autismem, atypickým autismem, Aspergerovým syndromem).
- Dotazník je určen k vyplnění především rodičům. Doporučujeme vyplněný dotazník ještě konzultovat s názorem dalších osob, které dítě dobře znají (učitelé, prarodiče, psycholog) a odpovědi případně opravit.

- Dotazník se týká chování dítěte od narození do jeho pěti let. Můžeme ho použít i u starších dětí, v tomto případě je ale zapotřebí se rozpomenout na chování v raném dětství a v předškolním věku a vyplnit dotazník podle chování v předškolním věku.
- Věk uvedený v závorce značí specifické věkové rozmezí, ke kterému se daná položka vztahuje. Pokud chování bylo typické jen pro určité věkové období, trvalo alespoň půl roku a později vymizelo, označte položku SOUHLASÍ.
- Dotazník můžeme použít u dětí od 18 měsíců. U položek, které jsou určeny pro starší věk (viz údaje v závorce), vepište nulu nebo položku proškrtněte.
- Pokud dítě nemluví ve větách položku 29 – 37 proškrtněte.
- Zaškrtněte věty, se kterými souhlasíte. Na konci je budete sčítat. Odpovědi, kterým si nejste jisti nebo je nevíte, si vyznačte v dotazníku barevně, na konci je budete odečítat.
- Vyhodnocení dotazníku: Spočítejte souhlasné odpovědi, převedte na procenta (děleno 74 krát 100) a srovnejte s tabulkou, která udává průměrný počet kladných odpovědí u jednotlivých diagnóz (tabulka je uvedena v příloze 22.2).
- Přesnější výpočet při nevyplněných odpovědích: Děti, které nemluví ve větách: počet položek souhlasí minus počet položek NEVÍM děleno 65 krát 100. Děti, které mluví ve větách: počet položek souhlasí minus počet položek NEVÍM děleno 74 krát 100.

Screeningový dotazník DACH je uveden v příloze 22.1.

7.2 Psychologické vyšetření

Psychologické vyšetření je základní, pro stanovení PAS. Probíhá ve dvou liniích. V první se mapuje symptomatika typická pro děti s poruchou autistického spektra, ve druhé se vyšetřují aktuální schopnosti dítěte.

Vyšetřované děti se od sebe liší věkem, mentálními schopnostmi, mírou adaptivity i chováním. Na první konzultaci přicházejí většinou rodiče bez dítěte, přináší zprávy z minulých vyšetření, ze školy či školky, sestavuje se pečlivá anamnéza. Druhá konzultace probíhá již s dítětem, je vhodné ji naplánovat tak, aby nenarušila spánkový režim dítěte. Během rozhovoru pozorujeme dítě při volné činnosti, jakou bere hračku, schopnost adaptace na prostředí atd. Poté nastává řízená práce s dítětem, záleží na věku a adaptivitě dítěte na prostředí, některé děti reagují úzkostně, mohou neutěšitelně plakat apod. V takovém případě se musí vyšetření opakovat. K lepší spolupráci dítěte může napomoci vyšetření ve známém prostředí (Thorová 2006).

Poruchy autistického spektra se mohou pojít s jakoukoliv jinou poruchou. Může se proto stát, že autistické chování je přičítáno na vrub poruchy, která byla již jednoznačně diagnostikována a prokázána, nebo místo diagnózy PAS obdrží člověk jinou diagnózu – schizofrenii, specifickou poruchu učení, ADHD atd. Diagnóza autismu či Aspergerova syndromu může také zastřít jinou psychiatrickou poruchu, která se rozvine až v pozdějším věku a vyžaduje pak speciální farmakologickou léčbu – úzkostná porucha, schizofrenie aj.

8 PÉČE O DĚTI S PAS V ČR

„Pedopsychiatr MUDr. Růžena Nesnídalová zasvětila problematice autismu prakticky celý svůj profesní život. V šedesátých letech 20. století se začala věnovat studiu jednotlivých případů dětí s autismem. První článek o autismu publikovala v časopise *Československá psychiatrie* v roce 1960. Své teoretické i praktické zkušenosti vydala v roce 1973 v populárně-vědecké publikaci *Extrémní osamělost*“ (Thorová 2006, str. 357).

V knize jsou uvedeny případy dětí, které odpovídaly kritériím dětského autismu z šedesátých let, tyto děti byly považovány za citově chladné a uzavřené. V roce 1994 vyšla tato kniha v reedici doplněná o osudy dětí s autismem po dvaceti letech.

V současné době je již rozšířena oblast prevence a osvěty, která zahrnuje články v novinách, dokumentární pořady, odborné knihy. Zahrnuje informovanost laické i odborné veřejnosti. Odborníkům v dané problematice je umožněna specializace v oboru, spolupracují spolu pediatři, psychologové, psychiatři, neurologové a neposlední řadě i pedagogové. Podle vyhlášky č. 73/2005 zákona č. 742/2011 Sb. školského zákona jsou děti s PAS považovány za žáky s těžkým zdravotním postižením. Těmto žákům s ohledem na rozsah speciálních vzdělávacích potřeb náleží nejvyšší míra podpůrných opatření. Ve větších městech vznikají ve školách speciální třídy pro děti s autismem. Některé děti jsou integrovány do běžných tříd, kde fungují asistenti třídních učitelů. Rodiny často nezvládají situace, které sebou přináší postižené dítě a potřebují pomoc a radu odborníků, pro ně je v rámci center připravena tzv. rodinná terapie, kterou mohou navštěvovat. Odlehčovací služby, pomáhají rodičům pomocí asistentů, kteří děti doprovázejí na nejrůznější akce, pomáhají dětem zařadit se do volnočasových aktivit a organizují např. letní tábory pro děti s autismem (Thorová 2006).

Někdy, i přes veškerou snahu rodičů a okolí, je bohužel nutné umístit člena rodiny s autismem do některého speciálního zařízení, zvláště když dotyčný reaguje na změnu režimu agresivně. Svojí agresivitou může ublížit sobě i svému okolí.

8.1 Předškolní zařízení

V České republice funguje několik zařízení, která poskytují speciální předškolní program pro děti s autismem, tyto mateřské školky jsou většinou ve velkých městech – Brno, Praha, Ostrava, Šumperk atd. Některé děti navštěvují školky, kde se integrují mezi ostatní děti s jiným handicapem za pomoci asistentů. Velice důležitá je spolupráce mateřské školky s rodiči. Rodiče předají řediteli informace o možnostech vzdělání svého dítěte, které mají od poradenského pracovníka. Ředitel MŠ kontaktuje poradenského pracovníka a spolu sestaví plán k integraci. Školka může požádat krajský úřad o asistenta a o navýšení financí. Učitelé ve školce absolvují odborné školení na výchovu a vzdělávání dětí s autismem, školku navštěvuje také poradenský pracovník, který vypracovává pro dítě individuální vzdělávací program a pomáhá učitelům s řešením specifických problémů. Pro některé děti je bohužel speciální mateřská školka nedostupná, v tomto případě je nutné zvážit integraci takto postiženého dítěte do normální mateřské školky (Thorová 2006).

Často se stává, že děti vystřídají několik mateřských škol, nebo se nepodaří dítě do mateřské školy umístit vůbec. Je velice těžké přijmout do školky dítě s touto diagnózou, mnoho školek nemá pro tyto děti vybavení a ani vyškolené pedagogické pracovníky.

8.2 Základní školní zařízení

Žáci s autismem mohou navštěvovat speciální základní školu, základní školu se speciální třídou, která je vyhrazena pro žáky s autismem nebo mohou být integrovány do běžných tříd základních škol.

Žáci, které navštěvují speciální školy, jsou často ve třídách, které nejsou zaměřené přímo na děti s autismem, ale na žáky s mentální retardací, poruchami zraku, sluchu či chování. Výhodou bývá menší počet žáků ve třídě a

speciální pedagog. Žákům s menším postižením autistického spektra tato výuka vyhovuje. Pokud se jedná o žáky s větší mírou postižení, tak i zde je nutný ještě pomocný vychovatel (Thorová 2006).

Do běžných škol mohou být integrovány pouze žáci klidní, bez poruch chování, které zvládnou integraci bez pomocného vychovatele. Velice důležitá je informovanost pedagogů a spolupráce školy s poradenským pracovištěm. Většina žáků s PAS se však bez pomocného vychovatele neobejde. Integraci je nutné konzultovat s poradenským pracovištěm. Na prvním místě je prevence šikany a informovanost ostatních rodičů spolužáků. Žáci jsou v tomto ohledu nevědomé a mohou způsobit nepříjemné situace. Je důležité, aby je pedagog seznámil s tímto druhem postižení, aby byly co nejvíce informovány, v čem spočívá tento handicap a jak mu mohou naopak pomoci a ne ublížit, i když často nevědomě, třeba jen nevhodnou větou, kterou člověk s PAS pochopí jinak. Bývá složité rozhodování, jestli dítě umístit do speciálního programu, nebo ho integrovat mezi zdravé vrstevníky. Do procesu rozhodování vstupuje mnoho faktorů, nezanedbatelnou roli hraje kvalita zařízení, osobnost učitele a ve velké míře dostupnost zařízení (Thorová 2006).

V autistické třídě by mělo být uspořádání nábytku takové, aby žáci pochopili, kde se bude učit a ve kterých prostorech si budou hrát. Každý žák má pracovní panel s piktogramy, které ukazují jeho pracovní plán, uspořádání věcí musí mít svůj řád a logiku. Místo každého žáka je označeno barevně jeho jménem a fotografií. Pro žáka s autismem jsou první zkušenosti ve třídě vždy stresující. Důležitý je individuální přístup ke každému žákovi (Vocilka 1996).

8.3 Středoškolská zařízení

Studenti s poruchou autistického spektra navštěvují všechny typy středních škol – průmyslové školy, učební obory, gymnázia, humanitně i technicky zaměřené školy. Stejně jako u základních škol je velice důležitá informovanost pedagogů, ředitele školy i rodičů ostatních studentů. Někteří potřebují ke studiu asistenta. Důležitá je také spolupráce s poradenským pracovištěm (Thorová 2006).

8.4 Vysoké školy

Vysoké školy mnoho studentů s autismem nedokončí z důvodu selhávání v sociálních a praktických situacích. Učí se pouze informace, které ony považují za důležité, ostatní ignorují. Nectí autority, nedokážou se přizpůsobit sociálním požadavkům – dohodnout si zkoušky a zápočty, pamatovat si jména a tváře, dodržovat pravidla slušného chování, jako zaklepat, poděkovat, poprosit apod. Zkoušky většinou berou jako součást výuky, hrozba vyhození ze školy nevede k zvýšení úsilí. Ve spolupráci s poradenským pracovištěm, je opět možné zajistit individuální přístup či pomoc asistenta (Thorová 2006).

Lidé s autismem se dožívají normálního průměrného věku, velká část je odkázána na pomoc z okolí po celý život. Je velice těžké rozhodnutí umístit dítě do celoročního nebo týdenního zařízení. O tomto postupu se mohou rozhodnout pouze rodiče, nikdo jiný za ně nemá právo rozhodovat, ani poradenský pracovník. Přesto by měl poradenský pracovník rodičům navrhnout tuto možnost. Měli by být seznamováni s tím, že nebudou první rodiče, kteří to udělali. Vztah s takto hendikepovaným členem se tak zlepší, rodiče se těší na dny, kdy si vezmou dítě domů a mohou se mu plně věnovat. Mají více času připravit program a načerpat síly.

