

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Motorická imitace jako předpoklad sebeobsluhy u dětí s poruchami
autistického spektra

Motor imitation as a precondition for self-care skills for children with autism
spectrum disorders

Bc. Kateřina Prucková

Vedoucí práce: PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (N7506)

Studijní obor: N SPPG (7506T002)

2016

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Motorická imitace jako předpoklad sebeobsluhy u dětí s poruchami autistického spektra vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 14. 4. 2015

.....
Podpis

Poděkování:

Děkuji paní PaedDr. Jaroslavě Zemkové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, podněty, vstřícnost, poskytování cenných rad a metodickou pomoc.

Děkuji také všem zúčastněným dětem a jejich rodičům za ochotu být součástí mého výzkumu.

Na závěr děkuji kolegyním, rodině a především partnerovi, bez jejichž morální podpory by tato práce nevznikla.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou poruch autistického spektra z hlediska jejich etiologie a diagnostických kritérií. Teoretická část dále pojednává o vývoji terminologie poruch a historické koncepci péče o jedince s autismem. Jsou zde popsány jednotlivé kategorie postižení a jejich projevy. Další kapitola popisuje specifika sebeobslužných dovedností u dětí s autismem a charakterizuje motorický vývoj dítěte předškolního věku se zaměřením na motorickou imitaci, jako jednu z dílčích pohybových schopností. V rámci výzkumného šetření práce analyzuje míru vlivu motorické imitace na rozvoj sebeobslužných dovedností u dětí s autismem. Zaměřuje se na zhodnocení vývojové úrovně respondentů v oblasti sebeobsluhy a její rozvoj v závislosti na intenzivním imitačním tréninku. Stanovení aktuální vývojové úrovně umožňuje lehčí orientaci v rámci sebeobslužných dovedností, které lze s dítětem procvičovat. Jejich výčet je umístěn v příloze. Dále výzkum objasňuje, jaké techniky byly při nácviku motorické imitace nejméně úspěšné.

KLÍČOVÁ SLOVA

Poruchy autistického spektra, pervazivní vývojové poruchy, triáda postižení, motorický vývoj, motorická imitace, sebeobslužné dovednosti

ABSTRACT

The thesis deals with Autistic Spectrum Disorders in terms of their ethology and diagnostic criteria. The theoretical part further describes development of terminology of these disorders and historical concept of care of individuals with Autism. Included are also categories of disabilities and their symptoms. Another chapter discusses the specifics of self-help skills of children with Autism and characterizes motor development of preschool children with an emphasis on motor imitation, as one of the sub-kinetic abilities. The aim of the research work is to analyse the degree of influence of motor imitation on the development of self-help skills of children with Autism. It focuses on evaluation of the developmental level of the respondent's self-help skills and its development influenced by intensive imitation training. Determination of the actual developmental level allows easier orientation within self-help skills that can be practiced with the child. Their list is located in the attachments. Further research clarifies what techniques were the most successful during motor imitation training.

KEYWORD

Autism spectrum disorders, pervasive developmental disorder, triad of impairments, motor development, motor imitation, self-help skills.

Obsah

1 Úvod	7
2 Autismus.....	9
2.1 Autismus jako pervazivní vývojová porucha	9
2.2 Etiologie autismu.....	13
2.3 Symptomatika a specifické projevy chování.....	15
2.4 Diagnostika a klasifikace autismus	23
3 Sebeobslužné dovednosti u dětí s poruchami autistického spektra	30
3.1 Sebeobslužné dovednosti.....	30
3.2 Omezení v jednotlivých oblastech.....	32
3.2.1 Stravování a stolování	32
3.2.2 Oblékání	32
3.2.3 Hygiena – umývání a používání toalety	33
3.3 Podpora sebeobsluhy u dětí s autismem.....	33
3.3.1 Strukturované učení.....	35
4 Motorika u dětí s poruchami autistického spektra.....	41
4.1 Vývoj motorických schopností batolete a dítěte předškolního věku.....	42
4.1.1 Specifika motoriky u dětí s autismem	44
4.2 Imitace neboli nápodoba.....	46
4.2.1 Zvláštnosti v imitaci u dětí s autismem	49
5 Motorická imitace jako úspěšný činitel sebeobslužných dovedností	51
5.1 Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek	51
5.2 Volba metodologie výzkumu.....	52
5.3 Charakteristika výzkumného souboru	52
5.4 Metody sběru, analýza dat a popis šetření.....	53
5.5 Interpretace výsledků šetření	55

5.6 Závěry výzkumného šetření	78
6 Závěr.....	81
7 Seznam použitých informačních zdrojů	85
8 Seznam příloh.....	90

1 Úvod

„Autismus není nemoc, je to jiný způsob myšlení.“

(Vermeulen)

Heterogenita neboli různorodost je považována za jeden ze základních předpokladů lidské interakce. Ta v sobě zahrnuje komunikaci, percepci a empatii. Deficity v těchto oblastech jsou stěžejním znevýhodněním u osob s diagnostikovanou poruchou autistického spektra. Z toho vyplývá značné omezení v kontaktu s většinovou společností. Za posledních několik desítek let se výrazně zvýšil výskyt diagnózy, jejímž specifikem je výrazná komunikační bariéra a sociální izolovanost od okolního světa.

Možná největší bariérou, se kterou děti s poruchou autistického spektra a přeneseně i jejich rodiče, musí každodenně zápasit, je fakt, že v mnoha případech na první pohled nijak nevybočují z řady většinové společnosti. Přestože jejich „bytí“ není omezeno žádnou specifickou pomůckou, jako je vozík nebo bílá hůl, je právě odlišný způsob myšlení to, co jim neustále komplikuje život. Bezradnost a problémy se zvládnutím běžných a praktických úkonů pak v jejich podání působí jako neschopnost či nevychovanost.

Vývoj každého jedince probíhá ve všech etapách lidského věku odlišným způsobem. Závislost na péči od okolního prostředí však máme všichni společnou. Především na počátku a sklonu života je poskytována ve velké míře naprosto samozřejmě a přirozeně. Osoby s poruchou autistického spektra jsou vymezeni mimo jiné i sníženou soběstačností a samostatností i v dospělosti. Čím lépe se nám tedy podaří sebeobsahu v raném věku dítěte rozvinout, tím lepší předpoklad pro spokojený život mu dáme.

Práce je odrazem mého zájmu o děti s poruchami autistického spektra. Pochopit proč i přes veškeré úsilí věnované rozvoji některých oblastí v nich stále selhávají, může budoucí pokroky značně usnadnit. Jedná se především o oblast sebeobslužných dovedností, která ve vývoji často zaostává. Úkolem textu je mimo jiné představit souvislosti mezi oblastmi, které se podle nás významně ovlivňují. Jedná se o motoriku, konkrétně motorickou imitaci a sebeobslužné dovednosti. Cílem každého terapeuta, učitele, vychovatele a rodiče dítěte s autismem by mělo být zvládnutí těchto oblastí a zabránění izolace jedince.

Cílem teoretické části je seznámit čtenáře s odlišným vývojem zmíněných oblastí. Osvětlit terminologii autismu a blíže specifikovat jednotlivé symptomy, které nejspíše zapříčiňují výraznou rozmanitost a různorodost chování jedinců. Jednotlivé kapitoly poskytují ucelený pohled na klasifikaci, diagnostiku a etiologii poruch. Jedna z nich se zabývá výčtem a popisem specifík sebeobsluhy, s důrazem na předškolní věk. Poskytuje informace o tom, jakým způsobem lze sebeobsluhu u dětí úspěšně rozvíjet. Jedná se o metodiku strukturované učení. Na toto téma bylo provedeno nemalé množství výzkumů, které její úspěšnost potvrzují. Poslední kapitola teoretické části pojednává o motorickém vývoji a jeho specifikách u dětí s autismem. Podrobněji se věnujeme charakteristice motorické imitace, neboť je podle nás, i podle odborníků, neodmyslitelnou součástí sebeobsluhy. U dětí s autismem je dovednost motoricky napodobovat svého „učitele“ různou měrou zasažena.

Cílem výzkumného šetření je analyzovat míru vlivu schopnosti motorické imitace na rozvoj oblastí sebeobsluhy. Pomocí případových studií a edukačně hodnotícího materiálu práce stanovuje vývojovou úroveň jednotlivých respondentů. Výhodou může být poskytnutí přehledu, jaké úkony dítě zvládá, a které je naopak potřeba dále rozvíjet. Z ní následně vycházíme i při hodnocení úspěšnosti intenzivního nácviku motorické imitace, jako možného předpokladu rozvoje sebeobslužných dovedností. Veškeré výsledky shrnují vývojové grafy, kterými jsme chtěli poukázat i na případnou úspěšnost technik nácviku nápodoby.

2 Autismus

2.1 Autismus jako pervazivní vývojová porucha

„Pervazivní porucha zcela proniká osobností dítěte a výrazně mění jeho chování, možnosti socializace, vzdělávání atd“ (Valenta, M., et al 2014, s. 41).

Termín poruchy autistického spektra (PAS) nebo také pervazivní vývojové poruchy, v anglické terminologii Autism spectrum disorders (ASD), je zastřešujícím názvem pro širokou škálu symptomů několika autistických kategorií. Pojem pervazivní spočívá v tom, že poruchy zasahují vývoj osobnosti dítěte v mnoha směrech a do hloubky. Jedná se o oblast sociální, kognitivní, motorickou, komunikativní. U jednotlivých poruch jsou projevy různě závažné.

Autismus se jako těžká neurovývojová porucha manifestuje, neboli projevuje v raném věku. Že jde o poškození časně se vyvíjejícího nezralého mozku, zmiňují téměř všichni odborníci. Následkem toho mohou být částečné či celkové psychomotorické opoždění nebo různé kognitivně-behaviorální dysfunkce. Shodně se autoři vyjadřují i k problematice výskytu prvních symptomů neboli příznaků pervazivních vývojových poruch, které se mohou objevit již v kojeneckém období. Výrazněji se však symptomy začínají projevovat až před druhým rokem dítěte. Jde o jednu z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje (Vocilka, 1996; Jelínková, 2008; Thorová 2006, 2012).

Clercq (2007) v souladu s britskou lékařkou Wingovou uvádí, že autismus se jako pervazivní vývojová porucha projevuje kvalitativním narušením několika oblastí vývoje, které nazýváme triádou postižení. Wingová ji specifikovala v 70. letech. Jedná se o deficity v těchto oblastech: sociální interakci, sociálním chování, komunikaci, představivosti a hře. Analýza chování dítěte v těchto oblastech je základním předpokladem diagnostiky autismu.

Další náhled na PAS uvádí Jelínková (2008, s. 7): *„lidé s autismem žijí ve světě, kterému nerozumí nebo rozumí jen s obtížemi, ve světě, který je nechápe nebo chápe jen s obtížemi.“* Dovolila bych si zde namítnout, že nelze s určitostí tvrdit, že lidé s autismem nerozumí světu, ve kterém žijí. Držela bych se spíše toho, že rozumí obtížně, neboť např. naše projevy chování často nekorelují s tím, jaké výrazy tváře a postoje využíváme

v různém kontextu, což často znesnadňuje komunikační proces i mezi intaktními jedinci navzájem.

Dle Americké psychiatrické asociace (APA) a její IV. verze Diagnostického statistického manuálu (DSM-IV) z roku 1994, kterou zmiňuje Peeters (1998), je autistické postižení definováno jako kvalitativní postižení v sociálních vztazích, v oblasti komunikace a opakujícími se omezenými vzorci chování.

Jelínková (2008, s. 11) uvádí následující definici, se kterou souhlasí jak APA, tak Světová zdravotnická organizace (WHO), ve své mezinárodní klasifikaci (MKN) 10. revize z roku 1993: „jde o postižení, kdy vývoj jedince probíhá odlišným způsobem od jedince zdravého a kdy se postižení projeví ve všech oblastech života.“

Historický vývoj

Na otázku „Jak se jmenuješ?“ odpovídá „Natálka“.

„Jak se jmenuje tahle panenka?“ – „Natálka“.

„Co je na obrázku?“ – „Natálka“.

(výpověď rodiče dívky s autismem: Thorová 2012, s. 25)

Problematika autismu je známá bezmála sto let a zabývalo se jí mnoho odborníků. S tím také souvisí vymezení poruchy a náhled na etiologii autismu, která se v průběhu historie mění. Roku 1908 rakouský pedagog Heller popisuje diagnózu, která dnes nese název Jiná dezintegrační porucha v dětství. Podle Thorové (2012, s. 35), se jedná o „zvláštní stav, kdy i po několikaletém období normálního vývoje následuje prudká deteriorace v oblasti intelektu, řeči a chování.“ Tato porucha, která v minulosti nesla název Hellerův syndrom, je dnes spolu s ostatními autistickými poruchami zařazena do kategorie pervazivních vývojových poruch (F84) MKN-10.

Jako první přišel s pojmem autismus švýcarský psychiatr Bleuler, který se zabýval psychopatologií schizofrenie. V roce 1911 tak nazval jeden ze symptomů schizofrenní poruchy (Bleuler 1911 in Thorová 2012).

V roce 1942 neuropsychiatřička Benderová popsala v nejstarší veřejné nemocnici ve spojených státech, v Bellevue Hospital Center, klinický syndrom, který byl podle ní

vyjádřením dětské schizofrenie. Zřejmě právě tato událost odstartovala období, kdy byl autismus přímo spojován se schizofrenií.

Důležitým je rok 1943, kdy americký psychiatr Kanner na základě svých zkušeností z oboru pedopsychiatrie specifikoval skupinu dětí se stejnými klinickými projevy. Přestože se tehdy také domníval, že je autismus (z řečtiny – „autos“ – sám) příbuzný se schizofrenií, odlišoval ji především na základě projevů pozorovaných v pozdějším, nikoli raném věku. Jeho závěry pramenily ze sledování 11 dětí, u nichž odhalil několik společných znaků nepřiměřeného chování. Tyto charakteristiky nazval „extrémní autistickou osamělostí“ (Nesnítalová, 1995). Výběrem názvu pro tyto specifické samostatné poruchy, chtěl Kanner vyjádřit svoji domněnku, že tyto děti jsou pohroužené do svého vlastního světa, nejsou schopné lásky ani přátelství a jsou ve svém prožívání a chování zcela osamělé.

Ve stejné době jako Kanner ve své publikaci Autistické poruchy afektivního kontaktu, publikuje i vídeňský psychiatr Asperger svoji práci o autistické psychopatii, která se však za dlouhá desetiletí nedostala do povědomí široké veřejnosti. Zajímavostí je, že k definování dětí, které ve své disertační práci popisoval, použil podobného názvu jako Kanner. Dnes se již syndrom, který Asperger popsal, nazývá jeho jménem (Jelínková, 2008).

60. - 70. léta jsou popisována jako černé období v dějinách psychologie a psychiatrie. V roce 1960 publikuje Bettelheim svoji studii, kde vyjadřuje názor, že za autistickou poruchou stojí rodiče dětí, především jejich matky, kterým je vytýkána výchovná chladnost a odmítání dítěte (Richman, 2006). Thorová (2012) uvádí, že i Kanner se pod vlivem psychoanalytického hnutí začal zabývat myšlenkou zkoumání rodičovských charakteristik a jejich vlivem na vznik poruchy. Stejného názoru je i Vocilka (1996), který to nazývá psychogenní rodičovskou teorií. Ta ovlivnila i léčebný přístup k autismu. Dítě na základě těchto myšlenek bylo z „patologického“ prostředí rodiny odebráno. V psychiatrických léčebnách se pak používala medikace a psychoterapie, oproti tomu výchovná a vzdělávací intervence byla zcela odsunuta.

Jako první, kdo se otevřeně postavil proti těmto tvrzením, byl americký psycholog Rimland. Autismus definoval jako neurobiologickou poruchu organického původu a ve svém výzkumu prokázal, že rodiče autistických dětí se nijak neliší od rodičů dětí bez postižení (Rimland, 1962 in Thorová, 2012).

Následovaly behaviorální přístupy, které proslavil Pavlov a Skinner. S problematikou autismu je spojil Ferster. Teorie vycházejí z předpokladu, že přestože jsou určité psychické pochody vrozené (pudové), hlavní podíl na projevech chování mají reakce naučené či získané během života na základě zkušeností. Základní tezí tohoto přístupu je právě potlačení a odstranění nežádoucího chování a posilování chování vhodného. Z terapeutického hlediska je velice významný výzkum Lovaase. Na základě intenzivního behaviorálního tréninku bezmála dvou desítek dětí, prokázal, že pomocí této dnes nazývané ABA (Aplikovaná behaviorální analýza) metody, lze vrozené deficity zmírnit, případně zcela odstranit. ABA je v Americe v současné době uznávanou terapií autismu.

Situace v ČR týkající se přístupu a péče o děti s poruchami autistického spektra, se začala výrazně transformovat až po roce 1989. Výraznou osobností v oblasti podpory osob s PAS, byla u nás doktorka Nesnídalová. Svoje úsilí věnovala péči o dětské psychiatrické pacienty. V díle „Extrémní osamělost“, které přispělo k informovanosti široké veřejnosti, se věnovala Kannerově časnému - dětskému autismus.

Do popředí se dále staví nové výchovně-vzdělávací intervence a péče převážně medicínská a psychologická ustupuje do pozadí. Postupně dochází ke vzniku rodičovských asociací. Veřejnost je informovanější, protože začíná vycházet řada časopisů a publikací, konají se mezinárodní kongresy.

Díky dalšímu českému odborníkovi bylo v roce 1994 založeno občanské sdružení Autistik. Hlavní představitelkou se stala Miroslava Jelínková. Sdružení přispělo k rozvoji informovanosti o PAS zejména díky překladům publikací zahraničních autorů, vydáváním brožur pro rodiče a organizací přednášek. Čadilová, Žampachová (2008) dále uvádějí, že díky prvním přednášejícím u nás, kterými byli Schopler a Lansingová z divize TEACCH v USA, se do povědomí laické i odborné veřejnosti dostala metodika TEACCH programu – strukturované učení. Ta se následně stala v ČR hlavním intervenčním přístupem v péči o děti s PAS. Více o ní pojednává kapitola 3.3.1.

Mezi další české odborníky řadíme Miroslava Vocilku. Jeho zásluhou byly postupně zřizovány třídy pro děti s autismem a začala se organizovat poradenská péče. Se stále zvyšující se poptávkou po diagnostických a poradenských službách a s přibývajícím počtem dětí s diagnózou či podezřením na autismus, bylo nutné založení dalších

organizací. V Praze se v současné době jedná o speciálně-pedagogická centra Chotouňská, Vertikála, organizace Aut-centrum, C)T)A, Rain Man, Rett-community.

V roce 2000 vzniká v Praze Asociace pomáhající lidem s autismem (APLA), která postupně rozšiřuje svoji působnost do dalších regionů. V roce 2015 došlo ke změně právní formy asociace, kdy se ze spolku stal Národní ústav pro autismus, z.ú. (dále jen „NAUTIS“).

2.2 Etiologie autismu

„U dětí, které prodělaly nějakou infekci, jako zarděnky v těhotenství matky nebo herpes virus v prvních letech života, existuje zvýšené riziko vzniku autismus.“

(Gillberg, Peeters 1998, s. 54)

Teorie vzniku autismu prošly během posledních 80ti let značnými proměnami a zabývaly se jimi mnohé výzkumy. Odborníci se však shodují na jediném, že zcela zřejmou příčinu se doposud nepodařilo objasnit. Obvykle je vznik autismu považován za souhrn dědičných faktorů, s faktory organickými. Těmi jsou míněny různé prenatální vlivy a determinanty, které mají vliv na vývoj plodu nejen v jeho zárodečné fázi (Říčan, Krejčířová, 2006).

Jako další možnou příčinu vzniku uvádí odborníci metabolické poruchy organismu. Trávením bílkovin v trávicím traktu vznikají peptidy, které se krví dostávají do mozku a negativně ovlivňují činnost centrální nervové soustavy (Pipeková, 2010).

Dle mnohých odborných studií je na vině časné poškození vyvíjejícího se mozku a to již v embryonální fázi vývoje (Hrdlička, Komárek 2014). Komárek (2004) in Thorová (2012, s. 35) k tomu dodává: *„Postupný vývoj mozku v průběhu těhotenství je tak kaskádovitě narušen – od založení mozkového kmene, přes dysfunkci cerebelárně-limbických funkcí potřebných ke kódování přijímaných informací a intuitivní interaktivní časné učení.“*

Diskutovaná jsou i další prenatální, perinatální a časně postnatální rizika, mezi která řadíme komplikované, protražované porody, předčasné porody, asfyxie neboli přidušení dítěte pupečnickovou šňůrou, klešťové porody, střevní virózy, encefalitidy, vysoký krevní tlak matky v těhotenství, rubeola, diabetes, obezita, stres, alergie, imunitní poruchy, ale také vysoký věk rodičů. Všechny tyto faktory mohou stát za poškozením spánkového

laloku, mozečku, a mozkového kmene. Právě tyto oblasti bývají u osob s autismem nejčastěji postiženy.

Vocilka (1996, s. 55) se k etiologii PAS vyjadřuje následovně: „...poslední výzkumy násobí argumenty ve prospěch neurologické dispozice pro působení komplexních genetických faktorů.“ Tutéž myšlenku o autismu, jako o důsledku geneticky podmíněných změn v mozkovém vývoji, popisuje i Acosta (2003) in Thorová (2012). Již výzkumy ze 70. let v oblasti genetiky upozorňují na jistou genetickou spojitost s vývojovými poruchami obecně. Jako nejprokazatelnější se jeví příklady zkoumaných jednovaječných dvojčat a rodin, u nichž se autismus vyskytuje u několika sourozenců. Genealogické studie uvádějí u monozygotních neboli jednovaječných dvojčat dosažení téměř 70% shody. To platí i pro příbuzné prvního stupně, kam řadíme rodiče a jejich děti. Strunecká (2009, s. 36) k tomu dodává, že po celém světě je výzkumům ohledně genetické podmíněnosti PAS věnována obrovská pozornost. Popisuje příklad z Utahu, kde se vědcům podařilo získat možnost vyšetření šesti generací rodokmenu, kde byl u sedmi mužů autismus diagnostikován. „Bohužel, ani v takto definovaném a velmi těsně propojeném souboru geneticky blízkých osob s jednou poruchou se nepodařilo nalézt žádný společný kandidátní gen.“ Na vzniku autismu se mimo jiné podílí i mnohé další faktory včetně prostředí (Richman, 2006; Říčan, Krejčířová, 2006).

Velmi zajímavá je konspirační gastroenterologická teorie o vlivu očkování na vznik autismu. Očkovací látka thimerosal obsahující rtuť, která je součástí vakcíny proti tzv. trojkombinaci zarděnky, spalničky, příušnice, způsobuje zánět tlustého a tenkého střeva. Toxiny, které ve střevech vznikají, se krví dostávají do mozku, kde údajně způsobují autismus. Přestože tato teorie zvedla vlnu kritiky očkování obecně, mnohými výzkumy nebyla nikdy potvrzena Thorová (2006). Této teorii nasvědčuje fakt, že se v praxi stále více setkáváme s rodiči, jež jako hlavní příčinu prvotního znepokojení u dítěte, uvádějí právě očkování.

Jako hlavní příčiny jsou v dnešní době akceptovány vrozené abnormity mozkového kmene. Hovoříme tedy o neurobiologickém poškození v důsledku geneticky podmíněných změn. Osobně se domnívám, že za zvýšeným výskytem poruch v populaci mimo jiné stojí stále se zvyšující věk matek, škodlivé návyky rodiček, včetně nesprávné výživy a nevhodného chování v těhotenství.

2.3 Symptomatika a specifické projevy chování

„To nejcennější co člověk v životě má je jeho lidskost, jeho city, znalost sama sebe a schopnost navazovat s jinými lidmi kontakt.“

(Nesnídalová in Vocilka 1996, s. 9)

Říčan, Krejčířová (2006) a další zmiňují, že v minulosti se PAS řadily mezi psychotické poruchy (schizofrenie, schizotypní porucha, trvalé duševní poruchy s bludy, atd.). Existuje však rozpor mezi tím, že autistická porucha má obvykle začátek v útlém dětství a její projevy se zmírňují, nebo vývoj dítěte stagnuje, kdežto psychózy vznikají v pozdějším věku a jejich symptomy se naopak prohlubují nebo kolísají s občasnými atakami. Jakoukoli příbuznost autismu a psychotických poruch dnes vyvracejí i provedené studie, přestože projevy chování obou skupin jsou často podobné či zaměnitelné (Jelínková, 2008).

Dle Strunecké (2009) si mohou rodiče prvních příznaků povšimnout již kolem prvního roku života a kolem 18. měsíce už mohou být projevy v řadě případů bezpečně rozeznány. Richman (2006) mluví o tom, že první symptomy PAS se u dítěte obvykle objevují kolem 30. měsíce. Říčan, Krejčířová (2006) udávají jako počátek poruchy nejpozději 36. měsíc věku dítěte. Na rozdíl od ostatních Vocilka (1996) hovoří o nejmarkantnějším nástupu autistických symptomů u dětí ve věku tři až šest let.

Hrdlička (2004) in Bazalová (2014) popisuje dvojí nástup symptomů. Vývoj dítěte je od narození abnormální, objevují se různé projevy poruch. Ve druhém případě probíhá vývoj dítěte bez vnějších nápadných projevů a odchylek, postupně dojde k vývojovému regresu. Ten může být izolovaný na některou z dílčích dovedností nebo zasáhnout všechny či většinu oblastí vývoje. S tímto nástupem poruchy se v praxi setkávám nejčastěji. Rodiče popisují vývoj dítěte zhruba do dvou let jako bezproblémový, nevykazující žádné vývojové odchylky. Během následujících několika měsíců dochází u dítěte ke stagnaci vývoje nebo ke ztrátě již naučených, získaných schopností a dovedností.

Manifestace projevů PAS je velmi různorodá (heterogenní). U každého jedince se vyskytují v různé intenzitě. Vocilka (1996, s. 11) uvádí: *„Klasické symptomy jsou vždy přítomny, avšak dodatečné charakteristiky se kombinují rozmanitými způsoby, což vysvětluje polymorfismus syndromu.“*

V rámci poruch se můžeme setkat s dětmi zcela bez řečového projevu, avšak s výbornými kognitivními a percepčními dovednostmi nebo naopak s jedinci, kde je řeč zachována, ale chybí komunikační záměr. Setkáváme se s dětmi s různou mírou inteligenční vybavenosti, od těžkých mentálních postižení, až po nadprůměrné inteligenční schopnosti. Podobně je to i v oblasti sociálních dovedností. Thorová (2012, s. 32) k tomu dodává: „*tíže symptomatiky tvoří kontinuum od jednoznačně a plně vyjádřené symptomatiky přes hraniční projevy, se kterými se setkáváme u lidí blížících se normě, až po jedince, kteří trpí jinou, mnohdy závažnou poruchou.*“

Nejčastěji se v literatuře objevuje dělení pozorovatelných abnormalit (symptomů) ve třech oblastech vývoje, pomocí „autistické triády“. Jedná se o narušení sociální interakce, komunikace (verbální i neverbální) a zvláštnosti v chování, zájmech a hře. Poslední oblast triády je někdy nazývána jako imaginace neboli nedostatky v představivosti (stereotypní okruh zájmů). Koeficient výskytu symptomů z těchto tří oblastí tvoří základ mnohých diagnostických technik.