9 OBČANSKÁ SDRUŽENÍ

První vznikl v roce 1992 na popud rodičů dětí s autismem klub Autistik jako sekce Sdružení pro mentálně postižené (SPMP). O dva roky později se Autistik stal samostatným občanským sdružením. Pořádá rekreační a rehabilitační pobyty pro rodiče s dětmi, pořádá odborné konference a přednášky. V roce 2000 byla v České republice založena Asociace pomáhající lidem s autismem (APLA). Jedná se také občanské sdružení, které nevzniklo na popud rodičů, ale z iniciativy profesionálů pracujících s dětmi s autismem a pervazivními vývojovými poruchami. Toto sdružení profesionální, komplexní pomoc s lidem s autismem a jejich rodinám hlavně v těchto oblastech:

- diagnostika pervazivních vývojových poruch v oblasti pediatrie, psychologie, psychiatrie a neurologie,
- odborné poradenství,
- podpora a organizace sociálních programů – letní tábory, asistenční péče, odlehčovací služby,
- podpora vzdělávacích a terapeutických programů,
- vzdělávání odborníků – semináře,
- podpora všeobecné informovanosti rodičů, práce s rodinou, konzultace v domácím prostředí,
- legislativní a právní poradenství (Thorová 2006).

V roce 2004 bylo založeno občanské sdružení, které se zajímá o problematiku Rettova syndromu Rett-Community. Toto sdružení zprostředkovává společná setkání, poskytuje sociálně právní poradenství a přináší rodičům i odborníkům aktuální údaje o pokrocích ve výzkumu (Thorová 2006).

10 ZOOTHERAPIE

10.1 Historie zooterapie

Zooterapie, je léčba pomocí kontaktu se zvířaty. Kdy dochází k pozitivnímu, až léčebnému působení zvířete na člověka. Ať už jde o zlepšení paměti, motoriky, komunikace nebo zmírnění stresu. Zvíře je v roli prostředníka, tzv. koterapeuta. První terapeutické poznatky se zvířaty jsou z Belgie, kde se zvířecí pomocníci používali od 8. do 9. století, jako doplňková terapie zdravotně postižených. V Anglii od 18. století v ústavu pro duševně nemocné, obstarávali pacienti zahrádku a malá zvířata (drůbež, králíci). V roce 1919 se v USA v nemocnicích poprvé využívali psi, jako tzv. kamarády ke hrám. V Norsku, v roce 1966 bylo založeno rehabilitační centrum pro zdravotně postižené – Beitostolen, kde byli součástí rehabilitačního programu psi a koně. Velký průlom nastal v roce 1969 v Americe, kdy zásluhou osobní zkušenosti amerického psychiatra B. M. Levinsona terapeutickým úspěchem psího „koterapeuta“ se obrátila pozornost lékařů i k této možnosti terapie. V roce 1982 stanovil tento psychiatr metodologické zásady nové vědní disciplíny. Koncem 60. let minulého století byly prováděny další výzkumy lidsko – zvířecích vztahů. Mezinárodní asociace IAHAIO (International Association of Human-Animal Interaction Organisations), která vznikla v roce 1992, se zabývá oblastí výzkumu i praktické aplikace aktivit se zvířaty. ČR je jejím členem od r. 1995 prostřednictvím národní asociace AOVZ (Asociace zastánců odpovědného vztahu k malým zvířatům (Velemínský et al. 2007).

10.2 Druhy zooterapie

- **Canisterapie** – využití psa. Tato metoda je vhodná k podpoře zdraví lidí všech věkových kategorií.
- **Hiporehabilitace** – využití koně. Metoda, která využívá pohybu koně a jeho přenosu na člověka.

- **Felinoterapie** – využití kočky. Při kontaktu s kočkou dochází k vzájemnému působení. Tento druh zooterapie je vhodný spíše pro starší lidi, není příliš vhodný pro děti.
- **Delfinoterapie** – využití delfína
- **Lamaterapie** – využití lamy
- **Insektoterapie** – využití hmyzu
- **Ornitoterapie** – využití ptactva

Další zvířecí druhy, jako hospodářská zvířata (ovce, kozy aj.) nebo malá domácí zvířata (drobní savci, akvarijní rybičky, obojživelníci a plazi) jsou využívána bez přesného označení (Velemínský et. al. 2007).

10.3 Druhy zooterapie dle metody

Animal Assisted Activities – „AAA“, „aktivity za pomoci zvířat“ – přirozený kontakt člověka a zvířete zaměřený na zlepšení kvality života klienta nebo přirozený rozvoj jeho sociálních dovedností.

Tato metoda je využívána hlavně v zařízení sociálních služeb a školských zařízeních. Zooterapeut se stává součástí týmu pracovníků, kteří se podílejí na vyplnění volného času. Obvykle se plán sestavuje pro celou skupinu klientů. Typickými technikami je hlazení zvířete, hry, péče o zvíře, přirozené procvičování paměti a komunikace (Velemínský et. al. 2007).

Animal Assisted Therapy – „AAT“, „terapie za pomoci zvířat“ – cílený kontakt člověka a zvířete, zaměřený na zlepšení zdravotního stavu klienta.

Nejčastějšími klienty jsou osoby s mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením. Tato metoda má rozvíjet hlavně konkrétní fyzické, sociální, emocionální nebo kognitivní funkce klienta. Cíl a plán je stanoven individuálně pro každého klienta. Technikami u této metody jsou polohování, hry pro rozvoj motoriky, hlazení zvířete, cílené zlepšování komunikace, paměti, řeči apod. (Velemínský et. al. 2007).

Animal Assisted Crisis Response – „AACR“, „krizová intervence za pomoci zvířat“ – přirozený kontakt zvířete a člověka, který se ocitl v krizovém prostředí, kontakt je zaměřený na odbourávání stresu a celkového zlepšení psychického stavu klienta.

Jak již z názvu vyplývá, jedná se o metodu, která se vztahuje ke klientům postižených nejrůznějšími katastrofami. Klienti jsou oběti přírodních katastrof nebo násilí. Zooterapeut se stává součástí integrovaného záchranného systému (Velemínský et. al. 2007).

11 CANISTERAPIE

Termín canisterapie se skládá ze dvou slov: canis – latinsky pes a terapie – léčba. Autorem termínu canisterapie se stala v roce 1993 Jiřina Lacinová, která je průkopníkem a světovým pracovníkem v tomto oboru. Canisterapie se podílí na řešení problémů v oblasti psychologických, citových a sociálně integračních, dále přispívá k rozvoji jemné a hrubé motoriky, podněcuje verbální a neverbální komunikaci a zlepšuje interakci klienta s okolím (Velemínský et. al. 2007).

V České republice se canisterapie začala využívat na začátku 90. let minulého století, např. v Ústavu sociální péče Kociánka v Brně a v Psychiatrické léčebně v Bohnicích v Praze koncem 80. a začátkem 90. let. V roce 200a založena Česká canisterapeutická asociace, jejíž předsedkyní je PhDr. Jiřina Lacinová (Nerandžič 2006).

Obecně lze canisterapii praktikovat u klientů všech skupin, existují ale překážky, které využití canisterapie zcela vylučují např. alergie spojená se psem, některá akutní onemocnění, otevřené rány aj., nebo kynofobie, což je chorobný strach ze psů. Vzájemný kontakt musí být přínosem obou zúčastněných stran. U AAT provádí indikaci nejčastěji pracovníci zařízení podle zájmu a potřeby klientů a u AAE provádí indikaci specializovaný odborník, který určuje cíle a stanovuje plán a následně canisterapie vede (Velemínský et. al. 2007).

Canisterapii lze využít pro řadu rozdílných nemocí a pro různá postižení. Psi pomáhají zlepšovat komunikaci, jemnou a hrubou motoriku, využívá se jich u neurologických pacientů po mozkové mrtvici a úrazech mozku, při Parkinsonově nemoci a u gerontopsychiatrických pacientů. Nejrozšířenější je využití psů ve školách, v ústavech sociální péče pro děti a seniory a v psychiatrických léčebnách (Nerandžič 2006).

11.1 Formy canisterapie

11.1.1 Individuální canisterapie

Výhodou individuální canisterapie je přizpůsobení podle individuálních potřeb klienta. Jde o setkání jednoho klienta s jedním canisterapeutickým týmem. Tím se zvyšuje intenzita kontaktu se psem a snížení okolních rušivých vlivů. Nevýhodou je časová náročnost při potřebě uspokojit více klientů (Velemínský et. al. 2007).

11.1.2 Skupinová canisterapie

U skupinové terapie je důležité zvolit vhodný poměr klientů a psů, tak aby se všichni zapojili do činnosti a kontaktu se psem, aktivity se musí rozložit tak, aby psi měli zajištěn dostatek odpočinku. Důležitý je neustálý dohled nad psy, seznámení klientů s chováním psů, přístupem k nim, pravidly kontaktu aj., toto je velice důležité hlavně u dětských klientů. Výhodou u skupinové terapie je, že si klienti mohou sami vybrat psa podle svých preferencí, podle velikosti, vzhledu atd. Mezi výhody také patří uspokojení více klientů nejednou (Velemínský et. al. 2007).

11.1.3 Návštěvní program

Jednou z nejrozšířenějších forem canisterapie v ČR je právě návštěvní program. Návštěvy jsou obvykle jednou týdně nebo jednou za dva týdny. Nejčastěji canisterapeutický tým dochází do zařízení sociálních služeb, školských zařízení, zdravotnických zařízení nebo do léčeben dlouhodobě nemocných. U návštěvního programu se využívá skupinové i individuální canisterapie (Velemínský et. al. 2007).

Při zahájení canisterapie ve **školských** zařízení je nutné zvážit možnosti těchto zařízení. Je vhodné seznámit rodiče s programem canisterapie, kde na konci schůzky podepisují souhlas s canisterapií. Canisterapie ve školách probíhá u žáků se specifickými vzdělávacími potřebami, to jsou děti např. se zrakovým postižením, sluchovým postižením nebo s mentálním postižením. Při realizaci programu canisterapie pracuje s canisterapeutickým týmem pedagog

třídy. Canisterapie přináší rozvoj v komunikaci mezi žáky, rozvoj slovní zásoby a rozvoj neverbální komunikace. Canisterapii lze využít také pro nácvik čtení a psaní, kdy dítě psovi čte například pohádku nebo mu ukazuje, co napsal. Vše záleží na programu pedagoga a canisterapeuta (Velemínský et. al. 2007).

V **sociálních** zařízeních je potřebné představit canisterapii jako metodu ucelené rehabilitace, představit sdružení a předat propagační materiály. Důležité je informovat personál daného zařízení o návštěvě canisterapeutického týmu. V sociálních zařízeních je velký počet klientů, kterým by tato forma terapie prospěla, důležité jsou stanoveny přesné hranice možností, aby nedošlo k přetížení psa. AAA metoda umožňuje nové navázání kontaktů mezi klienty, narušení každodenního stereotypu ústavní péče, motivaci k aktivitě a možnosti naučit se něco nového. U metody AAT jsou stanoveny konkrétní cíle terapie a přínos vyplývá z jejich naplnění (Velemínský et. al. 2007).

11.2 Canisterapie a autismus

Klient s autismem je jedinečný, je osobností, která má své specifické rysy a liší od ostatních lidí. Vnímají svět a věci kolem nás jinak. Informace z vnějšího okolí zpracovávají bez zjevných logických souvislostí, upřednostňují analytický způsob myšlení, nevnímají informaci jako celek, ale zaměřují se na nepodstatné detaily a celkový smysl uniká. Abstraktní myšlení je výrazně omezeno nebo chybí úplně (Velemínský et. al. 2007).

Při dodržování určitých zásad může být canisterapie velmi přínosnou aktivitou. Je nutné seznámit se s osobností klienta, jak komunikuje, jak zvládá stresové situace, jak reaguje na novou osobu v jeho blízkosti. Je nutné vědět, jestli navazuje oční kontakt, jakým způsobem používá gesta a neverbální komunikaci. Při samotném pozorování klienta (dítěte) můžeme zjistit, jestli rozumí jednoduchým slovním příkazům – pojď ke mně, vezmi si pro pejska hračku apod. Před samotným zahájením canisterapie je vhodné zahrnout tuto činnost do rozvrhu dne či týdne, dalším usnadněním je adaptace prostoru ve kterém se klient bude cítit bezpečně a nebude rušen ostatními vlivy. V daném prostoru je důležité vyčlenit prostory jak pro psa, tak i pro klienta, aby měl každý své místo. Důležitá je motivace klienta, u klienta s autismem je forma motivace a

odměny velmi individuální a často zvláštní, může jít o korálky, kuličky, obrázky apod. (Velemínský et. al. 2007).

U některých klientů trvá proces navazování kontaktů, adaptace na změnu prostředí a přijetí nových osob a psa dlouho. Terapie vyžaduje trpělivost, kreativitu a zachování základních podmínek a zásad. Při zdolání počátečních problémů můžeme sledovat ústup stresových reakcí, můžeme zaznamenat prvek motivace a radosti kontaktu se psem. Někteří klienti s autismem nemají rádi doteky a i oni se neradi dotýkají něčeho nového, proto i překonání této bariéry může být samotným cílem terapie. Dalším možným cílem je využití canisterapie pro nácvik školních dovedností – počítání s pejskem piškotů, rozlišování barev, třídění předmětů atd. a nácvik denních činností, pes je vhodným partnerem pro vycházky a pro socializaci klienta, je určitou oporou a jistotou (Velemínský et. al. 2007).

„...Velký úspěch zaznamenal jedenáctiletý chlapec autista, nevidomý, po dětské mozkové obrně. Po půlročním kontaktu se psem a pravidelném cvičení je poprvé schopen užívat v komunikaci s lidmi alespoň citoslovce „haf“, vyplázne jazyk a řekne „ham“. Z ošetřování a česání chlupů psa ví, jak se hřeben dá použít, a je schopen se sám učesat. Před zahájením cvičení se chlapec nesmál, nekomunikoval, měl strach a úzkost. Z úrovně kojence se po půl roce léčení dostal na úroveň batolete kolem jednoho roku...“ (Nerandžič 2006, str. 47).

12 HIPOREHABILITACE

První literární záznamy pocházejí z 18. století, kdy osobní lékař Marie Terezie doporučoval spolu s Maxmilianem Stollem jízdu na koni u lidí s duševními poruchami. V roce 1782 vychází kniha od J. C. Tissota „Léčebná a chirurgická gymnastika neboli výzkum o užitku pohybu“. V knize se uvádí, že nejdůležitějším chodem pro terapii je krok, což platí dodnes. Jedná se o působení trojrozměrného pohybu koňského hřbetu. Po první světové válce se používá kůň k rehabilitaci válečných invalidů. V 60. letech vznikají organizace, které se zabývají hipoterapií po celém světě. V ČR se datují začátky kolem roku 1947.

Od roku 1986 se zabývají rehabilitací prostřednictvím koní v Rehabilitačním ústavu Hamzovy léčebny v Luži Košumberk. V tomto ústavu začali provádět léčebné ježdění nejprve u dívek se skoliózou páteře, později s dětmi s mozkovou obrnou a neurologickými poruchami (Nerandžič 2006).

V současné době je garantem hipoterapie Česká hiporehabilitační společnost (ČHS), založená v roce 1991 (Velemínský et.al. 2007).

Hipoterapie je kontraindikována opět u lidí, kteří mají alergii na koňskou srst, nebo se koně bojí. Dále u lidí, kteří mají roztroušenou sklerózu v akutní fázi. Hipoterapii nemohou podstoupit také lidé velkým s postižením kyčlí, páteře, ani pacienti s revmatickým onemocněním (Nerandžič 2006).

12.1 Formy hiporehabilitace

12.1.1 Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění (LPPJ)

V tomto odvětví se uplatňuje především psychologická a pedagogická metodika. Konkrétní podoba je stanovena na základě psychologického vyšetření, na jehož podkladě se pro klienta vypracuje terapeutický plán s jasně vymezenými cíly. K psychologickým faktorům patří hlavně vztah. Přirozené partnerství koně a člověka. Nejprve dochází k rozvíjení vztahů ze země v podobě hřebelcování, vodění koně, pohlazení, až později dochází k nasedání

a ježdění. Tato forma hiporehabilitace je vhodná pro děti s omezenou schopností učení, se změnami v chování, pro duševně postižené děti a smyslově postižené děti (Velemínský et. al. 2007).

12.1.2 Parajezdectví

Tato forma rehabilitace spojuje skupiny lidí s postižením a bez postižení. Největším problémem je sestavení skupiny závodníků tak, aby byly jejich handicapy zhruba stejně těžké a jejich zápolení tak bylo spravedlivé. Jsou dána mezinárodní pravidla, která mají za úkol toto zajistit. Klasifikace je velmi přísná. Klasifikátor vyšetřuje rozsah pohybu kloubů u klienta nutných k jízdě na koni, svalovou sílu, koordinaci, schopnost udržet těžiště vsedě a vestoje. Berou se v úvahu pomůcky nutné k pohybu – berle, vozík, protézy, zrakové pomůcky a další. Jezdci mají možnost používat pomůcky, které jsou schváleny technickým delegátem. Nejdůležitější je osobní radost z dosaženého úspěchu (Velemínský et. al. 2007).

12.1.3 Hypoterapie

Při hipoterapii jsou ovlivňovány všechny tři složky člověka – fyzická duševní i duchovní. Na fyzické úrovni působí koňský hřbet na tělo všemi směry, při pohybu nahoru se současně mírně pohybuje do stran i dopředu a dozadu. Vytváří tak jistou nestabilitu jezdce, což je to, co je při terapii využíváno. Řídící centra se snaží tuto nestabilitu vyrovnávat a tím dochází k reakci periferních receptorů a tím nastavení řídicích mechanismů. Do systému vstupují informace z exteroceptorů a z limbického systému. Jsou navozovány příjemné pocity, tím je usnadňováno učení nebo pohyb, díky koni se učení stává snadnější. Proto se tato metoda uplatňuje u mentálně handicapovaných dětí, které se často při terapii smějí, nadšeně koně objímají a hladí (Velemínský et. al. 2007).

Pohyb koně je klidný a rytmický, tím se snižuje spasticita a svalový tonus se může přiblížit normě. Stimuluje se tak senzomotorika, facilitace a psychoterapie. Nejčastěji indikovanou diagnózou k hipoterapii je dětská mozková obrna. Dalšími klienty jsou děti s vadným držením těla, skoliózou, poruchami kyčlí a roztroušenou sklerózou (Velemínský et. al. 2007).

Hipoterapie je nejčastěji využívána pro děti s dětskou mozkovou obrnou a při vadném držení těla. Zejména při skolióze páteře záleží na stupni vybočení. Při jízdě na koni dochází nejen ke cvičení držení trupu, ale i k dechovým cvičením, která posilují mezižeberní svaly a správnou funkci bránice. Hipoterapie je vhodná i lidem s roztroušenou sklerózou, ale toto onemocnění má svá omezení, hipoterapie může být využita pouze v období klidu, kdy se nemoc nezhoršuje (Nerandžič 2006).

Hipoterapie je intenzivní, cílený a především dlouhodobý léčebný proces. Hipoterapii je možné zahájit již při prvních příznacích např. vadného držení těla a to již ve věku během prvních šesti týdnů života dítěte. Je důležité rehabilitaci zahájit v době, kdy je ještě léčebně ovlivnitelná (Nerandžič 2006).

13 FELINOTERAPIE

Přítomnost kočky a její soužití s člověkem potvrzují archeologické nálezy z Egypta zhruba 5000 let př. n. l. a z dalších oblastí např. Kypru. Kočka byla uznána jako převtělené božstvo, byla mumifikována a pohřbívána s poctami. Ve 13. století v Evropě za vlády inkvizice, bili lidé zabíjeni za to, že vlastnili kočky, byli obviňováni, že uctívají ďábla. Postupně se měnila úloha kočky z ochránce obydlí člověka na dobrého společníka. První léčebné využití koček je datováno od poloviny 90 let minulého století, kdy s kočkami začal pracovat v oblasti felinoterapie Mgr. Erwin Reisaus z Rakouska a Avshalom Beni z Izraele. V České republice se od roku 1997 organizovaně pracuje s kočkami pouze Nezávislý chovatelský klub (NCHK) v Mladé Boleslavi. V roce 2001 vydal tento klub plemennou knihu koček a zkušební řád pro týmy v terapeutické službě (Nerandžič 2006).

Kočky se v České republice používají hlavně v rámci návštěvní služby, ale také umisťovací. Význam felinoterapie je zřejmě mnohem větší, než se dnes uvažuje. Působení koček se využívá v oblasti pomocných aktivit v každodenním všedním životě nebo při léčebném procesu. Kočka se dokáže lehce přizpůsobit, integrovat se do různých prostředí, jako jsou domovy důchodců, léčebné a rehabilitační ústavy. V domovech důchodců kočka pomáhá zmírnit adaptační stres nově příchozích klientů, např. se u nich upravují po kontaktu s kočkou hodnoty krevního tlaku a tepová frekvence. U mentálně retardovaných dětí a autistických dětí dochází k citové otevřenosti, radosti, rozvíjí se komunikace s ostatními a pomáhá rozvíjet slovní zásobu. U dětí fyzicky postižených se hraním s kočkou uvolňují spasmy končetin. Při hlazení, kartáčování a česání se stimuluje jemná motorika. Felinoterapie se nedoporučuje, stejně jako canisterapie při alergických reakcích na srst nebo strachu z koček (Nerandžič 2006).

14 DELFINOTERAPIE

Terapií pomocí delfínů se věnoval John Lilly, který poprvé zformuloval myšlenku, že vztah delfínů k lidem může být prospěšný v roce 1968 ve své knize Člověk a delfín. Zkoumal komunikaci mezi člověkem a delfínem, prohlásil, že delfíni mohou pomáhat lidem v komunikaci (Velemínský et. al. 2007).

První centrum delfinoterapie vzniklo na Ukrajině pod vedením Antolije Smoljaninova. Metoda byla vypracována a v praxi ověřována od začátku 80. let týmem Anatolije Smoljaninova v Kyjevském institutu traumatologie a ortopedie pod odborným dohledem lékaře-neurologa prof. Vadima Šargorodského. Metoda obsahuje čtyři základní etapy, které musí být dodrženy. První etapa zahrnuje cvičení, které mají vliv na svaly pletence horní končetiny, druhá etapa je zaměřena na zádové a břišní svaly. Třetí etapa zahrnuje cvičení na dolní pletence končetin a poslední etapa zahrnuje cviky, které působí na plosku nohy a šlachy. Při práci se pracuje individuálně, časové rozpětí jednotlivých etap není dáno (ANON. nedatováno).