Následující výčet projevů jednotlivých diagnostických kategorií pochází z *Katalogu posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb* z roku 2012, který byl vypracován pro žáky s poruchami autistického spektra a je shodný s popisem symptomů publikace *Psychologická diagnostika u žáků s poruchami autistického spektra ve speciálně pedagogických centrech*, vypracované v roce 2006 Institutem pedagogicko-psychologického poradenství ČR. Pro doplnění byl použit i aktuální materiál z roku 2015 od autorů Čadilová, Žampachová a kol., *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění*.

a) narušení sociální interakce

- neschopnost či neadekvátnost interakce
- špatné porozumění neverbálnímu chování a neschopnost jej správně používat
- narušená schopnost a minimální iniciativa navazovat přiměřené sociální kontakty
- omezená schopnost empatie
- egocentričnost

- desorientace v sociálních situacích /vztazích
- potíže s nápodobou

b) narušení komunikace

- obvykle opožděný vývoj řeči
- užívání řeči pouze k uspokojení vlastních potřeb
- řeč obvykle bez komunikačního záměru
- časté slovní repetice, echolálie (opakování slov bez pochopení významu), perseverace (nutkavé, ulpívavé opakování slov)
- nepřirozené, pedantické vyjadřování
- hyperrealismus
- potíže v neverbální komunikaci
- špatný či žádný oční kontakt a nesdílení pozornosti s osobami
- problémy v paralelních instrukcích (více instrukcí najednou)

c) narušení představitivosti, chování, hry

- obtížné přisuzování/přiřazování významu slov ke slovům slyšeným
- obtížné pochopení symbolů
- problémy v analogii a aplikaci (přenášení informací a schopností z jedné situace do druhé)
- ztížená schopnost až neschopnost improvizace
- ulpívavé, omezené zájmy
- repetitivní projevy v chování
- stereotypní pohyby, manýrismy (nutkavé stereotypní pohyby celého trupu nebo částí těla, končetin, prstů)
- fixace na předměty, typy osob, různá slovní sdělení
- bizarní zájmy
- motorická neobratnost, nepraktičnost
- smyslová hyper- nebo hyposenzibilita (zvýšená nebo snížená přecitlivělost)
- encyklopedické a akademické zájmy

Oblast sociální interakce

Již v raném věku dítěte s PAS si lze povšimnout zvláštního, nekonzistentního nebo omezeného zájmu o kontakt s druhými lidmi. Právě to rozděluje sociální chování u osob s PAS do 4 základních skupin, které jako první popsala v roce 1979 Wingová. V souladu s ní uvádí Thorová (2012) a Jelínková (2008) kategorizaci PAS podle převažujícího typu sociálního chování:

➤ typ osamělý (uzavřený)

- obtížně vytváří vztahy uvnitř společenství, nevyhledává útěchu, je samotářské
- je odtažitý, projevuje minimální nebo žádnou snahu o fyzický kontakt (mazlení, chování)
- může být výbušný a impulzivní jako reakce na změnu rutiny
- nejeví zájem o komunikaci s vrstevníky ani s dospělým
- neprojevuje separační úzkost
- obvykle je neempatický (ničí hračky, je agresivní), reakce a usměrňování dospělých nemá vliv na jeho projevy chování

➤ typ pasivní

- neinicuje téměř žádný kontakt ani hru, je-li k němu vyzváno, příliš se nebrání
- z kontaktu má malé potěšení
- disponuje omezenou schopností sdílet radost a další pocity s ostatními
- často je bezbranný, může být snadným terčem šikany
- obtížně sděluje své potřeby
- je neempatický
- komunikaci využívá především k uspokojení svých zájmů a potřeb
- poruchy chování se u něj projevují méně často

➤ typ aktivní (zvláštní)

- velmi aktivní, až hyperaktivní
- v interakci příliš spontánní
- sociálně dezinhibovaný (dotýká se, líbá či hladí cizí osoby), nedodrhuje intimní vzdálenosti

- snaží se zapojit do rozhovoru, avšak jeho nekonečné monology či nepříjemná témata a opakované otázky často odrazují komunikační partnery
- v konverzaci převládají jeho intenzivní zájmy (pervazivní a ulpívavé dotazování)
- přehnaně gestikuluje
- objevuje se sociálně obtěžující chování (problematické chápání společenských pravidel)

➤ typ formální (afektovaný)

- dobré vyjadřovací schopnosti, řeč je strojená, příliš formální
- precizní vyjadřování
- chladné, konzervativní chování
- pedanticky dodržuje pravidla, obsesivní touha po jejich dodržování
- doslovně chápe slyšené, potíže s ironií, žertem
- encyklopedické zájmy
- sociálně naivní

Podle tohoto dělení jsou projevy chování velmi různorodé, a jak dodává Jelínková (2008), nelze toto rozdělení brát naprosto přesně. U dítěte se mohou objevovat charakteristické projevy z různých typů kategorizace. Z tohoto důvodu Thorová (2012) doplňuje ještě pátou kategorii - typ smíšený (zvláštní). Pro něj je typické velmi nesourodé sociální chování, které se vyznačuje prvky osamělosti a velmi zvláštními projevy v sociálním kontaktu.

Přes výše uvedená narušení sociálního chování, mají děti s autismem zájem o kontakt s prostředím. Mají snahu zapojit se do společenského života, pouze jinými prostředky. Je pro ně obtížné navazovat přiměřené vztahy založené na zcela běžných a zřejmých zásadách a stejně tak je pro ně komplikované pojmenování a chápání emocí. Obtížně vnímají rozdíly ve výrazech obličeje, jež vyjadřují různé emoce. Z toho vyplývá, že dítě těžko přizpůsobí své chování emoci partnera. Jelínková (2008) zdůrazňuje, že se nejedná o emoční egoismus, ale problém kognitivní nepružnosti. Uvádí také, že odborníci někdy tento fenomén nazývají sociální slepotou.

Oblast komunikace

Potíže spočívají především v uvědomění si, že jazyk je nástroj ke sdělování informací a ovlivňování prostředí. S tím souvisí i omezená schopnost adekvátním způsobem používat neverbální prostředky komunikace, jako jsou mimika, gesta, postoj těla, hlasová intonace a další. Je-li řeč u jedince rozvinuta, často nemá komunikační záměr (Jelínková, 2008).

Mezi lidmi s PAS najdeme jedince, u nichž nedošlo k rozvoji expresivní ani receptivní řeči, ale také osoby mluvící plynule, s bohatou slovní zásobou a správnou gramatickou stránkou. Potíže u nich mohou spočívat především v oblasti sociální komunikace, jak popisuje Thorová (2012, s. 32): *„mají problémy porozumět významu neverbální komunikace, nejsou obratné v konverzaci, mají tendenci mluvit zabíhavě, monotematicky a neumí přizpůsobit formu komunikace sociálnímu kontextu.“* Obtížně chápou ironii, metafory a časté je nedostatečné porozumění humoru. Řeč u některých jedinců vykazuje několik zvláštních znaků – pedantické a doslovné chápání řečeného, zaběhlé fráze, spisovné vyjadřování.

O něco problematičtější je komunikace pro osoby s narušením receptivní i expresivní složky řeči. Důležitý výchovně-vzdělávací aspekt u nich představuje nalezení vhodné formy alternativní a augmentativní komunikace (AAK). Odborné publikace v češtině jako nejvíce využívaný systém uvádějí PECS (Obrázkový výměnný komunikační systém) a VOKS (Výměnný obrázkový komunikační systém). Komunikační strategie jsou založeny na stejném principu, pouze VOKS více rozvíjí větnou stavbu a dovoluje klást otázky. Moje zkušenost však hovoří spíše ve prospěch dynamických vizuálních forem komunikace, jako je znakovaná čeština či znak do řeči.

Komunikační proces osob s autismem znesnadňuje i fakt, že děti obtížně rozlišují prozodické faktory řeči, gesta a mimiku. Mezi prozodické faktory patří melodie, rytmus, tempo, přízvuk.

Oblast představivosti, chování, hry

Nedostatek představivosti a fantazie se projevuje mimo jiné v řešení úkolů flexibilním a komplexním způsobem. Symbolické a námětové hry mají velmi chudý průběh a charakter, nejen díky vrozenému nedostatku fantazie. Hračky jsou v podstatě symboly

a děti těžko chápou jejich skryté. Upřednostňují hry založené na zrakových, sluchových a hmatových podnětech. S předměty a hračkami obvykle manipulují vlastním způsobem.

Hra je obsahově chudá, rutinní. Staví předměty do řady, kulaté hračky roztáčí, pozorují je z různých stran a úhlů, dávají je do pusy. Poslouchají zvuky, které hračky vydávají, pozorují tekoucí vodu, padající předměty. Často dochází k destruktivnímu chování, které může pramenit z nepochopení funkční podstaty hračky (Jelínková, 2000).

U střídavých nebo také kolektivních her se objevují potíže s čekáním, až na ně přijde řada. Často se do her odmítají zapojit, jsou pasivní, snaží se ze situace uniknout. Průběh hraní u dětí s PAS závisí na typu dítěte dle převažujícího sociálního chování. U aktivního typu je riziko nevhodného narušování průběhu hry. Objevují se neadekvátní výstupy, snaha na sebe upoutat pozornost. Týmová aktivita je komplikovaná z důvodu narušení sociálních dovedností. Nízká míra zapojení se, sdílení společného zájmu, nepochopení či naopak pedantické dodržování pravidel, brání těmto dětem účastnit se kolektivních her bez podpory dospělého.

Do této oblasti triády řadíme kromě představivosti a hry i stereotypní a rituální chování, které je někdy obtížné odlišit od mimovolných tiků. Jedná se o plácání rukama, třepání prsty před obličejem, kývavé a točivé pohyby celým tělem. Jelínková (2008) mluví o stereotypech v oblasti zájmů, jako je sbírání a shromažďování různých předmětů, či jejich částí. Tento druh rituálního chování se objevuje spíše u osob s vysoce funkčním autismem.

Další specifické projevy chování a myšlení

Poměrně frekventované je chorobné ulpívání na zaběhlém pořádku a neměnnosti systému. Jelínková (2008) mezi další projevy poruch autistického spektra zařazuje potíže v chápání významu abstraktních slov, v intuitivním jednání, ve spontánním osvojování si dovedností na základě zkušeností. Většinu dovedností se musí dítě explicitně (přímo) naučit. Obtížně chápe rozmanitost jednotlivých významů slov a neumí je prakticky převést do přirozených situací. Typické je přísně realistické vnímání předmětů. Tzn. obtížné vnímání toho, co mohou některé předměty symbolizovat. Osoby s PAS jsou tedy závislé pouze na informacích, které jim zprostředkuje jejich smyslové vnímání. Odborně se toto nazývá hyperrealismus. Přímou spojitost s výše popsaným má následující citace Jelínkové (2008,

s. 22): „Je zcela zřejmé, že lidé, kteří mají omezené (doslovné) vnímání a jsou extrémně vázáni na realitu, mají nesmírné problémy s chápáním symbolů. Problém je v tom, že společnost je na symbolech závislá, v našem světě jsou věci jen zřídka tím, co vidíme.“

V oblasti percepčních poruch zmiňuje Thorová (2012) odlišnosti ve vnímání, na které poukazoval již Kanner. Jedná se o přecitlivělost (hypersenzitivita) nebo naopak malou citlivost (hyposenzitivita) na smyslové podněty. Problémy se objevují ve zrakové, sluchové i hmatové percepci. Může jít o zvýšenou citlivost vůči určitým zvukům, materiálům, světelným podmínkám, atd.

Profesorka Uta Frith popsala a nazvala další oblast, ve které osoby s PAS selhávají. Jelínková (2008) tzv. “teorii mysli“ popisuje jako schopnost uvědomovat si, porozumět a interpretovat vnitřní stavy mysli ostatních a tomu přizpůsobovat své jednání. Jde o pocity, myšlenky, potřeby, záměry.

Ve výčtu problémových oblastí u osob s PAS nesmíme opomenout generalizaci neboli zevšeobecnování. Jedná se o omezenou možnost spontánního zobecnění získané dovedností. Stručně řečeno, dítě neví, že již nabytou schopnost/dovednost může pružně a flexibilně využít v různých situacích.

V oblasti myšlení se projevují deficity ve schopnosti vnímat celky a chápat jejich funkci. Jelínková (2008) k tomu dodává, že pokud chybí např. malý detail k pochopení určité záležitosti, člověk může být zmatený. Často vyhledává různé stereotypní, rigidní prostředky, kterými svět tzv. kontroluje. Může se jednat o dovírání zásuvek, manipulaci se světlem, elektronikou či jiné přerovnávání a úpravy ve vzhledu prostoru, ve kterém se pohybuje. Objevuje se tzv. nepružnost myšlení. Při narušení rituálů pociťují napětí, strach, paniku, což se navenek může projevit např. agresí, vztekem.

Jelínková (2008) dále popisuje narušenou schopnost využívat získané zkušenosti pro určité záměry a cíle, což se odborně nazývá exekutivní funkce. Ty zajišťují pružné reagování na podněty z okolí a hledání optimálního řešení v dané situaci. Jelínková vedle toho charakterizuje tzv. tunelovou pozornost. Pozornost je zaměřena pouze na objekt zájmu, nebo oblast zájmů. V případě, že chybí motivace, mají osoby s PAS značné problémy s udržením pozornosti žádoucím směrem.

Velmi problematická je oblast fyziologických procesů. Jak uvádí Čadilová, Jůn, Thorová (2007), děti vykazují značné potíže se spánkem. Řada rodičů tento fenomén řadí na samotný vrchol náročnosti péče o dítě s autismem. Obvyklé jsou poruchy spánkového cyklu, kdy dítě v noci téměř nespí, nebo se často budí, vyžaduje pozornost, je aktivní, hlučné, nebo dlouho usíná.

2.4 Diagnostika a klasifikace autismus

„Mně se ulevilo, když mi řekli tu diagnózu.

*Byla jsem strašně šťastná, že vím, co to je, že s tím můžu konečně začít něco dělat,
protože předtím jsem nevěděla nic.“*

(výpověď matky dítěte s autismem in Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009, s. 99)

Diagnostiku PAS provádí klinický psycholog či psychiatr. Vyloučení jiných nemocí a poruch s podobným klinickým obrazem má za cíl diferenciální diagnostika. Podle Říčana, Krejčířové a kol., (2006) se jedná především o vyloučení schizoidní poruchy u dětí, úzkostné poruchy, poruchy učení, řeči a schizofrenie. Ta má obvyklý začátek v pozdějším školním věku, ovšem existují i výjimky se začátkem poruchy ve věku předškolním. Z tohoto jasně vyplývá zásadní význam interdisciplinárního týmu odborníků a jejich spolupráce.

Základem klinického vyšetření je anamnestické šetření rodiny, odhalení doby nástupu příznaků a pozorování dítěte. PAS se vždy diagnostikují na základě přítomnosti určitého počtu symptomů ve sledovaných oblastech. Ty se liší v síle a intenzitě projevů.

Velmi důležitým prvotním mapováním je screening, který se zaměřuje na projevy chování. To se týká především pediatrů, učitelů, psychologů. Jedná se o dotazníky, které nejsou náročné na administraci, a k jejich používání není zapotřebí speciální trénink. O něco přesnější výsledky v detekci autismu mají posuzovací škály a semistrukturované dotazníky. Zde již je zapotřebí absolvování tréninku s využíváním konkrétního diagnostického nástroje. Následuje výčet diagnostických materiálů, které se pro tyto účely využívají.

CHAT - Checklist for Autism in Toodlers (Baron-Cohen et al., 1992)

Jde o nejčastěji doporučovanou screeningovou metodu k rané detekci autistických projevů, určenou pro pediatry či rodiče, která se používá při běžném pozorování dětí. Obsahuje dvě sekce, z nichž jednu využijí rodiče a druhou pediatr, při preventivní prohlídce v 18 měsících. Výhodou je její rychlá administrace. Proti tomu ovšem stojí fakt, že mnohými výzkumy bylo potvrzeno, že nedokáže podchytit mírnější formy autismu. „*Děti, které byly později diagnostikovány atypickým nebo Aspergerovým syndromem, test v 18 měsících věku zvládly*“ (Filipek, 1999 in Thorová, 2012, s. 270).