Tak jako se každým dnem přibližuje dítě k delfínovi, dostává od terapeuta také náročnější úkoly a tím se zvyšuje náročnost i na dítě při hře. Mezi terapeutické úkoly ve hře patří úkoly pro jemnou a hrubou motoriku a úkoly k rozvoji komunikace (Velemínský et. al. 2007).

15 LAMATERAPIE

Terapie pomocí lam, není v České republice příliš rozšířena. V roce 2004 se konal v Brně mezinárodní seminář o zooterapii, kde prezentovali své první zkušenosti s lamami odborníci ze zoologické zahrady v Zittau v Německu. U nás se lamy chovají v Praze v Bohnicích na terapeutické farmě (Nerandžič 2006).

16 NĚKTERÁ SPECIALIZOVANÁ CENTRA

APLA



Asociace pomáhající lidem s autismem APLA, je občanské sdružení, které poskytuje služby psychologické, psychiatrické, sociální a vzdělávací. Vznikla v roce 2000, nejprve byla rozdělena do čtyř sekcí - rodičovská, klinická, pedagogická a sociálně-právní. V roce 2001 APLA realizovala první projekty. Do sdružení se začali hlásit aktivní lidé z celé republiky. Rodiče, odborníci, studenti i dobrovolníci se z počátku zaměřovali především na informovanost odborné i laické veřejnosti. 1. 4. 2003 byla založena APLA Praha, své zázemí našla v areálu školy v Řepích. Byla zavedena péče pro lidi s autismem, která se diferencovala do tří stupňového programu - Poradenské středisko, Centrum pomoci a Podporované bydlení.

Postupně se APLA rozvíjela, přibývalo odborných pracovníků, jako jsou speciální pedagogové a jiní odborníci. Stávající prostory již nestačili a vznikala detašovaná pracoviště. Nyní aktivity probíhají v rámci 3 hlavních programů:

1. psychologické a psychiatrické služby
2. sociální služby
3. vzdělávání a osvěta.

Zaměstnanci jsou rozděleni do čtyř středisek:

1. metodické
2. poradenské
3. respitní, pracovní a volnočasové
4. středisko podpory

Mezi psychologické a psychiatrické služby patří především diagnostika a konzultace. K sociálním službám se řadí odborné a základní sociální poradenství, raná péče, osobní asistence, sociální rehabilitace a odlehčovací služby. Vzdělávání a osvěta zahrnuje vzdělávací kurzy (www.praha.apla.cz).

Zoorehabilitace se přímo ve středisku neprovádí, pokud má někdo z rodičů zájem o tuto formu terapie, APLA rodiče nasměruje, kam se mají obrátit.

AUTISTIK



Cílem občanského sdružení AUTISTIK je ochrana práv občanů s autismem a jejich rodin, vytváření společenských a ekonomických podmínek pro optimální rozvoj postižených autismem a jejich zařazení do společnosti. Napomáhání realizace práva na vzdělávání a výchovu postižených autismem vytváření podmínek pro snazší integraci takto postižených do společnosti.

Sdružení AUTISTIK pořádá letní a zimní rehabilitační, terapeutické a ozdravné pobyty pro rodiny s autistickými dětmi. Pravidelné výstavy výtvarných prací dětí s autismem. Přednášky předních světových odborníků a překlady knih.

Na základě projektu AUTISTIKU se v Lahovicích otevřel domov pro dospělé s autismem.

V občanském sdružení AUTISTIK není rozvinuta žádná ze zoorehabilitací (www.autistik.cz).

ZAHRADA

ZAHRADA je integrační centrum v Praze. Je to denní stacionář, který vznikl v roce 1991. Vznikl jako jedna z alternativ ústavu sociální péče u nás. Předmětem péče je denní péče o tělesně postižené děti a mládež s více vadami, rehabilitační péče pro děti s kombinovanými vadami, vzdělávání a výchova klientů v rozsahu jejich schopností, poskytované ve spolupráci s pomocnou školou, ošetrovatelské činnosti, konzultačně poradenská činnost pro rodiny s postiženými dětmi a integrace do společnosti.

Mezi neúspěšnější projekty patří vybudování a provozování chráněné dílny sv. Prokopa U červeného javoru. Součástí je

ergoterapeutická dílna, prádelna a mandl, kde jsou pravidelnými zákazníky MŠ, rehabilitační zařízení atd. (www.iczahrada.cz).

V centru ZAHRADA je rozvinuta fyzioterapie, ergoterapie, hipoterapie a canisterapie. Integrační centrum ZAHRADA úzce spolupracuje se ZŠ Zahrádka, která sídlí v budově integračního centra. ZŠ Zahrádka má speciální třídu pro děti s poruchami autistického spektra. Ve třídě je pět dětí ve věku osm až dvacet let. Všichni autisté se zúčastňují canisterapie. Dvakrát v týdnu přicházejí dva canisterapeuti. Pokud děti navážou vztah se psem, u některých dětí to trvá déle, ale pokud vztah naváží, tak se na psa těší. Plní jednoduché úkoly, pokud nemluví, naučí se porozumět jednotlivým gestům. Při relaxaci se psem dochází ke zklidnění a uvolnění. „Na všechny autisty ve třídě působí canisterapie pozitivně“, říká Bc. T. Šafránková, DiS., speciální pedagog.

ZVONEK

ZVONEK je dětský rehabilitační stacionář, který spadá pod město Kladno. Stacionář je zaměřen na denní komplexní péči o děti předškolního věku, které pro svůj zdravotní handicap vyžadují odbornou specializovanou zdravotní péči. Jde o děti s kombinovaným postižením, s dětskou mozkovou obrnou, s mentální retardací, s těžkým neurologickým či ortopedickým onemocněním, o děti s vývojovými poruchami nebo s jinými specifickými potřebami. Děti jsou rozděleny do 3 tříd od 2 let věku do dosažení školní docházky.

ZVONEK navštěvují i děti s poruchou autistického spektra. Jednou za týden stacionář navštěvuje canisterapeut, canisterapie probíhá společně i s ostatními dětmi, nejsou rozdělené podle druhu postižení. Děti se obvykle těší, dochází k pokrokům v komunikaci, v používání gest, u agresivních dětí dochází ke zklidnění a uvolnění (www.zvonek-kladno.cz).



Další formou zoorehabilitace je hipoterapie, která ve stacionáři funguje jednou za 14 dní. Stacionář spolupracuje s občanským sdružením Caballinus, toto sdružení bylo založeno v roce 2008 za účelem provozovat a zajišťovat hiporehabilitační aktivity. Jejich klienty jsou děti s neurologickými poruchami, děti s Downovým syndromem, autisté a děti s kombinovanými vadami. Hipoterapie je provozována ambulantní formou - klient dojíždí několikrát týdně nebo formou intenzivních pobytů - terapeutická lekce je zařazena dvakrát denně (www.caballinus.cz).

17 KAZUISTIKY

Všechny tři vybrané rodiny mají dítě s poruchou autistického spektra. Jsou z mého okolí. První matka je kolegyně z práce, která má chlapce s Aspergerovým syndromem, další dvě matky jsou kamarádky z dětství, které jsem několik let neviděla, až tato práce mě dovedla k jejich kontaktování.

17.1 Metodika

Všechny informace jsem získala pomocí rozhovoru s matkami dětí, formou volného rozhovoru mi sdělovaly osudy svých dětí, jak zvládají každodenní starosti, jak je život s těmito dětmi nelehký a každá pomoc je vítána.

První matka, má kolegyně z práce, mi poskytla informace o svém synovi, i když je sama vážně nemocná, jsem ráda, že našla sílu mi o tom všem vyprávět.

Druhá matka mi poskytla rozhovor i zprávy z občanského sdružení Apla, kde je podrobně rozepsáno vyšetření dítěte a stanovení diagnózy.

Třetí matka mi řekla pouze některé informace, následně, po probrání situace s manželem, mi bohužel více informací nesdělila, protože manžel těžce nese diagnózu svého syna a nepřeje si, aby se někde o něm psalo.

Každý příběh je jiný, každé dítě má jinou diagnózu a život je tak s každým z nich jiný. Kazuistiky jsem se snažila rozdělit na několik částí, na základní informace a současnost, kde je popsán aktuální stav a vývoj dítěte.

17.2 První kazuistika - Josef

17.2.1 Základní informace

Josef se narodil 20. 5. 1995 jako první dítě v rodině bez genetické zátěže z obou stran rodičů. Porod byl veden operativně pro polohu koncem pánevním dítěte a vrozenou vývojovou vadu dělohy matky. Po porodu byl nekříšen a poporodní adaptace byla normální. Novorozenecké a batolecí období bylo bez vývojových anomálií, lezl, seděl a chodil v mezích normy. Kontakt s dětmi na hřišti se nebránil, ale ani ho nevyhledával. Spíše dával přednost společnosti dospělých.

Od čtyř let, po rozvodu rodičů nastoupil do mateřské školy, kolektiv dětí snášel dobře, nebyl konfliktní, ani agresivní. Sám jejich společnost nevyhledával, ale přijímal je do hry. V tomto věku již četl, zejména encyklopedie.

První výrazné problémy nastaly až příchodem do první třídy základní školy, kde se naplno projevila zvýšená inteligence – uměl plynule psát, číst a počítat. Zajímal se i nadále o encyklopedie a knihy s tematikou nepřiměřenou jeho věku. Na jeho chování bylo znát, že ho trápí rozchod rodičů, mrzelo ho, že se s ním otec nestýká a že přišel o psa, který zůstal u otce.

V době okolo sedmi až osmi let se začaly projevovat potíže psychického charakteru, byl depresivní. Děti ve škole se mu vysmívaly pro jeho odlišné chování, tím se jeho depresivní stavy prohlubovaly a uzavíral se tak do sebe. Začal mít obavy ze školy, protože nechápal ostatní děti, neměl si s nimi co říct, připadaly mu hloupé, omezené. Sám agresivní nebyl, pouze ve vypjaté situaci býval agresivní jen slovně.

V devíti letech začal docházet k psychologovi, kam docházel rok, ale situace se nezlepšovala, spíše zhoršovala. Byl úzkostlivý, málo mluvil, byl uzavřený do sebe a měl i sebevražedné myšlenky. Po roce psycholožka navrhla vyzkoušet homeopatickou léčbu. Homeopatická léčba pomohla, ale vždy jen na určité časové období, které se zkracovalo.

Ve dvanácti letech na doporučení dětského lékaře nastoupil do lázní pro lordózu a celkové zborcení páteře, které bylo důsledkem rychlého růstu. V těchto lázních pracovala jako psychiatr lékařka, která mu poprvé diagnostikovala možný Aspergerův syndrom. Josef prodělal testy autistického spektra, ve kterých se na 38% projevil Aspergerův syndrom. Dostal cíleně léky, po kterých se jeho stav částečně zlepšoval.

Matce bylo doporučeno, aby změnila školu, do které Josef chodil. Studoval na osmiletém gymnáziu, kde mu umožnili individuální studijní plán, ale škola nebyla příliš vstřícná a neobešlo se to bez drobných komplikací. Proto do deváté třídy nastoupil do základní školy v Praze, kde měl také individuální studijní plán, ale škola s rodinou bez problémů spolupracovala. Po ukončení základního vzdělání Josef nastoupil do prvního ročníku dálkového studia počítačové informatiky, kde studuje do dnes bez větších problémů.