CARS – Childhood Autism Rating Scale, Škála dětského autistického chování (Schopler, Reichler, 1988)

Škála byla vypracována týmem odborníků na univerzitě v Severní Karolině, v rámci programu TEACCH. Jedná se o poměrně rychle administrovanou a vyhodnocenou metodu, která orientačně určuje i závažnost poruchy. Tato semistrukturovaná posuzovací škála má 15 položek, které jsou hodnoceny na čtyřstupňové stupnici podle intenzity projevů v konkrétní oblasti. Není to metoda určena pro diagnostiku, ale pouze pro screening. „*Nevýhodou škály je její malá spolehlivost*“ (Sponheim a Spurkland, 1996 in Hrdlička, Komárek, 2014, s. 92).

DACH – Dětské autistické chování (Thorová, 2003)

Český screeningový orientační nástroj k depistáži PAS, určený rodičům dětí, u kterých vzniklo podezření na poruchu v rámci spektra. Formou dotazníku rodiče hodnotí 10 oblastí, v celkově 74 položkách. Dotazníkové šetření není časově náročné a týká se dětí od 18 měsíců do pěti let. Pozitivní či hraniční výsledky odkazují rodiče k dalšímu vyšetření na diagnostickém odborném pracovišti. „*Dosavadní výzkum prokázal jednoznačnou schopnost dotazníku diskriminovat mezi vývojovými obtížemi, které jsou specifické pro poruchy autistického spektra, a jinými vývojovými obtížemi*“ (Thorová, 2012, s. 277).

ADI-R – Autism Diagnostic Interview-Revised (Lord et al., 1994)

Časově náročnější, nicméně v současnosti nejlépe ověřené komplexní schéma, založené na strukturovaném rozhovoru s rodiči dětí, které mapuje všechny oblasti vývoje již v raném věku a detailně se věnuje popisu doby nástupu poruchy a jednotlivým příznakům

(Hrdlička, 2008, srov. Říčan, Krejčířová a kol., 2006). Jeho nevýhodou je velká časová náročnost na administraci. Hodnotí všechny oblasti autistické triády (Thorová, 2012).

ADOS – Autism Diagnostic Observation Scale (Lord et al., 1989; DiLavore et al., 1995)

Jedná se o standardizované pozorování a aktivní pobízení dítěte ke spolupráci, které je založené na videozáznamech. Obsahuje několik modulů, které odlišují testované jedince podle komunikačních a sociálních dovedností. Je proto vhodný pro všechny, u kterých došlo k podezření na PAS. Z důvodu své náročnosti vyžaduje metoda vyškoleného odborníka.

TPBA – Transdisciplinary Play-Based Assessment (Linder, 1990)

Základem této metody, která je vhodná pro využití u dětí od 6 měsíců, je hodnocení dítěte na základě pozorování hry. Jde o kvalitativní škálu, která je zaměřena na symbolickou hru, aktivitu dítěte při hře, sociální aspekty hry, role dítěte při hře a její analýza v kolektivu (Hrdlička, Komárek, 2014).

PEP-R – psychoedukační profil, revidované vydání (Schopler, Reichler, Bashford, Lansingová, Marcus)

Jedná se o speciálně-pedagogický diagnostický nástroj pro stanovení vývojového profilu dítěte, jehož výsledky vytváří podklad pro intervenci. Původně se jednalo o psychoedukační profil PEP, z roku 1979, který byl několikrát revidován a na jehož základě byl vytvořen profil PEP-R. U nás nebyl doposud standardizován a je nedílnou součástí vzdělávacího programu TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children, což je americký celostátní program pro výchovu a vzdělávání dětí s autismem. PEP-R je určeno pro děti od šesti měsíců do sedmi let. Obsahuje sedm sledovaných oblastí. Schopnosti a dovednosti v těchto oblastech jsou hodnoceny pomocí manuálu (Čadilová, Žampachová, 2008).

Opekarová, Šedivá (2006) rozdělují diagnostické metody podle oblastí triády, na kterou se testy zaměřují. Výše uvedené škály a techniky řadí autorky do skupiny metod pro získávání dat o dosažené úrovni sociální interakce. Úrovni imaginace a představivosti se věnují např. B-G test (Benderová, 1974), Číselný čtverec (Jirásek, 1975, 2005), DOI

(Jirásek, 1953), HISKEY (Marshall a kol., 1966) a další. Mezi metody pro získávání dat o chování patří test ABC (Krug a kol., 1980), ASQ (Berument a kol., 1999), GESSEL (1947) a další. Součástí diagnostiky je i zjištění úrovně mentálních schopností dítěte, což je doménou psychologů. Jako nástroje k vyšetření se používají standardizované testy WISC a další vývojové škály např. dle Gesella a Bayleyové (Hrdlička, 2008).

Pro zcela přesné a objektivní zjištění poruchy je nutné využít pokud možno co nejvíce dostupných diagnostických a posuzovacích materiálů. Vyšetření je nutné s dostatečným časovým odstupem zopakovat. Nezřídka se v praxi setkáváme s dětmi velmi nízkého věku, u kterých je zpočátku symptomatika PAS výrazná, postupem času však slábne nebo zcela vymizí. Takové případy jistě nejsou ojedinělé.

Klasifikace

PAS lze klasifikovat dle kritéria:

- *medicínského (Dětský autismus, Rettův syndrom, Jiná dezintegrační porucha v dětství, atd.)*
- *funkčního (vysoce funkční – bez postižení intelektu, středně funkční – lehké a středně těžké mentální postižení, nízkofunkční – těžké a hluboké mentální postižení);*
- *adaptability (vysoká, střední, nízká)*
- *sociálního (osamělý, pasivní, aktivní - zvláštní, formální, smíšený - zvláštní, dva póly: osamělý a extrémní)*

(Bazalová, 2014, s. 40, srov. Bazalová, 2011, 2012, Thorová, 2006, 2012)

Typ poruchy z hlediska kritérií se obvykle uvádí společně s medicínskou diagnózou. V praxi se nejčastěji setkáváme s dětmi s dětským autismem, obvykle středně funkčním či nízkofunkčním a podle typu sociálního chování s osamělým či pasivním.

V současné době jsou známy dva manuály, ve kterých se nachází rozdělení poruch do jednotlivých kategorií. Jedná se o verze mezinárodních systémů nemocí. Prvním z nich je Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické společnosti DSM-V., který v roce 2013 nahradil původní verzi DSM-IV. z roku 1994 a dalším je Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. revize Světové zdravotnické organizace WHO.

Nejvýznamnějším rozdílem původního DSM-IV. a MKN-10. je počet kategorií poruch. MKN-10. uvádí osm kategorií PAS na rozdíl od DSM-IV. Ta ve svém diagnostickém manuálu neuvádí např. atypický autismus, se kterým se u nás v praxi velice často setkáváme. Uvádíme srovnání manuálu DSM-IV. Aktualizovaná DSM-V. je v české odborné literatuře zatím nedostupná.

Dle MKN-10 a jejích diagnostických kritérií z roku 1992, jsou poruchy autistického spektra řazeny do V. kapitoly s názvem *Poruchy duševní a poruchy chování*. Vedle dalších poruch psychického vývoje, se PAS uvádí pod číslem F84. Do této kategorie řadíme Dětský autismus (F84.0), Atypický autismus (F84.1), Rettův syndrom (F84.2), Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3), Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4), Aspergerův syndrom (F84.5), Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8), Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84.9) Hrdlička, Komárek (2004); Thorová (2012).

Dětský autismus má v porovnání s ostatními pervazivními poruchami relativně vysokou prevalenci a tvoří jádro poruch autistického spektra. Projevuje se kvalitativním narušením sociální interakce, komunikace a hry s omezenými stereotypními vzorci chování. V praxi to znamená výrazný nezájem o kontakt s lidmi, slabá odpověď na emoční projevy, opožděný vývoj řeči, výrazný deficit v oblasti hry a fantazie, dominující obsedantní lpění na rituálech a rozsáhlý repertoár motorických návyků. Velmi častou komorbiditou je epilepsie a mentální postižení. „*Konečná náprava v psychosociální oblasti je u tohoto syndromu velmi omezená, většina postižených zůstává závislá na ostatních i v dospělosti*“ (Jelínková, 2008, s. 58).

Zachycení dětí s **Aspergerovým syndromem**, kterým je obvykle stanovena diagnóza až při trvalém selhávání ve školním prostředí, se věnuje nejrozšířenější screeningový nástroj Australian Scale for Asperger Syndrome (Attwood, 1998 in Říčan, Krejčířová a kol., 2006). Strunecká (2009) tyto jedince charakterizuje jako průměrně až nadprůměrně inteligentní, s vysoce vyhraněným zájmem pro určitou oblast. Obtíže v komunikaci a řeči jsou méně výrazné, avšak s různými zvláštnostmi. Typický je značně nerovnoměrný vývoj všech oblastí.

V posledních letech se velice často setkáváme s poruchou, u níž nebyla zcela naplněna kritéria pro dětský autismus, a která se i od ostatních PAS liší četností i nástupem

autistických projevů. Objevují-li se další charakteristické abnormality ve vývoji, hovoříme o **Atypickém autismu** (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Rettův syndrom, jehož prevalence je ve srovnání s jinými poruchami poměrně nízká (udává se 6-7/100 000 osob), se vyskytuje pouze u dívek. Jedná se o progresivní genetickou aberaci, kdy klinický obraz tvoří charakteristická ztráta funkčních pohybů ruky s dalšími netypickými pohyby rukou a celkovým regresem ve vývoji. Komplikací syndromu jsou epileptické záchvaty a těžké formy mentálního postižení. Prognóza nebývá optimistická, většina z postižených se v průběhu nemoci stává zcela imobilními (Jelínková, 2008; Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Ještě vzácnější než Rettův syndrom, je v odborné literatuře popisována **Jiná dezintegrační porucha v dětství**. Hovořili jsme o ní v první kapitole jako o diagnóze, kterou již v roce 1908 popsal rakouský pedagog Heller. Dle diagnostických kritérií MKN-10. i DSM-IV. je pro poruchu typický začátek kolem druhého roku věku dítěte a nezaměnitelným příznakem je prudká a rychlá progresivní ztráta již získaných dovedností. Výzkumy v této oblasti také ukazují, že i přes nízký počet zkoumaných dětí, byla prokázána větší míra poškození mentálních funkcí, než je tomu u jiných autistických poruch (Wiener, 1997 in Hrdlička, Komárek, 2014).

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby zahrnuje dle diagnostických kritérií MKN-10. nejméně dva symptomy z oblasti těžké motorické hyperaktivity a alespoň jeden symptom z výčtu opakujícího se, stereotypního chování. Další podmínkou je snížení mentálních schopností v pásmu středně těžkého, těžkého či hlubokého mentálního postižení a téměř žádné narušení sociálních dovedností, typických pro PAS. Porucha současně nesplňuje diagnostická kritéria pro další vývojová postižení, především pro dětský autismus, dětskou dezintegrační poruchu a hyperkinetickou poruchu (Thorová, 2012).

Shrnutí

Poruchy autistického spektra výrazně narušují mentální vývoj dítěte ve všech oblastech. Přes genetické predispozice, prenatální vlivy, abnormality hemisfér, je však přesná etiologie neboli příčina autismu stále nejasná. Vzhledem ke značné heterogenitě symptomů dělíme poruchy do několika diagnostických kategorií. Mezi ně patří např. Dětský autismus,

Aspergerův syndrom, Atypický autismus či Rettův syndrom. V oblasti diagnostiky dochází v průběhu posledních desítek let k velkému rozvoji. Stále však u nás nejsou některé nástroje standardizované. K největšímu zachycení PAS slouží screeningové metody, využitelné již v raném věku dítěte. Prognóza poruch je značně různorodá. Zatímco jedinci s Aspergerovým syndromem dokáží v dospělosti žít poměrně samostatný a plnohodnotný život, osoby s dětským autismem či těžší formou jiné poruchy spektra, jsou po zbytek života odkázány na pomoc druhých.

3 Sebeobslužné dovednosti u dětí s poruchami autistického spektra

*„Většina mého života mi připadá jako video,
jako nekonečný soubor pohyblivých obrázků, které pozoruji,
ale nemůžu zasáhnout do děje.
Svět se přede mnou mění, ale já jsem od něj oddělena sklem.“
(výpověď ženy s Aspergerovým syndromem: Lawson, 2008, s. 11)*

3.1 Sebeobslužné dovednosti

„Sebeobsluha je nedílnou součástí funkčních schopností každého jedince a jejich uplatnění v běžném životě“ (Čadilová, Žampachová, 2010, s. 8). Rozvoj samostatnosti je nezbytnou součástí výchovy a vzdělávání dětí obecně. Oblast sebeobsluhy se dříve nebo později stává hlavní prioritou rodičů i vychovatelů. Nedostatky v jejím zvládnutí mohou bránit v úspěšném zapojení jedince do společnosti a ovlivňovat míru jeho nezávislosti. Zvládnutí těchto dovedností pomáhá dítěti s jeho sebepojetím a posiluje sebevědomí (Straussová, 2012).

Sebeobsluhou obecně chápeme dovednosti zaměřené na péči o vlastní osobu. V anglické terminologii se setkáváme s termíny ADL - Activities of Daily Living nebo DSL – Daily Living Skills. Sebeobslužné dovednosti mají úzkou spojitost s jemnou a hrubou motorikou. Patří sem činnosti spojené s hygienou, kam řadíme udržování čistoty, samostatné používání toalety a umývání, dále oblékání a obouvání a stravování. Oblast zahrnuje stolování, přípravu k jídlu, přípravu pokrmů, udržování čistoty při jídle.

Jaké jsou příčiny selhávání v těchto oblastech? Straussová (2012) popisuje neporozumění sociálním interakcím a nepochopení toho, proč by se určité konvence měly dodržovat. Jedná se o konvence v oblékání. K tomu dodává Jelínková (2008, s. 139), že děti s autismem *„nemají teorii mysli, neumí se na sebe podívat očima někoho jiného, nevnímají, jak zanedbaný vzhled působí na jiné lidi, postrádají v péči o vzhled sociální motivaci, neumí se přizpůsobovat společenským pravidlům.“*

O další možné příčině selhávání v sebeobsluze hovoří Straussová (2012) jako o neschopnosti opírat se o imitaci. Dítě má problémy s nápodobou svého okolí. S tím souvisí i potíže v oblasti představitosti, konkrétně s představou svého vlastního těla

(propriocepce). Jedná se o deficity ve funkci senzoričského systému. Patří sem i funkční nedostatky vestibulárního systému, který je odpovědný za rovnováhu a vnímání pohybu. Udržuje svalový tonus a umožňuje efektivní pohyby těla (Čadilová, Žampachová, 2010).