17.2.2 Ben a Týna

Rodiče Josefa měli ještě před jeho narozením německého ovčáka Bena, ke kterému si Josef vytvořil velice úzký vztah. Pes na Josefa reagoval velmi přátelsky, působil, na dítě jako útočiště, když pociťoval úzkost nebo nedůvěru v okolí. Matka pozorovala, že při hlazení a hraní s Benem je Josef psychicky klidný. Navázal si k Benovi velmi silný citový vztah a velmi trpěl, když se ve čtyřech letech rodiče rozvedli a pes musel zůstat u otce. Ještě několik let po rozchodu.

V osmi letech si matka Josefa našla nového přítele a žili spolu jako rodina, po roce se narodil Josefův bratr Martin. Příchodem nového člena do rodiny začal Josef žárlit, cítil se ostrčený a sám. To také možná odstartovalo jeho depresivní nálady.

Po dvou letech se celá rodina odstěhovala do rodinného domku na malou vesnici. Matka slíbila Josefovi, že bude mít své zvíře. Jako první dostal kočku a o dva měsíce později labradorku Týnu. Josef byl velmi šťastný a jeho psychický stav se velice zlepšil. Velice se zlepšil i vztah k rodičům, především k nevlastnímu otci a bratrovi. O psa se naučil starat, psa denně venčil a naučil jí základní výcvik. V této době již navštěvoval psychologa. Užíval léky, které měly

velmi závažné negativní účinky. Trpěl nespavostí, přestal téměř mluvit, měl halucinace, třes a úzkostné stavy. V tomto období mu pes velice pomohl, protože Josef jedině k němu projevoval své city a tím ventiloval svou úzkost.

Proto se matka rozhodla léčbu postupně přerušit, což vedlo po několika týdnech ke zlepšení jeho celkového stavu. Přestal se bát komunikovat s ostatními lidmi a díky tomu, že psa venčil, začal navazovat styky s ostatními lidmi v okolí a postupně si našel i přátele. Začal psa venčit společně s několika vrstevníky, kteří měli také psy a tímto se zbavil strachu a úzkosti z cizích lidí.

Týna je jediná, které je ochoten dát své city nahlas najevo. Stejně dobře na něj působí i kočka, kterou si často bere do svého pokoje a někdy s ní i spí.

17.2.3 Současnost

Dnes je Josefovi 18 let, je ve velmi dobré psychické kondici. Má pocit, že je konečně dospělý, že se k němu lidé nechovají jako k dítěti.

I dnes Týna v jeho životě hraje důležitou roli, má pocit, že mu přítomnost psa dodává sebevědomí a pocit jistoty. Život s Týnou ho naučil, že existuje bytost, která mu důvěřuje a je na něm závislá. Pod vlivem společného soužití se psem se dokázal citově otevřít členům rodiny a díky psovi získal Josef samostatnost až do té míry, že je schopen se sám o sebe postarat a dokáže sám cestovat do školy a zařídit své osobní věci.

Dnes je na takové úrovni, že nepotřebuje zvýšenou péči, ani péči osobního asistenta i když mu byla dříve psychologem doporučována.

17.3 Druhá kazuistika - Radek

17.3.1 Základní informace

Druhý příběh je také z mého okolí. Radek se narodil matce, jako druhé dítě 12. 6. 2004. První dítě má z předchozího manželství. Rodiče jsou bez genetické zátěže. Těhotenství proběhlo bez potíží, porod byl spontánní, záhlavím ve 39. týdnu těhotenství. Při porodu došlo k aspiraci plodové vody, následně došlo ke zvracení. Objevila se cyanosa, třes pravé horní končetiny a hlavičky. Kojen byl 18 měsíců, sací reflex byl dobře vyvinutý. V 11/04 byl hospitalizován v nemocnici pro třes hlavičky a pravé horní končetiny, vyšetření bylo bez nálezu, třes přetrvával do roka, při kojení a usínání.

Ve třech měsících absolvoval vyšetření na neurologii se závěrem: transitorní hyperexcitabilita při hraniční hyperkalcémii. Od 5. do 8. měsíce nosil kyčelní třmínky. V 01/05 byl opět vyšetřen na neurologii. Vyšetření se závěrem: zvýšená dráždivost, hyperkalcémie. Psychomotorický vývoj lehce nerovnoměrný. EEG bez nálezu.

Do dvou let byl Radka vývoj normální, aktivně navazoval sociální kontakty, projevoval zájem o vrstevníky. Vývoj řeči byl bez nápadností – imitoval zvuky zvířat, slova spojoval do jednoduchých vět. Sociální úsměv byl přítomen. Natahoval ručičky na pochování, přišel se pomazlit, projevoval radost z přítomnosti blízkých osob. Stál o pozornost, měl radost ze společné aktivity, projevoval zájem o prohlížení knih. Aktivně navazoval sociální kontakt. Oční kontakt také navazoval. ANO i NE doprovázel pohybem hlavy.

V kojeneckém věku preferoval zvukové hračky se světelnými efekty. Hračky rozehrával, zapínal hračky se světelnými efekty. Později si funkčně hrál s autíčky, popojížděl, posílal je. Měl rád vkládačky, navlékání kroužků na trn. Měl zájem o prohlížení dětských knížek. Rád pomáhal v domácnosti – utírání prachu, zametání.

Motorika v raném vývoji byla v normě, začal chodit ve 14 měsících, po špičkách nechodil. Od malinka je hyperaktivní, měl malou potřebu spánku.

Od dvou let došlo k výrazné změně. Došlo ke stagnaci až k regresi vývoje slova, které znal, nejčastěji vydával pouze neartikulované zvuky, žvatlal. Přestal používat sociální kontakt, sociální kontakt neinicioval, odmítal sociální kontakt ze strany druhých, vystačil si sám. Ztratil zájem o vrstevníky. Vymizel sociální úsměv, nepřišel se pomazlit, fyzický kontakt odmítal. Na pochvalu reagoval lhostejně, začal být agresivní, ostatních dětí se stranil, cizích lidí se bál.

V hraní převládala stereotypní činnost se vztahovými prvky – předměty, kamínky, auta, hračky řadil do řad podle určitého klíče. Zhasínal a vypínal světlo, pouštěl opakovaně vodu. Seřazené předměty pozoroval, nesnesl, aby se s předměty hnulo. Preferoval fyzickou aktivitu – skákání na posteli, trampolíně, bezúčelné pobíhání – pohybové stereotypie. Hračky pozoroval z bezprostřední blízkosti, detailně ze všech úhlů. Byl hypersenzitivní – bál se zvonku, vysavače, vrtačky – plakal. Nesnesl stříhání vlasů, protestoval, křičel. Ve chvíli, kdy nebylo splněno jeho přání, byl agresivní, během afektu si lehl na zem, kopal nohama do zdi, vrčel.

Od 2 1/2 let je bez plen přes noc, během dne od 2 3/4, déle trval nácvik stolice, odmítal chodit na nočník, chodil na WC. Do třech let nesděloval potřebu.

Následovala různá vyšetření.

- **neurologické:**

- 08/07 se závěrem: hyperkinetický syndrom, autistické rysy, disharmonický psychomotorický vývoj, subnorma v mentální složce.
- 12/07 hospitalizace ve FN Motol, MR mozku bez nálezu, EEG bez nálezu. Vyšetření se závěrem: centrální hypotonický syndrom, nerovnoměrný psychomotorický vývoj, porucha vývoje řeči, porucha chování, autistické rysy.

- **psychologické:**

- 03/07, 04/07, 07/07, vyšetření se závěrem: smíšená porucha chování a emocí s těžce opožděným vývojem řeči, autistické rysy.

- 12/08 vyšetření ve FN Motol se závěrem: nerovnoměrný, celkově mírně opožděný psychomotorický vývoj s opožděním v oblasti řeči, komunikace a sociálního chování. Susp. **Aspergerův syndrom** (hraniční výsledek).
- **foniatické:**
 - 06/07 opožděný vývoj řeči, retardace vývoje, autistické projevy, sluch v pořádku.
- **genetické:**
 - 11/08 vyšetření bez nálezu.
- **oční:**
 - 12/08 vyšetření bez nálezu.
- **logopedie:**
 - 07/07 vyšetření se závěrem: opožděný vývoj řeči.

Na základě psychologického vyšetření ve FN Motol (12/08) a podezření na Aspergerův syndrom žádají rodiče vyšetření pro potvrzení této diagnózy v poradenském středisku APLA Praha. Rodiče mají informace o autismu z literatury, k diagnóze se přiklánějí, pozorují u Radka autistické projevy.

17.3.2 Poradenské středisko APLA

Poprvé navštívili poradenské pracoviště APLA, když bylo Radkovi 5 let a 3 měsíce. Anamnestický rozhovor trval 3 hodiny, konzultace se zúčastnili oba rodiče.

V tomto věku je velmi fixován na matku, přijde se pomazlit, vyhledává fyzický kontakt. Při příchodu rodičů je radostně vítá, pomazlí se, dá pusu. Přijde si pro útěchu i jí dokáže poskytnout. Nově projevuje radost z pochvaly, motivující je pro něj odměna. Při hře si vystačí sám, společné aktivity odmítá. Sociální kontakt navazuje („hele, koukej!“). Na pokárání, plácnutí reaguje nepřiměřeně – bouchne maminku, rozčiluje se. Vůči cizím osobám reaguje podle momentálního rozpoložení a motivace. Někdy navazuje kontakt, pozdraví, někdy navázání kontaktu ignoruje, je lhostejný. Při vyšetření při požadavku na řízenou spolupráci se kontakt horší, nespolupracuje. Při volném

sociálním kontaktu interakci iniciuje („koukej, vlak“), dotkne se, ukazuje, usměje se. Při iniciaci ze strany druhé osoby žádost ignoruje, vyhýbá se očnímu kontaktu, reaguje pasivním negativismem. O vrstevníky projevuje zájem, kontakt aktivně nenavazuje, děti pozoruje, napodobuje.

Neverbální komunikace je pěkná pouze v některých situacích, když něco chce nebo dělá oblíbenou aktivitu. Mimiku a gesta používá přiměřeně, souhlas i nesouhlas vyjádří verbálně a doprovodí pohybem hlavy. Ve verbální komunikaci používá jednoduché věty, ze dvou až tří slov („chci papat“, „chci plavat“) a slovní spojení. Otázky klade intonací („postavíme?“). Spontánně komunikaci naváže, pokud něco chce. Na oslovení reaguje, pokud je motivován. Jednoduché pokyny splní s dlouhou latencí. Ke komunikaci je zapotřebí velkého povzbuzování.

Za volnou činnost preferuje fyzickou aktivitu venku, skákání na trampolíně, houpání, lezení do výšek. Doma si hraje s autíčky, jezdí, staví garáže, autodráhu. Přetrvává stereotypní činnost, předměty rád řadí do řad, hraje si s vodou. Rád pozoruje bubliny z bublifuku. V televizi sleduje animované pohádky, rád si prohlíží knížky, ale sám, čtení v interakci odmítá.

Hrubá motorika – chůze je jistá, běhá, skáče, preferuje fyzickou aktivitu, do schodů i ze schodů chodí sám, střídá nohy. Na kole jezdí s pomocnými kolečky, nedokáže zkoordinovat řízení a šlapání. Při poskakování nekoordinuje pohyby končetin. V jemné motorice má problém se zapínáním a rozepínáním knoflíků, jinak navlékne menší korálky, nastřihuje papír. Zip rozepne, při zapnutí potřebuje pomoc při nasazení jezdce. Tužku drží v pěsti, o kreslení nemá zájem.

V oblasti emocionality došlo k mírnému zlepšení. K afektům nedochází tak často, jako dříve. Radost projevuje smíchem, poskakováním. Na neúspěch reaguje afektem, ale dá se odvést pozornost. Občas smích i pláč bez příčiny.

Má rituály, které vyžaduje splnit (před nákupem v konkrétním obchodě vyžaduje koupit kuličku v automatu, jinak odmítá jít nakupovat), má oblíbené trasy, kterými chce chodit. Neustále u sebe nosí oblíbenou hračku, případně hračku vyžaduje mít na konkrétním místě. Nají se sám lžící, během stolování

udržuje čistotu, nesnese, když je špinavý – ihned se musí umýt, převléknout. Od jídla odbíhá, nevydrží v klidu.

Od roku 2008 docházel Radek do speciální MŠ v Teplicích do třídy pro děti s autismem. Tato třída nebyla pro Radka dostatečně stimulující, nedocházelo k velkému pokroku ve vývoji. Proto byl na doporučení pedagogů od ledna 09 přeřazen do jiného speciálního oddělení téže MŠ. Ve třídě je 6-7 dětí, dvě paní učitelky. Do školky chodí rád, je tam umístěn celodenně. Režimu školky se přizpůsobil, zapojuje se do společných aktivit, děti pozoruje a napodobuje.

Na základě pozorování dítěte, anamnézy a výsledků standardizovaných škál, byl u Radka diagnostikován dětský autismus (dle adaptability středně funkční). Sociálně komunikační kontakt je značně omezen a negativně ovlivňuje schopnost spolupracovat a vyhovět pokynům. O Aspergerův syndrom se jednoznačně nejedná – celkový vývoj je opožděný do pásma retardace, řečový vývoj je narušen.

Průměrný výkon v oblasti psychomotorických dovedností spadá do pásma lehké mentální retardace, vývojová úroveň dítěte se pohybuje v pásmu 14 až 42 měsíců mentálního věku. Komunikace na úrovni 2 let, úroveň řeči cca 30 měsíců, opožděný vývoj motoriky a grafomotoriky. Dítě potřebuje speciální pedagogickou péči a nadstandardní rodičovskou péči.

17.3.3 Současnost

Na vyšetření do poradenského centra APLA chodí pravidelně po třech letech. Radek dělá pokroky, díky péči rodičů a své sestře, která se mu ve volném čase hodně věnuje. V sociálním chování došlo v posunu, krátce se zapojí do společné činnosti, přijde si pro útěchu i se spontánně pochlubit. Více vyhledává kontakt, stal se komunikativnější, naučil se oslovovat přiléhavě členy rodiny.

V oblasti komunikace je stále na úrovni 2 let. Doma používají pro řád a dorozumění se tzv. piktogramy, obrázky, které znázorňují určité činnosti. Používá jednoduché věty, hovoří ve třetí osobě („Tady má pití.“). Umí ukázat základní části těla, ví své jméno, věk a bydliště. Číslice nezná, barvy pouze

základní. Rád hraje hry na PC, sleduje děti na videu, potom si podle toho hraje, rád staví lego a vláčkodráhy. Přetrvává preferování fyzické aktivity, skákání na trampolíně, běhání, plavání. V televizi sleduje animované filmy, sleduje reklamy a vyžaduje předměty domů. Pohybové stereotypie zůstávají – stereotypní foukání a houkání, poskakování, stereotypní pohyby rukou vymizely.

Zlepšila se i jemná motorika, zvládá stříhání papíru, ale obtížně zvládá koordinaci pohybů (stříhání a přidržování papíru). Již zvládne i zapnutí zipu, nasazení jezdce. U oblékání je nutný dohled a verbální dopomoc – dává špatně vrstvy, nerozezná přední a zadní díl, rub a líc, na pokyn se opraví.

Od září 2012 nastoupil povinnou školní docházku ve speciální škole v Teplicích, kde je vzděláván podle RVP ZŠ speciální. Ve třídě mu vadí dvě děti s nízkou funkčním autismem, protože jsou hlučné a mají výrazné problémové chování. Radek je bez agresivních projevů, afekty vymizely, nelibost vyjádří vypláznutím jazyka. Na nové prostředí se adaptoval dobře. Pokud není ve stresu, je veselý, pozitivně naladěný. Přípravu do školy zvládá s dohledem a asistencí, nedokáže se dlouho soustředit, od aktivit odbíhá. Má tendenci se věnovat aktivitám, které si sám vybral, je obtížné ho přimět ke spolupráci. Při práci na počítači je schopen se soustředit dlouhodobě.

Do školy chodí 2x za měsíc canisterapeutickým týmem se psem, konkrétně Radek se na pejska velice těší, vztah s ním navázal bez větších problémů, nebál se na něho sáhnout. Hodnocení ze společných setkání jsou kladná. Naučil se mnoho nového, umí se přihlásit a v klidu počkat než na něj přijde řada. Má radost a rád překonává spolu se psem překážkovou dráhu, při které následuje psa do látkového tunelu a pak s ním prochází slalom mezi kuželkami. Velice rád pejska podlézá a hází mu míček. Umí psa pochválit a také mu dát odměnu, je k psovi ohleduplný a milý. Rád si prohlíží knihy o psech.

17.4 Třetí kazuistika - Kryštof

17.4.1 Základní informace

Kryštofovi¹ jsou čtyři roky. V manželství je to první dítě, rodiče jsou bez genetické zátěže. Porod proběhl spontánně, v termínu. Poporodní adaptace a novorozenecké období probíhalo v mezích normy.

Co vím z rozhovoru s matkou, tak je Kryštof atypický autista. Oční kontakt má, ale zkrácený, pomazlí se, dotyku se nebrání. Není agresivní. Má představivost, hraje si např. na rybáře. Postižení je hlavně v oblasti řeči. V sociální oblasti je problém v navazování kontaktů s ostatními dětmi, neumí se začlenit. Do tří let nesnesl na sobě oblečení, chtěl chodit nahý. Byla období, kdy nemohli chodit do obchodních domů, protože nesnesl čekání, nechápal, proč se čeká a na co. Jsou v péči poradenského centra APLA.

17.4.2 Současnost

Kryštof nastoupil do MŠ, do třídy pro autisty. Na nové prostředí se adaptoval dobře. Přetrvávají u něj rituály, rovná věci do řad, přerovnává, podivně spojuje. Má rád pořádek. Nesnášenlivost oblečení se zlepšila, přetrvává pouze u spaní (spí nahý). Poslední vyšetření ukázalo, že intelekt má v normě, což vylučuje mentální retardaci.

Doma vyrůstal se psem, kterého přijal, mazlí se s ním. Ostatním zvířatům, která se v rodině objevila, tak těm ubližoval, kočku vyhazoval z okna, nechtěl je ve své blízkosti.

¹ Informací mám velice málo, protože otec si nepřeje, aby se o jeho synovi někde podrobně psalo.

18 VÝSLEDKY

Pro lepší přehlednost pro porovnání jednotlivých kazuistik jsem vytvořila tabulky. Tabulka č. 1 se týká průběhu gravidity a porodu, tabulka č. 2 se týká diagnostiky PAS a prostředí, ve kterém se Josef, Radek a Kryštof pohybují.

Tabulka č. 1 – Průběh gravidity a porod

	Josef	Radek	Kryštof
první gravidita	X	-	X
druhá gravidita	-	X	-
rizikové těhotenství	-	-	-
stres v těhotenství	-	-	-
léčba v těhotenství	-	X	-
porod spontánní	-	X	X
porod operační	X	-	-
genetická zátěž v rodině	-	-	-

Jak vyplývá z tabulky č. 1, jsou Josef a Kryštof prvorozenými dětmi v rodině, Radek je druhorozený, starší sestra je z prvního manželství. Těhotenství nebyla riziková, pouze matka Radka měla ke konci těhotenství vysoký krevní tlak, brala antihypertenziva. Porod byl u matek Radka a Kryštofa spontánní, porod u matky Josefa byl operační, pro vrozenou vývojovou vadu dělohy matky. Genetická zátěž není ani u jedné rodiny.

Tabulka č. 2 – Diagnostika PAS a prostředí

	Josef	Radek	Kryštof
PAS (uvedeno v letech)	12	5	2
navštěvoval speciální školu	-	X	X
canisterapie ve škole	-	X	-
zvíře doma	X	-	X
pozitivní klima v rodině	-	X	X

Z tabulky č. 2 je vidět, že u každého chlapce byla porucha autistického spektra zjištěna v jiném roce. U Josefa byl diagnostikován Aspergerův syndrom

v podstatě náhodně při pobytu v lázních se skoliózou páteře. U Radka byl první záchyt poruchy již ve dvou letech při psychologickém vyšetření, kde bylo uvažováno o diagnóze pervazivní vývojová porucha. Ve čtyřech letech byl ve FN Motol Radkovi diagnostikován Aspergerův syndrom, na základě této diagnózy se obrátili na poradenské pracoviště Apla, kde stanovili v pěti letech dětský autismus. U Kryštofa byl diagnostikován zřejmě atypický autismus ve dvou letech.

Všichni tři chlapci přicházejí do styku se zvířetem, hlavně se psem. Josef má svého psa doma, kde probíhá zooterapie přirozeným způsobem. Kryštof má také psa doma, ostatní zvířata netoleruje, ubližuje jim. Radek v rámci základní školy podstupuje canisterapii.

Pozitivní klima v rodině hodnotím kladně u Radka a Kryštofa. U Josefa bylo klima narušeno rozvodem rodičů v jeho čtyřech letech a nyní je velice narušeno nemocí matky.

19 DISKUSE

Při přečtení výroku Hanse Aspergra:

„ Abyste se stali vynikajícím vědcem nebo skvělým umělcem, musíte mít alespoň nějaké znaky Aspergerova syndromu, které vám umožní odpoutat se od tohoto světa.“

Si téměř každý vybaví film s Dustinem Hoffmanem Rain Man, kde právě Dustin Hoffman hraje člověka, který umí telefonní seznam nazpaměť, rychle, téměř jediným pohledem spočítá párátka, která se vysypala na podlahu v restauraci, ale v určitý den musí mít určitý druh večeře a pokud je to jinak, propadá se do beznaděje, že je něco jinak, než je zvyklý. Ta nepatrná změna pro nás, v něm vyvolá téměř záchvat.

Proto je tento výrok pro lidi, kteří nežijí s člověkem, který má Aspergerův syndrom možná úsměvný, možná pravdivý, ale pro lidi, kteří mají s tímto postižením zkušenosti, tak vědí, že to není jednoduché, že je v tomto výroku velká nadsázka, že je to naopak velice náročné pro ně a pro okolí.