U dětí s autismem pozorujeme sníženou motivaci k sebeobslužným úkonům. Tomu napomáhá i fakt, že jim rodiče věnují leckdy přehnanou péči. Obvykle se v praxi setkáváme s uspěchaností a nedůsledností. Straussová (2012) zmiňuje zajímavý fenomén, který se opírá o nadlidskou šikovnost dítěte při překonávání různých překážek, kdy je silně motivované a chce dosáhnout žádoucího cíle. Proti tomu stojí fakt, že v oblasti sebeobsluhy může být velice „nešikovné“. Neumí se obléknout, nechá se nakrmit, atp.

Jedním z dalších důvodů pro obtížné zvládnání sebeobslužných dovedností u dětí s PAS je dle Straussové (2012) narušená oblast komunikace. Nejde o potíže v řečové produkci, ale o sníženou ochotu k interakci s dospělými. „*Aby se vyhnulo nutnosti komunikovat, aby nemuselo druhé o nic žádat*“ (s. 19). Příčinou mohou být i deficity v receptivní složce řeči (rozumění). Nerozumí-li dítě nebo rozumí s obtížemi, může být kupříkladu kresba nejsrozumitelnější cestou jak mu sdělit, co po něm žádáme. Tyto obtíže mohou souviset i s nepružností myšlení u dětí s PAS, o kterém již byla řeč výše. Uveďme si konkrétní případ. Dítě ve známém prostředí již ví, která činnost nebo pokyn bude následovat v kontextu situace, která je mu známá. Oproti tomu v novém prostředí i se stejnou instrukcí často selhává. Neví, co se od něj očekává.

Schopler, Lansing, Waters (2000) uvádí, že dlouhodobá závislost na pomoci jiných, představuje pro všechny pečující osoby nejen velkou časovou zátěž, ale především stresovou situaci. V současnosti je na trhu několik metodik a odborných publikací, které se nácvikem sebeobsluhy u dětí s PAS zabývají. Všechny se ale shodují v tom, že by tato oblast neměla být zanedbávána. Budeme-li se bavit o dětech raného a předškolního věku, jedná se především o hygienické návyky, oblékání a stolování. Specifické potíže v jednotlivých dovednostech popisuje následující podkapitola.

3.2 Omezení v jednotlivých oblastech

*„Čím lépe se člověk dokáže o sebe postarat v základních sebeobslužných činnostech, tím více je zachována jeho intimita a soukromí“
(Čadilová, Žampachová, 2008, s. 151)*

3.2.1 Stravování a stolování

Percepce v oblasti smyslových vjemů u dětí s PAS může vykazovat známky hyposenzitivity či hypersenzitivity. Jedná se o přecitlivělost nebo naopak otupělost smyslových vjemů. V oblasti stravování se jedná o percepci chuťovou, čichovou a hmatovou. Problémy se mohou objevit ve vnímání konzistence pokrmu, jeho barvy, chuti, vůně. Proč se tato problematika odráží v sebeobslužných dovednostech? Pokud dítě není k jídlu motivované a má výraznější obtíže v přijímání pokrmů, nemůžeme po něm chtít, aby zvládlo dovednosti spojené s přípravou jídla a stolováním. Řešením je v tomto případě vizualizace, která je jedním ze základních principů strukturovaného učení. Např. může dítěti vizuálně znázornit (rozkreslit, nafotit) z čeho se jednotlivé pokrmy skládají (Straussová, 2012).

Problematická je tzv. rigidita stravovacích návyků, kdy dítě vyžaduje sezení na stále stejném místě, pije pouze z kojenecké lahve, jí z talíře určité barvy nebo se odmítá stravovat v cizím prostředí. Nácvik správného používání příboru a další manuální úkony zavádíme teprve tehdy, máme-li zvládnuté stravovací návyky. Straussová, Knotková (2011) doplňují potíže s udržení dítěte u stolu nebo problémové chování při jídle. Nevhodné je houpání na židli, vstávání a odbíhání od stolu, jezení rukama, křik, apod.

3.2.2 Oblékání

Problémy v této oblasti mohou spočívat jednak v motorické neobratnosti dítěte, ale i v deficitech myšlenkových procesů. Dítě kupříkladu neví, že při oblékání kalhot je nutné se posadit. Obvykle stojí a čeká na verbální instrukci. Při svlékání kalhot potřebuje informaci, že se začíná od přezůvek (Straussová, 2012). Proces oblékání vyžaduje jednak schopnost rozfázovat činnost na jednotlivé kroky a poté správné provedení dílčích úkonů. To může komplikovat narušená koordinace nebo specifická vývojová porucha zvaná dyspraxie. Říčan, Krejčířová (2006, s. 178) ji charakterizují jako „*motorickou neobratnost*

v různých specifických oblastech.“ Jak dodává Pipeková (2006), tato porucha obratnosti se může projevit i při jiných denních činnostech. Děti mohou mít pomalé pracovní tempo s četnými komplikacemi (nešikovnost, neupravenost, nechůť k motorickým činnostem, atd.).

Obtíže v oblasti oblékání zahrnují dále omezenou schopnost přizpůsobit oděv povětrnostním podmínkám a ročnímu období. Bývají závislé na pomoci druhých i v celkové úpravě zevnějšku. Setkáváme se také se stereotypními návyky, kdy dítě vyžaduje oblečení pouze určité barvy, nesnese dlouhé rukávy, jsou mu nepříjemné určité materiály. Časté je také odmítání nového či čerstvě vypraného oblečení. Opakem jsou děti, které na sobě nesnesou ušpiněný či mokrý kus a bez ohledu na vhodnost situace jsou schopné se svléknout i na veřejnosti.

3.2.3 Hygiena – umývání a používání toalety

U dětí s nízkou funkčností autismem nebo s výraznějším omezením mentálních schopností, bývá nejčastěji řešenou otázkou nácvik používání toalety. Většina těchto jedinců však zůstává trvale na plenách. Rigidita se v této oblasti projevuje tím, že jedinci vykonávají potřebu pouze na nočník nebo chodí na toaletu doma a odmítají jít na toaletu v neznámém prostředí. Častá je nesnášenlivost koupání či sprchování. Opakem jsou děti, které vodu aktivně až nadměrně vyhledávají.

Obecně je u dětí s PAS obtížné dodržování základních hygienických návyků. Jedním z důvodů může být zvýšená smyslová senzitivita. Některé děti nesnesou mytí rukou mýdlem, umývání vlasů, stříhání nehtů, utírání toaletním papírem či smrkání do kapesníku. Na správné provádění úkonů spojených s hygienou může mít vliv i specifická vývojová porucha motorické funkce. Dítě např. není schopno pustit vodu, použít mýdlo, spláchnout toaletu, použít ručník, apod.

3.3 Podpora sebeobsluhy u dětí s autismem

„Opravdová samostatnost dítěte je taková, při které je schopné fungovat samo, bez přítomnosti další osoby, bez asistence, bez doprovodu“ (Straussová, 2012, s. 8). K tomuto

chceme dítě přivést. Pro správný nácvik a rozvoj těchto oblastí je důležité dodržování některých kroků. Budeme se jimi dále zabývat.

Samotnému nácviku dovedností by měla předcházet podrobná analýza problémů, kterým chceme věnovat pozornost. Rada odborníků směřuje ke stanovení priorit. Na čem chceme pracovat nejdříve? Jaké chování chceme odstranit? Jaké se vyskytují limity z hlediska dítěte? Rodičům může pomoci stanovit si dopředu plán, jaké dovednosti začneme procvičovat a jaké pro nás naopak v danou chvíli nejsou důležité.

Mezi neformální pravidla podpory sebeobsluhy řadí Richman (2008) postupné redukování verbální podpory. Na ní se děti s PAS mohou stát závislé a činnost vykonávat pouze po vybídnutí, přestože je již plně fixovaná. Míra dopomoci dítěte by se měla postupně zmenšovat. Začínáme s maximální dopomocí, která zahrnuje fyzickou manipulaci, psychickou a verbální stimulaci a motivaci. Jednotlivé fáze podpory postupně opouštíme až k maximální samostatnosti dítěte. Zde je důležité podotknout, že každé dítě má díky svým různě závažným specifickým potřebám dané limity. Je tedy nutné ke každému přistupovat individuálně. Neméně důležité je při nácviku používat stále stejný postup, abychom dítěti dali více možností, jak si jej zapamatovat (Richman, 2008).

Nácvik podporujeme systémem odměn a dalších technik podmiňování. Motivace je jedním ze základních předpokladů nácviku. Měla by být natolik intenzivní, aby dítě kvůli ní bylo ochotné změnit svoje chování a naučit se nové dovednosti. Existuje několik způsobů, jak děti odměňovat. I ty však musíme s dětmi nejprve natrénovat. Odměňujeme tím, co je pro dítě velmi silným stimulem. Může se jednat např. o činnost, hračku, pohádku, jídlo.

Při nácviku je velmi zásadní pravidelnost. Nácviky by se měly stát každodenní součástí domácího i školního rozvrhu (Schopler, Lansing, Waters, (2000). Mimo přirozené situace je lze provádět u stolu jako tzv. „krabicové úkoly“. Pomocí nich trénujeme dílčí úkony (zavazování tkaničky, zapínání knoflíku), které po zvládnutí aplikujeme do přirozených situací.

Podpoře sebeobsluhy u dětí s autismem se v současnosti věnuje několik publikací. Pro ilustraci uvádíme některé z nich: *Výchova dětí s autismem*, *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra*, *Strukturované učení*, *Sebeobslužné a praktické dovednosti*. Zde je možné nalézt rady odborníků, jak si s tímto náročným úkolem, jakým sebeobsluha bezesporu je, poradit. Některé z publikací nabízejí i speciální analýzy a strukturování jednotlivých úkonů. Jejich rozfázování a postupný nácvik nám může trénink výrazně usnadnit. Z mého pohledu je přínosná i Hanáková publikace *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Několik jejích kapitol se zabývá podrobným nácvikem jednotlivých dílčích úkonů spojených se sebeobsluhou.

Za zmínku stojí také kniha *Výukové aktivity pro děti s autismem*, jejíž autory jsou Schopler, Lansing a Waters. Obsahuje velké množství činností a aktivit, které byly prezentovány na širokém vzorku dětí s autismem. Příklady činností jsou využitelné jak v domácím prostředí, tak určené pro práci odborníků a terapeutů. Publikace nabízí aktivity rozdělené podle funkčních oblastí a podle vývojové úrovně dítěte. Tu stanovíme podle přehledného „návodu“ a dle ní vhodně vybíráme aktivity, které chceme trénovat. Jednotlivé dílčí úkoly obsahují výčet pomůcek a podrobný postup nácviku dovednosti. Najdeme zde např. metodiku nácviku používání lžice, pití z hrnku nebo oblékání jednotlivých součástí oděvu.

3.3.1 Strukturované učení

„Využití strukturované výuky jako intervenční strategie je základem TEACCH programu od jeho zavedení v polovině šedesátých let“ (Schopler, Mesibov, 1997, s. 217). TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicaped Children) vznikl v Severní Karolině jako celostátní program pro Výchovu a vzdělávání dětí s autismem a dětí s příbuznými poruchami komunikace, který pod vedením týmu odborníků uskutečňovali především rodiče v domácím prostředí. Jeho základem jsou behaviorální a kognitivně-behaviorální intervence, které jsou zaměřeny na vnější, ale i vnitřní změnu podmínek učení, chování a myšlení jednotlivce (Schopler, Lansing, Waters, 2000; Čadilová, Žampachová, 2008).

Základem metody strukturovaného učení je uplatňování principů individualizace, strukturalizace a vizualizace, přičemž se řídíme základním pravidlem, kterým je systém

práce zleva doprava a shora dolů. Čadilová, Žampachová (2008, s. 29) popisují důležitost tohoto pravidla u osob s PAS následovně: „*umožní jim to lepší pochopení pohybů vlastního těla, zvládnutí rutiny zvýší také jejich schopnost porozumět instrukcím, usnadní jim organizaci pracovních činností, zvýší schopnost předvídatelnosti v čase i prostoru a umožní jim aktivnější učení se novým dovednostem.*“

Individualizace

Poruchy autistického spektra zahrnují širokou symptomatiku, která se odráží v různorodosti a variabilitě projevů. Jejich pochopení a respektování principu individualizace, by mělo výrazně přispívat k úspěšnému vzdělávání a socializaci dítěte. Individuální přístup v sobě zahrnuje následující aspekty: detailní poznání jedince, individuální řešení problémů, přizpůsobení intervenční terapie, komunikace, motivace, využívání speciálních pomůcek, přístupů, metod, práce s jedincem v individuálním vztahu, s vhodnou volbou úloh, upraveného prostředí, atp. Podle Čadilové, Žampachové (2008) by respektování individuálních potřeb a zohlednění konkrétního jedince mělo vést k úspěšné intervenci.

Strukturalizace

Struktura neboli členění poskytuje větší přehlednost situace či konkrétního sdělení. U osob s PAS dokážeme s její pomocí zajistit větší pocit jistoty, bezpečí a neměnnosti. Stručně řečeno jde o umožnění jedincům lépe se orientovat v čase a prostoru a pružněji reagovat na změny, se kterými se každý běžně setkáváme. Struktura poskytuje odpovědi na otázky „kdy, kde, jak, proč, jak dlouho?“ (Čadilová, Žampachová, 2008).

Deficit v oblasti prostorové orientace u dětí s autismem vyrovnává **struktura prostoru**. Ta napomáhá k lepší předvídatelnosti, kde vykonávat jednotlivé základní činnosti během dne jako jsou stravování, oblékání, mytí, práci, hru. Přispívá také k vyšší míře samostatnosti, nezávislosti a adaptaci v novém prostoru.

Struktura pracovního místa zajišťuje vyšší kontrolu a úspěšnost při vzdělávání dětí, které selhávají především z důvodu poruchy pozornosti, soustředění nebo mají těžší typ mentálního postižení. S tím také úzce souvisí **struktura činností**, která, pokud je správně

nastavená, napomáhá k objasnění abstraktních aspektů plnění úkolů. Mezi ty patří časové údaje o tom, jak dlouho a jakým způsobem má dítě zadaný úkol plnit. Přehledné uspořádání nabízí tzv. krabicové úkoly, úlohy v deskách, v pořadačích a pracovní sešity.

Časovou orientaci a konkretizaci zajišťuje **struktura času**. Odpovídá na otázky „kdy“ a „jak dlouho“. Umožňuje snadnější přechody mezi jednotlivými činnostmi. Z důvodu dílčích deficitů především ve verbální komunikaci, mají děti s autismem potíže v respektování požadavků rodičů, pedagogů či systému obecně. Výsledkem náhlého přerušení činnosti může být problémové chování. Tomu předchází tzv. režim dne. Jedná se o „vizualizovaný sled jednotlivých činností během dne, který je tvořen režimovými symboly. Jsou to symboly, které znázorňují jednotlivé činnosti“ (Čadilová, Žampachová, 2008, s. 27).

Vizualizace

Většina dětí s PAS má dobré vizuální vnímání, které je předpokladem pro uplatnění principu vizualizace. Prolíná strukturou času, prostoru a jednotlivými činnostmi. Kupříkladu vizualizovaná pracovní schémata pomáhají odpovědět na otázku „jak dlouho“ a „jak“.

Čadilová, Žampachová (2008) zmiňují výhody vizualizace u osob s PAS:

- pomáhá pochopit a udržet informaci
- objasňuje verbální instrukci
- napomáhá ke snadnější interpretaci informace
- zvyšuje flexibilitu a poskytuje schopnost pružněji reagovat na změnu situace
- usnadňuje nezávislosti a napomáhá rozvíjet samostatnost
- zvyšuje sebevědomí
- je cestou k zažívání úspěchu

Při nácviku sebeobsluhy u dětí s autismem se princip vizualizace uplatňuje v užívání procesuálních schémat. Proto jim bude na tomto místě věnována větší pozornost.

Procesuální schémata (forma vizualizace činností)

Jedná se o pomůcku, jejímž principem je vizuální rozkreslení jednotlivých kroků činnosti. Jelikož děti s PAS selhávají v procesu plánování, je pro ně obtížné pochopit následnost dějů, ze kterých se úkony skládají. Schémata poskytují návod, jak na sebe jednotlivé činnosti navazují. Důležitou podmínkou pro orientaci ve schématech je schopnost rozumět obrázkům a chápání následnosti děje (Straussová, 2012). Tyto dovednosti trénujeme pomocí dějových obrázků posloupností, případně úkoly s tématem příčina x následek.

Na otázku proč podpořit sebeobsluhu procesuálními schématy odpovídá Straussová (2012, s. 24) následovně: „určitě jsme si všimli, že dítě s PAS rozumí až s určitou latencí – s určitým časovým odkladem. Dítě na pokyn sice reaguje, ale až např. po 20 až 30 vteřinách, což už je výrazná prodleva.“ Obvykle nejsme běžně zvyklí čekat na reakci dítěte po takto dlouhou dobu. Z toho můžeme leckdy mylně usuzovat, že dítě pokynu neporozumělo, jelikož nereagovalo. Máme tendence začít instrukce doplňovat, uchylujeme se k novým dalším iniciativám, poskytujeme fyzickou dopomoc. Pokud naučíme dítě aktivně využívat vizuální schémata, míra naší verbální a fyzické dopomoci se zúží na minimum a my se během doby, kdy se dítě samostatně obléká, můžeme věnovat vlastní činnosti. S tím souvisí i fakt, že děti s autismem preferují spíše vizuální podněty, před lidským hlasem. Je pro něj tedy srozumitelnější a snazší řídit se vizualizací, než verbální instrukcí.

Dalším důvodem pro aktivní využívání schémat v praxi je možnost opřít se o vizuální paměť. Ta je u dětí s PAS obvykle na velmi dobré úrovni. Užívání vizualizace snižuje míru stresu a eliminuje vztekání. Dítě obvykle snáze přijme informaci např. o návštěvě lékaře vizualizovanou formou, než jako verbální instrukci.

Při nácviku práce se schématy pracujeme podle zmíněného pravidla řazení zleva doprava a shora dolů. Formu vizualizace volíme s ohledem na individuální potřeby dítěte. Jedná se o obrázky, fotky, piktogramy od jednoduchého provedení až po nejsložitější. Rozlišujeme několik typů schémat. Jde především o to, k jakým účelům má být využito. Základní dělení procesuálních schémat nabízí Čadilová, Žampachová (2008). Dělí je na schémata

předmětová, obrazová a psaná. Toto dělení se spíše než k účelu váže k tíži postižení dítěte. Psaná forma procesuálního schématu je vhodná u dětí, které čtou s porozuměním.

Základem je vždy volný prostor, kam lze schéma umístit. Mělo by být v dohledné vzdálenosti a také dosahu. Jednotlivé obrázky lepíme buď na zeď či nábytek nebo použijeme systém se suchými zipy, kdy dítě z lišty odebírá obrázky postupně tak, jak je plní. Dalším způsobem, jakým lze pracovat se schématem, jsou kartičky zavěšené na kroužku na krku pomáhající osoby. Aktuální karta je vždy nahoře a postupně karty přetáčíme.

Jedním z obecných principů práce s dětmi s autismem je využívání pokud možno všech smyslových vjemů. Ty se snažíme zapojit i do nácviku využívání schémat. Dítě se na obrázky nejen dívá, umožníme mu i přímý hmatový kontakt. Vše by mělo být doprovázeno slovem. Pomocí smyslového vjemu lze především v tréninkové fázi upoutat pozornost dítěte. K tomu Čadilová, Žampachová (2008) doplňují vhodnost pořízení videozáznamu prováděné aktivity. Opakovaným přehráváním a zaznamenáním jednotlivých kroků lze nácvik podpořit.

V praxi předškolního zařízení pro děti s PAS k podpoře sebeobsluhy využíváme nejčastěji rozfázovaný postup oblékání, stolování a umývání rukou po toaletě. V případě stolování jde konkrétně o předmětové schéma, u oblékání využíváme barevné obrázky připevněné suchým zipem na skříňku a při nácviku hygienických dovedností uplatňujeme piktogramy. V tomto případě však nelze vždy zcela zajistit princip individuálního přístupu, neboť většina školních prostor pro hygienu je výrazně omezena svou velikostí.

Shrnutí

Mezi dovednosti sebeobsluhy u předškolních dětí řadíme oblast oblékání, stravování a hygieny. Cílem nácviků v oblasti sebeobsluhy je dosáhnout u dítěte co největší samostatnosti a nezávislosti. Jednou z hlavních zásad je najít u dítěte vnitřní motivaci a jakýmkoli způsobem posilovat žádoucí chování. Mezi další zásady řadíme rozfázování činnosti do jednotlivých kroků, pravidelnost nácviku a postupné odebírání podpory, kterou dítěti přirozeně poskytujeme. Účinnou cestou pro nácvik sebeobslužných dovedností u dětí

s PAS je trénink pomocí procesuálních schémat. Pokud pracujeme metodou strukturovaného učení, měli bychom respektovat principy strukturalizace, vizualizace, individualizace.

4 Motorika u dětí s poruchami autistického spektra

„Janě je šest. Několik měsíců se zdálo, že její vývoj je v pořádku.

Nyní často skřípe zuby, ručičky má stočené před sebou a kromě krouživého pohybu a občasného šermování před obličejem je vůbec nepoužívá.

Od svých pěti let dokáže chodit s oporou, ale většinu času tráví na vozíku.“

(výpověď rodiče dívky s Rettovým syndromem: Thorová, 2012, s. 24)

Motorika je souhrn pohybových předpokladů člověka, který je řízený centrální nervovou soustavou. Zajišťuje schopnost manipulace s předměty, koordinovaný pohyb těla, přemísťování, polohování a hybnost jednotlivých tělních částí.

Pohybové dovednosti mají instrumentální charakter. To znamená, že usnadňují poznávání. Přesněji řečeno, jsou jejím prostředkem (Vágnerová, 2012). Současně jsou jednou ze základních lidských potřeb. Správný pohybový vývoj je kromě genetických faktorů ovlivňován vnějším prostředím, které dítěti poskytuje řadu podnětů. Ty jej stimulují k vykonávání pohybů a k uspokojení potřeby zvědavosti.

Motorické kompetence se rozvíjejí kefalokaudálním a proximodistálním směrem. „*Od hlavičky k dolním končetinám a od pohybů celé končetiny k jemnějším pohybům např. paže, ruky a prstů*“ (Goldfield, 2000 in Vágnerová, 2012, s. 80). Mezi další principy vývoje motorických kompetencí řadíme princip funkční asymetrie, individualizace, autoregulace, schopnost retence a eliminace. Poslední dva jsou z psychologického hlediska velmi významné. Retence je označením pro udržení něčeho, setrvání někde a jejím opakem je eliminace. Zahrnuje pohyby způsobené svalovou aktivitou a patří sem tendence zahodit, pustit - předmět, opustit – místo nebo činnost (Vágnerová, 2012).

Pohybové dovednosti slouží k dosažení mnoha důležitých aspektů. Jejich výčet uvádí Vágnerová (2012): k uchopování a manipulaci, k samostatné lokomoci, jako prostředek k poznávání okolí, k uspokojování potřeb stimulace a aktivity, ke zpřesňování tělesného schématu, atd. Kromě toho je správný motorický vývoj základním předpokladem sebeobsluhy.

Motoriku dělíme na grafomotoriku, jemnou a hrubou motoriku, motoriku mluvidel a vizuomotoriku. Ta zahrnuje koordinaci oko-ruka, senzomotoriku a kromě toho Bazalová (2014) připojuje ještě lateralitu neboli rovnoměrné využívání párových lidských orgánů.

Naše práce pojednává o vlivu motorické imitace na sebeobslužné dovednosti u dětí s autismem. Budeme proto věnovat pozornost motorice jemné a hrubé. Tu zajišťují velké svalové skupiny. Jedná se o souhrn aktivit člověka, pomocí kterých se pohybuje, ovládá držení těla, rovnováhu a koordinuje horní i dolní končetiny. U jemné motoriky se jedná o pohyby malých svalových skupin, mezi které Bazalová (2014) řadí horní končetiny, mimické svalstvo a mluvidla. Motorika mluvidel se odborně nazývá oromotorika a uplatňuje se v expresivní řeči a dýchání.

Motorický vývoj dítěte od jeho narození je velmi náročná a obsáhlá tematika, která si zaslouží detailní pozornost samostatné kapitoly. Proto se zde zabýváme vývojem motoriky od batolecího věku po věk předškolní. Ten je pro účely naší práce stěžejní.

4.1 Vývoj motorických schopností batolete a dítěte předškolního věku

Motorický vývoj dítěte prochází od narození mnoha mezníky. Jedním z nich je např. počátek batolecího období, kdy dochází ke vzpřimování dítěte.

Dle Monatové (2000) má zdokonalování motoriky vliv na celkový fyzický, intelektuální a emocionální vývoj. Jako hlavní znak tělesného a duševního zdraví uvádí autorka činnost dítěte.

Období batolete – hrubá motorika

Dle Langmeiera, Krejčířové (2006) začíná toto období prvními samostatnými krůčky dítěte, které představují zásadní změnu v poznávání okolí. Dítě kolem 12. měsíce nachází nový, účinnější způsob lokomoce, než lezení. Z nejisté počáteční chůze, se kolem 15. měsíce stává chůze jistější, stále však balanční a strnulá. Chůze do schodů s oporou za jednu ruku nebo s přidržováním zábradlí. Do té doby schody zdolávalo lezením.

Mezi prvním a druhým rokem dochází k objevení nových dovedností. Jedná se o odhazování předmětů a kopání do míče. Schopnostem však ještě chybí záměr i cíl a pohyby jsou značně nekoordinované (Matějček, 2005). Kolem druhého roku dítě překonává menší překážky. Překročí práh, umí jít po nerovném terénu, zvládá poskoky snožmo na místě a seskočí z menší překážky. Běh je již koordinovaný, bez častých pádů.

Mezi druhým a třetím rokem se rozvíjí schopnost udržet rovnováhu. To se projevuje např. chůzí po špičkách (Matějček, 2005). Na konci období batolete, kolem třetího roku

života, by mělo dítě zvládnout jízdu na tříkolce a schody nahoru i dolů střídáním nohou bez pomoci, stát na jedné noze a skákat.

Mezi důležité aspekty věku řadí odborníci schopnost regulovat vyměšování. Pro tuto dovednost je stěžejní ovládnání dvou funkcí svěračů, tj. retence a eliminace (Langmeier, Krejčířová, 2006; Monatová, 2000).

Období batolete – jemná motorika

V oblasti jemné motoriky dochází k poměrně rychlému zdokonalování a zpřesňování pohybů rukou. Jak uvádí Langmeier, Krejčířová (2006), tento vývoj se projevuje především v uchopování, upouštění a manipulování s předměty. „*Upustit předmět záměrně a přesně je obtížný úkol, jeho splnění vyžaduje složitou souhru neuromuskulárních funkcí*“ (s. 73). Po prvním roce se pohyb nezáměrného odhazování předmětů přeměňuje na pohyb záměrný. Matějček (2005) to nazývá uvolňováním úchopu. Díky tomu je dítě schopno postavit dvě kostky na sebe. Kolem 18 měsíce již stavba věže nečiní dítěti potíže, kolem druhého roku staví i složitější konstrukce.

Zdokonalování pohybů rukou a prstů je odrazem počátku snah o první kresbu dítěte. Zatímco na začátku batolecího období manipuluje s tužkou stejně jako s jinými předměty, o necelý rok později jde o úsilí napodobit tvar a směr. Předtím se jednalo o náhodné a hrubé pohyby přesahující rámec papíru. Ve třech letech by mělo dítě napodobit kříž a kruh.

Období předškolního věku – hrubá motorika

Některé publikace nazývají předškolní období jako „věk mateřské školy“. Langmeier, Krejčířová (2006) však poukazují na nevhodnost tohoto označení. Důvodem je hledisko, že ne všechny děti ve věku tří let začínají navštěvovat předškolní zařízení. V tomto věku by rodina stále měla být základem, na kterém mateřská škola pouze staví a napomáhá v dalším rozvoji. Krom toho Matějček (2005) poukazuje na terminologický problém, kdy termín *předškolní* naznačuje, že se jedná o přechodné období předcházející nástupu do školy. „*Z hlediska vývojové psychologie je to jinak. Dnešní poznatky dokládají, že to vůbec není období přechodné, nýbrž velká vývojová epocha, samostatná a svébytná*“ (s. 139).

Změny ve vývoji motoriky nejsou v tomto věku již tolik nápadné. Spíše je charakterizuje neustálé zdokonalování a zlepšování pohybové koordinace. Oproti tříletému dítěti, které chodí zcela bezpečně po rovině i nerovném terénu, padá jen zřídka a schody zvládá bez pomoci, čtyřleté ze schodů běhá, skáče, leze po žebříku, skáče na jedné noze, odhazuje a koordinovaně chytá míč po vzoru dospělých. Díky stále se zdokonalující rovnováze se některé děti naučí jezdit na kole, plavat, lyžovat.