U lidí s poruchami autistického spektra velice záleží na velikosti postižení a funkčnosti autismu. Pokud je autismus středně funkční nebo vysoko funkční bez přidružených diagnóz, je péče a integrace do běžného života jednodušší, než u lidí s nízko funkčním autismem. Velice důležité je, pokud je přítomna mentální retardace a v jakém rozsahu, tím je integrace a péče těžší. U autismu se velice často objevuje agresivita. Je to reakce na nějaký spouštěč, někdy je spouštěč viditelný, někdy ne a je nutné přijít na to, co agresivnímu chování předcházelo. Může to být také způsob komunikace a navázání kontaktu nebo reakce na nějakou situaci, která je nepříjemná a se kterou si jinak autista neumí poradit. Záleží na míře agresivity a schopnosti ji zvládnout, nebo schopnosti jí předejít.

20 ZÁVĚR

V České republice je několik specializovaných center. Při kontaktu s pracovníky center jsem došla k následujícímu závěru.

Některá centra nebo občanská sdružení se zabývají pouze diagnostikou, např. APLA, to je největší poradenské pracoviště v republice, kde na základě doporučení stanoví dítěti diagnózu a poradí rodičům v oblasti podpory a organizace sociálních programů (letní tábory, asistenční péče, odlehčovací služby). Všeobecně rodiče informují o vzdělávacích a terapeutických programech, pracují s rodinou formou konzultací. Také radí rodičům v legislativní a právní oblasti. Zde nemají žádnou formu zoorehabilitace, ale pokud mají rodiče o některou z rehabilitací zájem, jsou schopny rodiče nasměrovat.

Pak je mnoho center, která jsou určena přímo, pouze pro děti s poruchami autistického spektra nebo společně i pro děti jinak mentálně postižené. Většinou, ale není to vždy, do takových zařízení dochází obvykle canisterapeutickým týmem a s dětmi pracuje. Tyto centra úzce spolupracují s mateřskými a základními školami.

Školská zařízení, která mají pouze vyčleněnou třídu pro postižené děti, nebo samostatné speciální školy a školky pro postižené děti spolupracují s canisterapeutickými týmy a organizacemi, které poskytují hipoterapii.

Projevy autismu jsou velmi různorodé, patří sem lidé, kteří mají těžkou symptomatiku autismu, ale i lidé s lehčí formou postižení. Lidé, kteří potřebují 24 hodinový dohled a musí žít v určitém typu ochranného zařízení, ale lidé, kteří fungují naprosto samostatně, docházejí do práce a zakládají vlastní rodiny. Lidé, kteří jsou velmi inteligentní, ale také lidé, s mentální retardací a to v nejrůznější míře. Patří sem i lidé, kteří jsou klidní, bez poruch chování, ale i lidé, kteří jsou velmi agresivní a velmi destruktivní.

Zoorehabilitace, u nás nejvíce rozšířená canisterapie a hipoterapie dětem s poruchou autistického spektra určitě pomáhá. Pomáhá jim v rozvoji komunikace, naučí se základní povely, naučí se vyčkat, dochází k rozvoji jemné a hrubé motoriky, např. házením míčku. Při překonávání překážek společně

s pejskem dochází k trénování koordinací pohybů končetin. Děti se na další setkání těší.

Než ale může některá ze zoorehabilitací pomoci, je důležité, aby si dítě nejprve našlo ke zvířeti vztah, musí ho přijmout do svého světa, nesmí se bát na něj sáhnout. Někdy je tato překážka největší a trvá velice dlouho, než je překonána, pokud je překonána, je to samotné veliký pokrok.

V některých rodinách s takto postiženým dítětem mají psa a k canisterapii dochází nevědomky, v přirozeném prostředí domova při hraní dítěte se psem, jako v mé první kazuistice, kdy pes dítěti s Aspergerovým syndromem velice pomohl při pravidelném venčení překonání strachu z lidí. Kdy jedině psovi byl chlapec schopen říci své pocity a otevřít se mu, vypovídat se a tím se uklidnit.

V druhé kazuistice dochází chlapec do speciální školy, kde v rámci výuky dochází canisterapeutickým tým. Canisterapie mu velice pomáhá. Naopak ve třetí kazuistice chlapec toleruje pouze psa, který je v domácnosti od jeho narození, kontakt se psem ale nevyhledává, ostatní zvířata nepřijímá, ubližuje jim.

Velice záleží na druhu poruchy autistického spektra na rozsahu postižení, popřípadě přidruženým postižení dítěte.

Z mých kazuistik vyplývá, že nezáleží na pořadí narození dítěte, na způsobu porodu, ani klimatu v rodině, ve které dítě vyrůstá. Poruchy autistického spektra mohou postihnout jakoukoliv rodinu a v ní jakékoliv dítě.

21 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANON., nedatováno. *Patriček - Druhy léčby a alternativní medicíny při DMO - DELFÍNOTERAPIE* [online] [vid. 13. listopad 2013 a]. Dostupné z: <http://www.kdyzsluncenesviti.estranky.cz/clanky/druhy-lecby-a-alternativni-mediciny-pri-dmo/delfinoterapie.html>

ANON. 1, nedatováno. *Tak TROCHU ... jiný svět: Činnosti - piktogramy* [online] [vid. 5. listopad 2013 d]. Dostupné z: <http://ojarovi.blogspot.cz/2010/12/cinnosti-piktogramy.html>

ANON. 2, nedatováno. *Vznikající pomůcky, Autistická škola* [online] [vid. 5. listopad 2013 e]. Dostupné z: <http://www.autistickaskola.cz/esf/vznikajici-pomucky>

ANON. 3, nedatováno. *Pomůcky k rozvoji jemné motoriky a grafomotoriky 15 - APLA Praha - APLA Praha* [online] [vid. 5. listopad 2013 c]. Dostupné z: <http://www.praha.apla.cz/galerie/detail/59/4070>

ANON. 4, nedatováno. *Pomůcky k rozvoji abstraktně vizuálního myšlení 3 - APLA Praha - APLA Praha* [online] [vid. 5. listopad 2013 b]. Dostupné z: <http://www.praha.apla.cz/galerie/detail/60/4135>

DE CLERCQ, Hilde, 2011. *Mami, je to člověk, nebo zvíře?: myšlení dítěte s autismem*. Vyd. 2. Praha: Portál. Speciální pedagogika. ISBN 978-80-7367-888-3.

HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK, 2004. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-813-9.

LINHARTOVÁ, Eva, 2010. *Jak jsem se mámy ptala, jestli mě něco bolí*. České Budějovice: Nová Forma. ISBN 978-80-7453-009-8.

MICHALOVÁ, Zdeňka, 2011. *Sociální dovednosti u žáků s poruchami autistického spektra se zaměřením na ovlivnění chování*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-745-1.

NERANDŽIČ, Zoran, 2006. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. 1. vyd. Praha: Albatros. Albatros Plus, 59. ISBN 80-00-01809-8.

NESNÍDALOVÁ, Růžena, 1994. *Extrémní osamělost*. 2., opr. a dopl. vyd. Praha: Portál. Speciální pedagogika. ISBN 80-7178-024-3.

ODENDAAL, Johannes, 2007. *Zvířata a naše mentální zdraví: proč, co a jak*. Vyd. v češtině 1. Praha: Ve spolupráci s Českou zemědělskou univerzitou v Praze vydalo nakl. Brázda. ISBN 978-80-209-0356-3.

PÁTÁ, Perchta Kazi, 2007. *Mé dítě má autismus*. Vyd. 1. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2185-9.

SCHOPLER, Eric, 1997. *Autistické chování*. Vyd. 1. Praha: Portál. Speciální pedagogika. ISBN 80-7178-133-9.

STRUNECKÁ, Anna, 2009. *Přemůžeme autizmus?: průvodce pro rodiče, použitelný i pro pediatry, psychiatry a všechny obětavé bytosti, které se snaží pomáhat dětem s autizmem*. 1. vyd. Blansko: ALMI. ISBN 978-80-904344-0-0.

THOROVÁ, Kateřina, 2006. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7367-091-7.

VELEMÍNSKÝ, Miloš, 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. ISBN 978-80-7322-109-6.

VERMEULEN, Peter, 2006. *Autistické myšlení*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché. ISBN 80-247-1600-3.

VOCILKA, Miroslav, 1996. *Autismus: [metodická příručka]*. Praha: Tech-market. ISBN 80-902134-3-X.

22 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I - Screeningový dotazník DACH – Dětské autistické chování

	SOUHLASÍ	NESOUHLASÍ
1. Nezvykle klidné a tiché chování (v období 0 – 12 měs.).		
2. Neutišitelný dlouhotrvající pláč bez zjevné příčiny (v období 0 – 12 měs.).		
3. Výrazné dlouhotrvající problémy se spaním a usínáním (déle než tři měsíce).		
4. Problémy s jídlem (jí pouze určité druhy potravin, přejídá se či jí velmi málo).		
5. Výrazná nechuť k výměně plenek, česání vlasů, oblečení, převlékání, čištění zubů, stříhání nehtů a vlasů.		
6. Špatný oční kontakt nebo vyhýbání se očnímu kontaktu.		
7. Dítě se dívá skrz člověka, nekomunikuje pohledem.		
8. Některé zvuky i běžný hluk dítěti extrémně vadí, stává se nervózní, může si zakrývat uši.		
9. Dítě je fascinováno určitými zrakovými podněty, jako jsou například světla, stíny, hrany předmětů či třpytivé věci, a vydrží je dlouze pozorovat.		
10. Věci pozoruje koutkem oka, pod zvláštním úhlem či si je prohlíží velmi zblízka.		
11. Zdá se, že dítě cítí velmi málo bolest.		
12. Nedává rodičům nijak najevo, že se chce pochovat.		
13. Nemá zájem o mazlení, maximálně ho pasivně snese.		
14. Dítě dokáže trávit hodně času o samotě, zabaví se vlastní hrou, netouží po společnosti.		
15. Dítě nevyžaduje pozornost, společnost, společnou hru.		

16. Nezámám o dětské sociální hříčky typu: "kukuč", "paci-paci", "vařila myšička", "berany-berany" apod.		
17. Dlouhotrvající výrazná fixace na jedinou osobu, ostatní lidi téměř zcela odmítá (alespoň jeden rok).		
18. Dítě se nezajímá o ostatní děti (v období 30 měsíců a výše).		
19. Dítě se nezapojuje do společných her s vrstevníky (s hračkami, na schovávanou, apod.).		
20. Dítě se nezajímá o soutěživé hry, neprojevuje touhu vyhrát (v období od třetího roku).		
21. Dítě má nějakou výjimečnou schopnost.		
22. Dítě velmi málo napodobuje dospělé (výrazy tváře, mluvení, činnosti, pohyby).		
23. Dítě neumí ukazovat prstem na zajímavé předměty v dálce (hlavně v období 9-24 měs.).		
24. Dítě neukazuje na předměty, které chce podat.		
25. Velmi málo používá gesta jako je pohyb hlavou vyjadřující „ano/ne“; „pa-pa“, „pusinku“, „ty-ty“, „pojd' sem“ apod.		
26. Více mluví či žvatlá pro sebe než pro druhé.		
27. Pokud něco chce, používá ruku dospělého jako nástroj nebo jako ukazovátko.		
28. Dítě má potíže zaměřit svoji pozornost na věci, na které se ho snažíme v okolí upozornit, obzvláště pokud jsou vzdálenější.		
29. Vyptává se dítě pořád dokola na to samé?		
30. Opakuje dítě často slova nebo věty okamžitě poté, co je slyší?		
31. Má dítě tendence odpovídat na otázku výběrem slov nebo celou vaší otázkou? Například na otázku: "Nechceš banán?", odpoví: "Nechceš" nebo "Banán" nebo "Nechceš banán".		
32. Dítě příliš často mluví o určitých tématech, které ho zajímají (například vysavače, značky, elektřina, klíče, zvířata, historie atd.).		
33. Řeč nebo konverzace dítěte bývá často vzdálená a nepřiměřená situaci, ve které se dítě nachází. Týká se například událostí z minulosti, jedná se o úryvky z televize, z pohádek či písniček. Tento jev se často projevuje ve chvíli, kdy se dítě cítí nejisté a nervózní.		
34. Dítě mluví často pro sebe.		
35. Řeč dítěte působí mechanicky a formálně, tzn. že se dítě vyjadřuje nápadně přesně slovy a větami, které používají dospělí.		

36. Dítě nepoužívá nebo pouze minimálně první osobu - "já", vyjadřuje se místo toho ve třetí osobě (příklad: "Honzík půjde.", "Jana chce."		
37. Dítě má nápadně často sklon odpovídat "nevím", i když odpověď zná.		
38. Rádo roztáčí předměty (víčka, hrníčky atd.).		
39. Fascinace pohybem (například tekoucí vodou, padajícími předměty, listováním knih, třepání klíči-papíry-hračkami-igelitovými sáčky, otvíráním a zavíráním dveří apod.).		
40. Fascinace točícími se předměty, obliba sledování krouživého pohybu (pračka, větrník, větrák apod.).		
41. Fascinace určitými předměty (vysavače, dlouhé tyčovité předměty, okapy, provázky, vypínače apod.).		
42. Zájem o přesypání drobných předmětů či pohazování věcmi.		
43. Nehraje si správně s drobnými hračkami (spíše je pouze rozhazuje a demontuje).		
44. Nezájem o klasické hračky (stavebnice, auta, panenky).		
45. Velmi úzké přimknutí k jedné nebo dvěma hračkám.		
46. Nezájem o hračky znázorňující živé tvory (plyšová zvířátka, panenky, figurky, lidí).		
47. Dítě nenapodobuje ve své hře dospělé (hra "jako že" a "na").		
48. V televizi dítě nezajímají různé pohádky (i když může vyžadovat pouštění několika pohádek stále dokola), může dávat přednost pouze reklamám, či určitým pořadům (Sazka, Risk, Kolotoč apod.).		
49. Dítě rádo staví předměty do řad nebo z nich vytváří různé ornamenty nebo je dle určitého klíče třídí.		
50. Dítě se vyvíjí skoky, nechce dělat věc do té doby, dokud si není jisté, že ji zvládne bezpečně samo.		
51. Velmi špatně snáší změny v programu (při dešti se nejde na plánovanou vycházku apod.) nebo v prostředí, které ho obklopuje (přesunutí nábytku, změna oblečení).		
52. Sklony k pedantickému, perfekcionistickému chování (určité věci musí být na svých místech, dveře a zásuvky zavřené apod.).		
53. Vyžaduje chodit nebo jezdit stejnou cestou.		
54. Dítě lpí na dodržování určitých rituálů (je nutné dodržovat určité pořadí u některých činnostech, chce aby se lidé vyjadřovali přesnými výrazy apod.).		
55. Dítě má snahu neustále s sebou nosit nějakou věc - například provázek, drobnou hračku nebo její část.		
56. Dítě má velmi malou nebo žádnou snahu učit se něco nového.		

57. Dítě velmi málo samo od sebe napodobuje dospělé nebo ostatní děti.		
58. Dítě často projevuje úzkost nebo nervozitu.		
59. U dítěte se často střídají nálady, mnohdy bez zjevné příčiny.		
60. Dítě neprojevuje strach ve většině nebezpečných nebo strašidelných situacích.		
61. Po většinu dne velmi málo projevuje emoce, většinou se tváří nezúčastněně.		
62. Často se bez zjistitelné příčiny směje nebo pláče.		
63. Často se vzteká (denně několik záchvatů spojených s křikem).		
64. Dítě se rádo otáčí kolem své osy nebo běhává do kruhu.		
65. Dítě dlouhodobě stereotypně třepe rukama či prsty a prohlíží si pohyb.		
66. Dítě často poskakuje nahoru a dolů, pokud má radost nebo ho něco zaujme.		
67. Dítě je pohybově velmi obratné (například ve šplhání po nábytku, v lezení přes překážky apod.).		
68. Pokud dítě něco potěší nebo rozruší, třepe prsty, rukama nebo paže dává do zvláštních poloh.		
69. Často kýve celým tělem nebo přenáší váhu z nohy na nohu nebo se převaluje z boku na bok nebo se kýve v sedě.		
70. Dítě samo sebe občas zraňuje nebo zraňování naznačuje (štípe se, kouše se, tluče hlavou, bouchá samo sebe).		
71. Dítě je občas agresivní na druhé (kope, škrábe, tahá za vlasy apod.).		
72. Dítě je výrazně hyperaktivní – živé, neklidné, chvíli neposedí.		
73. Dítě se nedokáže vzhledem k svému věku soustředit, je roztěkané, nevydrží delší dobu sedět či pracovat.		
74. U dítěte je patrný velmi výrazný negativismus (mnoho věcí a činností odmítá, vzteká se, je obtížné dítě přimět ke spolupráci).		

Příloha II - Orientační tabulka výsledků DACH

Skupina	% kladných odpovědí	Děti mluvící ve větách	Děti nemluvící ve větách
Dětský autismus	54	39 položek	35 položek
Atypický autismus	47	35 položek	31 položek
Aspergerův syndrom	57	42 položek	
Autistické rysy	30	22 položek	20 položek
Děti s mentální retardací	23	17 položek	15 položek
Děti bez vývojových potíží	5	4 položky	3 položky
Stanovený práh citlivosti na diagnózu PAS	35	26 položek	23 položek

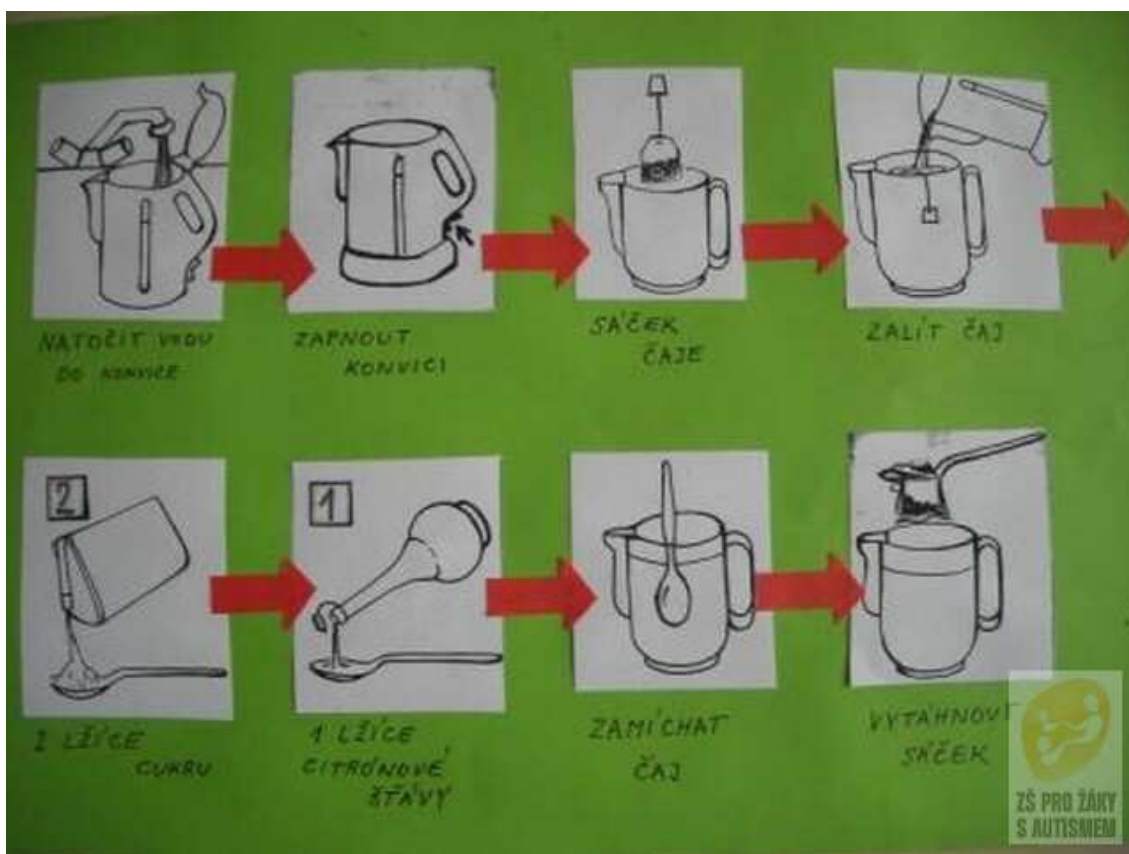
Děti, které obdržely diagnózu PAS, mají zhruba 50% souhlasných odpovědí. Pokud získaly 30% souhlasných odpovědí, může se jednat o hraniční symptomatiku, ale nikoli o specifickou PAS. U každého mluvícího dítěte, které má 26 souhlasných odpovědí a u každého nemluvícího dítěte ve větách a má 23 souhlasných odpovědí je doporučeno diferenciálně diagnostické vyšetření (Thorová 2006).

Příloha III - Pomůcky k rozvoji komunikace a sociálního chování

Jsou to nejčastěji piktogramy, obrázky, pomocí kterých dochází k vzájemnému dorozumění a slouží také k nácviku určitého řádu, který je pro dítě důležitý. Mohou se používat, také nafocené věci.



Obr. č: 1 Piktogramy (ANON. 1, b.r.)



Obr. č: 2 Piktogramy (ANON. 2, b.r.)

Příloha IV - Pomůcky k rozvoji motoriky a grafomotoriky

Tyto pomůcky slouží k procvičování jemné i hrubé motoriky. Jsou to hračky, které jsou běžně k sehnání v obchodech.



Obr. č: 3 Pomůcky pro hrubou motoriku (ANON. 3, b.r.)



Obr. č: 4 Pomůcky pro jemnou motoriku (ANON. 3, b.r.)

Příloha V - Pomůcky k rozvoji abstraktně-vizuálního myšlení



Obr. č: 5 Přiřazovací puzzle (ANON. 4, b.r.)



Obr. č: 6 Přiřazování barev (ANON. 4, b.r.)

**Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta
M.D. Rettigové 4, 116 39 Praha 1**

Prohlášení žadatele o nahlédnutí do listinné podoby závěrečné práce před její obhajobou

Závěrečná práce:

Druh práce	
Název práce	
Autor práce	

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny závěrečné práce, jsem však povinen/povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci tohoto prohlášení.

Jsem si vědom/a, že pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny dané práce lze pouze na své náklady a že úhrada nákladů za kopírování, resp. tisk jedné strany formátu A4 černobíle byla stanovena na 5 Kč.

V Praze dne

Jméno a příjmení žadatele	
Adresa trvalého bydliště	

podpis žadatele

**Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta
M.D. Rettigové 4, 116 39 Praha 1**

**Prohlášení žadatele o nahlédnutí do listinné podoby závěrečné práce
Evidenční list**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny závěrečné práce, jsem však povinen/povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci tohoto prohlášení.

Poř. č.	Datum	Jméno a příjmení	Adresa trvalého bydliště	Podpis
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				