Tělesná zdatnost, vyspělost a koordinace pohybů má zásadní význam pro soběstačnost dítěte. Dochází k výraznému osamostatnění v oblasti oblékání. Potřebuje mírnou pomoc s výběrem vhodného oblečení a zavázáním tkaniček. Narůstající soběstačnost se projevuje i v dalších dovednostech sebeobsluhy. Dítě se dokáže samo najíst, umýt ruce, s malou pomocí zvládá toaletu a koupání (Langmeier, Krejčířová, 2006; Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol, 2008).

Období předškolního věku – jemná motorika

Zdokonalování zručnosti se projevuje při různých hrách a výtvarných činnostech. Velké vývojové pokroky jsou patrné v kresbě. Díky koordinovanějšímu ovládnutí ruky napodobuje různé směry čáry, ovládat kresbu křížku a v dalších letech i čtverec a trojúhelník. Kresba postavy vykazuje výrazné změny v proporcionalitě, i provedení. Na konci předškolního období kolem šestého roku obsahuje mnoho detailů. Vyspělost jemné motoriky mu dovolí bezpečně zacházet s nůžkami (Matějček, 2005).

4.1.1 Specifika motoriky u dětí s autismem

Vývoj motorických dovedností může u dětí s PAS probíhat v normě. Oproti tomu někteří rodiče uvádějí opožděný motorický vývoj jako první příčinu znepokojení. Mezi abnormity vývoje Thorová (2012) řadí zvýšené (hypertonie) či snížené (hypotonie) svalové napětí a výraznou neobratnost, která se ve větší míře vyskytuje u jedinců s Aspergerovým syndromem.

Vocilka (1996) jako další motorické abnormity uvádí pohybový neklid a poruchy percepčně-motorické koordinace. K tomu dodává Thorová (2012): „*U některých dětí bývá neurologem diagnostikována centrální porucha koordinace.*“ Ta se odráží ve zvládnutí úkonů v oblasti jemné i hrubé motoriky.

Motorické dovednosti mohou být nerovnoměrné. Časté jsou výrazné problémy s učením nových dovedností, v pozadí bezproblémového zvládnutí zautomatizovaných pohybů. V praxi se setkáváme s dětmi, které jsou na první pohled velmi neobratné, nicméně v oblasti zájmů dokáží vynaložit velké úsilí, aby něčeho dosáhli. Na nerovnoměrný vývoj má dle Thorové (2012) vliv motivace dítěte, pedagogické nácviky a vedení rodičů.

Kromě toho se u dětí s PAS setkáváme s řadou stereotypních a bizarních pohybů. Ty mohou mít nejen rušivý vliv na vykonávání většiny aktivit, ale především mohou zapříčinit nesprávný fyzický vývoj dítěte. Jejich stručný výčet podává Čadilová, Jůn, Thorová (2007, s. 16): „*Chodí po špičkách, třepe prsty, kroučí rukama v zápěstích, ruce nastavuje do zvláštních poloh, otáčí se dokola, opakuje tleskání a poskakování. Může se vyskytnout zvláště nachýlená chůze, stereotypní stimulační sebezraňování (bouchání hlavou, ťukání a plácání se do částí těla nebo částmi těla, vyštipování kůže).*“ Z výčtu bych zdůraznila chůzi dítěte po špičkách, která je bohužel velmi frekventovaná a neměla by být přehlížena. Velmi vhodná je včas zahájená ortopedická péče.

Pohyby, které se objevují, je-li dítě rozrušené, nervózní nebo výrazně zaujaté, nazýváme jako autostimulační chování. Pro některé děti je stereotypní chování jedinou činností, kterou dokáží vyplnit svůj volný čas. Mezi pohybové stereotypie řadíme i abnormální manipulaci s předměty. Thorová (2012) objasňuje existenci tohoto chování pomocí čtyř teorií:

- 1) autostimulační funkce k udržení duševní rovnováhy
- 2) autostimulační funkce k odstranění tenze (napětí) a redukce úzkosti
- 3) autostimulační funkce jako naučené, pozitivně či negativně posílené chování
- 4) autostimulační funkce jako následek chemických procesů v mozku (tzv. biologická teorie)

Osobně se mi jako nejpravděpodobnější jeví první dvě uvedené teorie. Se stereotypiemi k odstranění a redukci úzkostí se zcela jistě setkává každý, kdo má v péči dítě s autismem. Objevuje se tehdy, když je jedinec vystaven vyšší míře stresu a napětí nebo naopak velké radosti. Kromě stereotypií se mohou vyskytovat i tikové poruchy, které nejsou ovlivnitelné vůlí a lze je jen velmi těžko potlačit (Thorová, 2012).

Švejcar (1954) in Vocilka (1996) popisuje rozdílnost vztahu dětí k pohybovým aktivitám a dle tohoto kritéria je dělí do 3 skupin: hypermobilní, normomobilní a hypomobilní. Děti

s autismem se vyznačují spíše hypermobilitou, která je charakteristická vysokou potřebou pohybu. Běh u dětí s PAS také vykazuje mnoho abnormit. Působí trhaně, neplynule, horní a dolní končetiny nespolupracují.

Schopler, Reichler, Lansing (2011, 87) uvádějí jako nejčastější nedostatky v oblasti hrubé motoriky „*nedostatek energie a síly svalů, nedostatek ovládní rovnováhy, neobratnost při zdolávání překážek a špatné ovládní rychlosti a síly.*“

Prognóza vývoje motorických dovedností u dětí s PAS je přesto poměrně optimistická. Ke zhoršování vývoje obvykle nedochází. K tomu Schopler, Reichler, Lansing (2011) dodávají, že motorické dovednosti jsou u dětí s PAS obecně nejméně zasaženou oblastí. Výjimkou jsou jedinci s Rettovým syndromem, u nichž v průběhu několika let dochází k výrazné ztrátě některých motorických schopností. Především se jedná o úchopovou funkci ruky.

4.2 Imitace neboli nápodoba

„Nápodobou se učí savci i lidé, dítě ji potřebuje ke svému úspěšnému vývoji. Pomáhá mu ke snadnému startu do života, k učení se novým dovednostem a získávání zkušeností“ (Straussová, 2012, s. 15). Říčan (2005) tuto zkušenost nazývá instinktivním napodobováním.

Napodobování neboli imitace je základní dovednost, pomocí které se dítě raného a předškolního věku učí mluvit a rozvíjí své vzorce chování, jež jsou nezbytné pro fungování ve společnosti.

Schopler, Reichler, Lansing (2011) hovoří o napodobování jako o modalitě učení, která přináší výhodu verbálního i neverbálního působení a tvoří základ pro rozvoj řeči a rozšiřování slovní zásoby. Autoři dále nabízejí stručný přehled vývoje napodobovacích schopností v motorické oblasti. Jedná se o vývoj dítěte od narození do čtyř až pěti let.

- *5 – 12 měsíců: Napodobuje brání kostky z hrníčku, napodobuje bouchání do předmětů, napodobuje klepání.*
- *1 – 2 roky: Napodobuje ukládání předmětů do krabice, napodobuje jednoduché činnosti, napodobuje skládání papíru, napodobuje kreslení jednotlivých čar, napodobuje dotýkání částí těla, napodobuje tleskání rukama, napodobuje pohyby*

rukama, napodobuje použití zdrojů zvuku, napodobuje pohyby rtů, napodobuje běžné sebeobslužné dovednosti.

- *2 – 3 roky: Napodobuje jednoduché rytmické pohyby, napodobuje použití rytmických nástrojů, napodobuje kreslení několika spojených čar, napodobuje hru jiných (paralelní hra), napodobuje dotýkání dvou částí těla.*
- *3 – 4 roky: Napodobuje točení palci, napodobuje stavbu mostů z kostek, napodobuje tvary z modelíny, napodobuje pohyby rukou při písničce.*
- *4 – 5 let: Napodobuje pohyby zvířat, napodobuje hru na sochy, napodobuje dvoustupňové činnosti.*

(Schopler, Reichler, Lansing, 2011, s. 248-249 srov. Schopler, Lansing, Waters, 2000, s. 15 - 25)

Vývoj napodobovacích schopností podle Říčana (2005) probíhá od novorozeneckého období. Počátek má v prvotní jednoduché imitaci mimiky dospělého a přechází ke složitějším strategiím, vzorcům chování a rolím. S odlišnou tezí přichází Vágnerová (2012), která jako počátek přirozeného učení nápodobou uvádí v pozdějším kojeneckém věku. Během prvního roku dynamicky narůstá počet napodobovaných aktivit i délka doby, po kterou si je pamatuje. Stejná autorka zmiňuje schopnost příslušnou aktivitu zpracovat s následným uchováním v paměti a s časovým odstupem reprodukovat. Odborně se tento fenomén nazývá oddálená nápodoba.

Učení nápodobou je důležitým prostředkem sociálního učení. Kojenec je schopný napodobit mimiku a výrazy tváře. Taková nápodoba má však ještě reflexní charakter a není odrazem odpovídajícího citového stavu. Postupně se zpřesňuje a diferencuje. V souladu s tím Vágnerová (2012) mluví o napodobování jako o jedné z forem rané komunikace. Opačná nápodoba neboli zrcadlení, kdy matka imituje verbální a motorické projevy dítěte, mu slouží jako srozumitelná zpětná vazba k fixování některých dovedností.

Kolem druhého a třetího roku dítěte se napodobování stává prostředkem orientace a adaptace na prostředí. Dítě napodobuje chování, po kterém následovala pozitivní zpětná vazba nebo požadovaný účinek. To je podstatou zpevnování žádoucího chování v sociálním učení. Vágnerová (2012) v této souvislosti zmiňuje tzv. regresivní nápodobu, která je odrazem napodobování nevhodného či nechtěného chování. V praxi se obvykle

jedná o imitaci projevů mladšího sourozence, která může být v určitých situacích ze společenského hlediska nežádoucí.

Napodobování je výběrové, což znamená, že dítě napodobuje jednání, které je v jeho očích úspěšné a také se obvykle zaměřuje na osoby, k nimž má pozitivní citové pouto. „Často nejde jen o imitaci projevů chování, které dítě zaujaly, ale o identifikaci s tímto člověkem“ (Říčan, 2005, s. 163; Vágnerová, 2012).

V oblasti vědy bylo zajímavé odhalení tzv. zrcadlových neuronů, které jsou považovány za organickou základnu napodobování. Neurony získávají svou funkci tréninkem a jsou funkční v kojeneckém období. Na vědeckém poli však existuje rozpor mezi tím, zda existuje dostatečné množství důkazů, které by tyto procesy vysvětlovaly, nebo zda je tato konkrétní funkce neuronů přeceňovaná (Hickok, 2009 in Čadilová, Thorová, Žampachová, 2012).

Aby učení napodobou bylo úspěšné, vyžaduje celou řadu základních dovedností. Řadíme mezi ně dovednost dítěte naslouchat druhé osobě, pozorovat ji, chápat podstatu srovnávání a přiřazování, ovládat pohyb tak, aby jej bylo schopné přizpůsobit situaci. Podmínkou pro úspěšné zvládnutí napodobování je vzbudit u dítěte radost z interakce nebo motivovat pomocí „vnějšího posilování“ (Schopler, Reichler, Lansing, 2011).

Imitaci dělíme na verbální (napodoba řeči), sociální, imitaci hry a imitaci motorickou. Tu dítě využívá při sportu, cvičení, domácích činnostech, ale především v sebeobsluze. Vzhledem k povaze práce se jí budeme dále věnovat. Straussová (2012, s. 16) jmenuje schopnosti, ve kterých se motorická imitace uplatňuje. Těmi jsou „*schopnost vnímat sebe, své tělo a využít představivost k vědomému ovládnutí různých jeho částí.*“ Díky nim si dítě dokáže uvědomit kde má ruku, nohu, hlavu a jak ji má správně nastavit či naklonit, aby provedlo plánovaný úkon.

Motorická imitace je důležitou součástí sebeobslužných dovedností. Jak uvádí Čadilová, Žampachová (2010), do jisté míry ji lze nahradit fyzickou dopomocí, kterou dítěti při nácvičce poskytujeme. Autorky dále dodávají, že určitým předpokladem pro zvládnutí sebeobsluhy je úroveň sociální imitace, která „*umožňuje převzetí nebo snadnější naučení určité praktické dovednosti*“ (s. 30).

4.2.1 Zvláštnosti v imitaci u dětí s autismem

„*Napodobují, aniž by věděli co.*“ Takto Vermeulen (2006, s. 50) popisuje motorickou imitaci u dětí s autismem, pro které je často obtížné pochopit smysl našeho konkrétního jednání či chování.

Jedním ze způsobů, jak se lidé s autismem snaží zapojit a adaptovat na společenský život a tím získat nad světem tzv. kontrolu, je napodobování chování druhých lidí. Vermeulen (2006, s. 49) k tomu dodává, že „*pokud si nejste zcela jisti, jak se máte chovat, ale chcete být společenší, potom napodobujete ostatní.*“ Nesprávně rozvinutá nebo zcela neosvojená dovednost imitace u dětí s autismem výrazně znesnadňuje proces učení. Děje se to z důvodu oslabené složky sociální interakce, představitivosti a narušené pozornosti zaměřené žádoucím směrem, k pozorovanému objektu. Děti s autismem obvykle nejeví zájem o činnosti vyžadující určitou míru spolupráce a interakce.

Zvláštnosti v oblasti charakterizuje Thorová (2012) dvojím způsobem. Dítě, které se o nápodobu snaží, ale je nepřesná, s neschopností napodobit více pohybů najednou či jejich sled, nebo jde o dítě, které má nadměrné, někdy až nutkavé sklony napodobovat druhé osoby, což autorka nazývá echopraxií. Jedná-li se o nadměrné napodobování mimiky, jde o echomimii.

Následující dělení, které mapuje problémy s napodobováním, uvádí Thorová (2008):

- 1) dítě nenapodobuje vůbec
- 2) dítě sice napodobuje, ale nikoliv spontánně – pouze na okamžitou, aktuální výzvu a v případě silné motivace
- 3) výrazně narušena symbolická imitace – činnost napodobují až po nějakém čase a se zástupnými předměty
- 4) je u nich patrná snaha imitovat, nicméně chybí sociální radost ze společné aktivity

Problémy v imitaci se odrážejí i v oblasti hry. Výrazně narušena je spontánní napodobivá hra. Pouze u dětí s vysocefunkčním autismem či Aspergerovým syndromem se napodobivá hra objevuje, má však řadu specifíků. Chování není komplexní, nebo se jedná o činnost, která souvisí s jeho vyhraněným zájmem. Typickým fenoménem v této oblasti je napodobování činností pouze tehdy, je-li dítě např. v místnosti samo (Thorová, 2012).

Shrnutí

Pohybové dovednosti jsou jednou ze základních lidských potřeb. Mezi principy motorického vývoje neboli souhrnu pohybových předpokladů člověka řadíme individualizaci, autoregulaci, retenci, eliminaci a další. Motoriku dělíme na jemnou, hrubou, grafomotoriku, motoriku mluvidel a očních pohybů. Motorický vývoj vykazuje ve svém průběhu řadu změn. Odborně je nazýváme vývojové mezníky. Motorický vývoj dětí s autismem probíhá obvykle odlišným způsobem. Může být opožděný nebo akcelerující. Častým jevem je motorická neobratnost neboli dyspraxie. Mezi motorické dovednosti řadíme motorickou imitaci. Jedná se o napodobovací schopnost, která je důležitým prostředkem sociálního učení. Kromě toho je důležitou součástí sebeobslužných dovedností.

5 Motorická imitace jako úspěšný činitel sebeobslužných dovedností

*„Můžeme mu pomáhat vždy a všude.
Je však nutné ho připravovat na realitu života.
Realitu, ve které nebudeme vždy stát po jeho boku.
A přijde i čas, kdy muset jít životem sám“
(Perchta Kazi Pátá, 2007, s. 95)*

5.1 Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek

V předchozích kapitolách jsme nastínili, že existuje určitý vztah mezi schopností nápodoby, především té motorické a sebeobslužnými dovednostmi. Rádi bychom se pokusili dostat hlouběji do vztahu těchto oblastí přímým zapojením a účastí na rozvoji ve školním prostředí.

Předkládaná práce se věnuje rozvoji motorické imitace u dětí s autismem v předškolním věku, s cílem analyzovat míru vlivu nápodoby na sebeobslužné dovednosti. Dílčím cílem je zaznamenat a zhodnotit vývoj sebeobslužných dovedností v průběhu výzkumu.

Položili jsme si následující výzkumnou otázku:

- Do jaké míry je motorická imitace předpokladem pro zvládnutí sebeobsluhy u dětí s poruchami autistického spektra?

Stanovili jsme si rovněž několik dílčích otázek:

- Ve kterých oblastech sebeobsluhy lze zaznamenat největší vývoj a ve kterých oblastech naopak nejmenší?
- Jaké techniky nácviku imitace zaznamenaly největší rozvoj v této oblasti?

Jedná se tedy o zjišťování konkrétních údajů, které mají mimo jiné za cíl ukázat, jakým směrem je možné se v rozvoji sebeobsluhy dále ubírat. Zveřejněná data nelze ovšem považovat pouze za výsledek naší práce v rámci výzkumu. Výsledky mohou být ovlivněny řadou proměnných. Od různé míry vlivu působení přirozeného prostředí, kterým je rodina,

přes neovlivnitelné skutečnosti jako jsou absence zkoumaných jedinců, až po důsledek přirozeného zrání dítěte.

5.2 Volba metodologie výzkumu

Pro realizaci šetření jsme jednoznačně zvolili kvalitativní výzkum. Maňák, Švec (2004) mluví o hlubším zkoumání jevů (fenoménů), než je tomu u kvantitativního šetření a o bližší interakci se subjekty zkoumání. Vyžaduje bližší poznání, předvídavost a výbornou orientaci ve zkoumané oblasti s dostatkem času na administraci (Skutil a kol., 2011). Zohledňuje také specifický vztah badatele s účastníky šetření. Kvalitativní poznávání má však i své nevýhody. Nelze jej zobecňovat. Výsledné údaje a data jsou vždy platné pouze pro vzorek účastníků se výzkumu.

V rámci kvalitativního výzkumu jsme zvolily metodu praktických činností, kdy jsme se u zkoumaných jedinců aktivně podíleli na nácviku a rozvoji sledovaných oblastí, které jsme následně pomocí metody pozorování zaznamenávali a analyzovali. Výzkum jsme doplnily případovými studii dětí, k jejichž zpracování nám s písemným souhlasem rodičů posloužila analýza odborné dokumentace (psychologické a speciálně-pedagogické vyšetření a závěry, lékařské zprávy, individuální vzdělávací plány a jejich evaluace). Miovský (2006) in Skutil a kol. (2011, s. 51) charakterizuje případovou studii následovně: *„Případem se rozumí objekt, na který zaměřujeme pozornost a který do hloubky zkoumáme.“*

5.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily celkem tři děti předškolního věku. Jednotícím kritériem byla míra jejich omezení z důvodu diagnózy Dětský autismus. Zastoupeno bylo pouze mužské pohlaví a v době výzkumu byli chlapci ve věku tři až čtyři roky. Všichni navštěvují speciální předškolní zařízení a jsou vzděláváni pomocí individuálního vzdělávacího plánu.

Rodiče dětí i organizace byli písemně informováni o cílech a průběhu výzkumného šetření. Z důvodu anonymity a ochrany osobních údajů, byla jména respondentů změněna.

Jméno	Věk	Diagnóza
Radek	3	F84.0 Dětský autismus
Ondřej	4	F84.0 Dětský autismus, F71 Středně těžká mentální retardace
Adam	4	F84.0 Dětský autismus, F71 Středně těžká mentální retardace

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru

5.4 Metody sběru, analýza dat a popis šetření

Výzkumné šetření jsme realizovali během školního roku 2015/2016, v průběhu tří měsíců. Během nich probíhaly intenzivní individuální denní nácviky motorické imitace v odděleném prostoru třídy. V jejich průběhu byla dětem poskytována potřebná míra fyzické i verbální podpory. To již nebylo možné v samotném průběhu testování, z důvodu stanovení skutečné vývojové úrovně dítěte.

Na počátku šetření jsme stanovili vývojovou úroveň ve zkoumaných oblastech. Jedná se o motorickou imitaci a sebeobsluhu – stravování, oblékání, umývání a používání WC. K tomu nám posloužil *Edukačně-hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (do 7 let)* autorky Čadilové a Žampachové (2012), dále jen EHP.

Výzkumné období bylo rozděleno na šest dílčích úseků:

1. období	26. 10. 2015 - 6. 11. 2015
2. období	9. 11. 2015 - 20. 11. 2015
3. období	23. 11. 2015 - 4. 12. 2015
4. období	7. 12. 2015 - 18. 12. 2015
5. období	4. 1. 2016 - 15. 1. 2016
6. období	18. 1. 2016 - 29. 1. 2016

Tabulka 2: Dílčí výzkumná období

Po celou tuto dobu probíhal intenzivní nácvik motorické imitace. Na konci každého dílčího období jsme společně se sebeobsluhou tuto oblast pomocí EHP vyhodnotili. Jednotlivé položky se hodnotí jako splněné (S), zvládá-li je dítě samostatně, naznačené (Na) je-li

nutná fyzická či verbální dopomoc nebo nesplněné (Ne), jestliže dítě nerozumí zadání a nemá žádnou snahu úkol splnit. Autorky upozorňují na to, že zvládnuté dovednosti nelze ihned považovat za zcela osvojené. Pro kontrolu doporučují jejich průběžné přehodnocování. Ze zaznamenaných údajů jsme pomocí počítačového administrátora EHP vytvořili grafy, díky kterým lze sledovat postupný vývoj či regres zkoumaných oblastí.

Autorky EHP zdůrazňují nutnost brát zhodnocené výsledky jako orientační. Výpovědní hodnota grafu pro naše účely spočívá pouze v posouzení vzájemného vztahu jednotlivých zkoumaných oblastí (Čadilová, Žampachová, 2008). Poznání vývojové úrovně v jednotlivých oblastech může mimo jiné sloužit ke stanovení plánu dalšího rozvoje dítěte. Jednoduše řečeno ukazuje, jakou dovednost má již dítě zvládnutou a jakou bychom měli dále rozvíjet. Pro tyto potřeby jsou v příloze umístěny tabulky s jednotlivými položkami.

Za účelem zodpovězení dílčích výzkumných otázek je klíčová následující tabulka, která uvádí výčet pomůcek a technik, pomocí kterých jsme motorickou imitaci trénovali. V závěru šetření uvádíme, díky jaké technice nácviku byl zaznamenán její největší posun.

nácvik s pomůckami	nácvik bez pomůcek	nácvik s technickými pomůckami
hračky - kostky, auta, vláčky, panenky, plyšové hračky	říkanky s pohybem	tablet a videozáznamy
hmatové - modelína, papír	jednoduchá motorická cvičení	
zvukové - Orfovy nástroje, zvonek	napodobování mimiky, gest, činností	
dechové – bublifuk, peříčko, větrník		
gymnastické míče, stuhy, obruče		
logopedické zrcadlo + oromotorická imitace		

Tabulka 3: Seznam pomůcek k nácviku motorické imitace

Pro doplnění výzkumu uvádíme případové studie respondentů, které stručně shrnují anamnestické údaje a psychomotorický vývoj. Vzhledem k povaze výzkumného šetření jsme se zaměřili především na vývoj motorických a sebeobslužných dovedností. V případových studiích popisujeme vývoj sledovaných oblastí pouze do doby zahájení

výzkumného šetření (podzim 2015). Pro zajímavost v závěru uvádíme i aktuální úroveň vývoje oblastí jeden až dva měsíce po skončení výzkumu.

Následující text je členěn na tři části, z nichž každá představuje jednoho respondenta. U každého jsou uvedeny grafy zaznamenávající průběžnou vývojovou úroveň. Modré úseky reprezentují dosaženou vývojovou úroveň a červeně jsou značené údaje o úrovni oblasti, kterou dítě zvládlo v náznaku (s dopomocí). Pro názornější prezentaci vývoje v časové ose, jsme z výsledků EHP sestavili konečný graf, který slouží pouze jako názorná pomůcka k zodpovězení výzkumných otázek. Pro zhodnocení vývojové úrovně v tomto grafu jsme použili koeficienty pro oblast „splnil“ 1 a pro úroveň „naznačil“ 1/3. Hodnotu u koeficientu „naznačil“ jsme stanovili pro názornost. Bylo účelné v grafu zobrazit i naznačené položky. Jejich hodnota však nedosahovala stejného ani polovičního významu jako položky splněné.

Připojujeme výčet pomůcek a technik, pomocí kterých byl nácvik v daném období prováděn. Jako věk dítěte uvádíme věk před zahájením výzkumného šetření.

5.5 Interpretace výsledků šetření

Kazuistická studie č. 1

Jméno: Radek

Věk na začátku výzkumu: 3 roky a 6 měsíců

Diagnóza: Dětský autismus

Rodinná a osobní anamnéza:

Radek žije ve společné domácnosti s matkou, otcem a dvěma bratry. Všichni jsou zdraví. Matka je slovenské národnosti, v rodině se hovoří česky a slovensky. Otec zaměstnán, matka je na rodičovské dovolené s mladším bratrem. Děti vyrůstají v podnětném prostředí, rodiče se chlapci aktivně věnují. Na výchově se podílejí oba rodiče. Komunikace a spolupráce mezi mateřskou školou (dále jen MŠ) a rodinou je velmi dobrá.

Radek se narodil z druhého těhotenství, jehož průběh i porod byl bez potíží. Kromě běžné těhotenské žloutenky se neudály žádné významné události. Úrazy ani operace neprodělal. Je sledován na kardiologii pro nedomykavost chlopně, gastroenterologii pro zvýšenou hodnotu jaterních testů, dále je v péči neurologa. Zde nález v normě (2013), o rok později

kontrolní vyšetření se závěrem: regres ve vývoji řeči s atypickým sociálním kontaktem a opožděným vývojem hry. První podezření na PAS. Další vyšetření ve stejném roce se závěrem neuro vývojová porucha s opožděním řeči a hyperkinetickými rysy. Metabolická vada neprokázána. V červenci 2014 proběhlo diferenciatně diagnostické vyšetření s výsledkem Dětský autismus a nerovnoměrný psychomotorický vývoj. Speciálně pedagogické vyšetření se zhodnocením všech oblastí vývoje proběhlo v roce 2015.

Psychomotorický vývoj:

Raný psychomotorický vývoj bez potíží a v normě. Do 18 měsíce používal asi 15 slov, opakoval zvuky některých zvířat. Oblast hry bez nápadností. Pravidelný denní režim nevyžadoval, usínal bez potíží. V oblasti vnímání převažovala autostimulační zraková činnost. V 18. měsíci změna v chování, vzdor, regres ve vývoji především v sociální a verbální složce.

V současné době má Radek malý zájem o sociální kontakt, na oslovení a pokyny reaguje s latencí, často vzdorem. Typické je opoziční jednání. Hra je již více funkční, jezdí s vláčkem, přesto stále převládá manipulační hra. Řadí předměty, staví je do různých obrazců, dává blízko k obličeji, přitom vlastní verbální produkce, často v anglickém jazyce. Zná čísla a jednotlivá písmena, počítá, jmenuje abecedu, ovšem většinou pouze pro sebe, nikoli na vyzvání. Je mazlivý, nechá se utěšit. Má radost z fyzických škádlivých hříček, o sdílení pozornosti nejeví zájem. Stejně tak o interakci s vrstevníky. Ke hře si vystačí sám. Spolupráce nyní omezená, krátkodobá, při vyrušení z vlastní činnosti vzdor. V oblasti komunikace jde o opožděný vývoj řeči. V poslední době opakuje slova, imituje zvuky zvířat a citoslovce. Na pozdrav zamává, občas se rozloučí i verbálně. Umí vyjádřit souhlas i nesouhlas, verbálně i gestem.

Motorika:

Oblast motoriky je u Radka silnou stránkou. Z vyšetření vyplývá, že motorický vývoj je v normě. Patrné jsou vývojové odlišnosti a stereotypie. V době vyšetření (2014) chodil po špičkách, točil se kolem vlastní osy, pobíhal z místa na místa. Chůze je jistá, zvládne překročit překážku, běh je koordinovaný. V době vyšetření chůze do schodů i ze schodů s oporou, nyní zcela samostatně. Občas z nich skáče. Motoricky je velmi obratný, kopne do míče, odhazuje a chytá míč, vyleze na vyšší překážku, na žebřiny, na skluzavku, chodí po lavičce, balanční plošině, udělá dřep a chvíli v něm vydrží. Plazí se, jezdí na odrážedle, skáče na trampolíně. Pohybové stereotypie přetrvávají. Často třepe rukama, dává je před

sebe do zvláštních pozic a pozoruje je. V oblasti jemné motoriky staví komín z kostek, navléká korále na šňůrku, uchopuje a manipuluje s drobnými předměty, s dopomocí připíná kolíčky na šňůrku, zmačká a roztrhne papír. Začíná používat nůžky. Úchop je pinzetový.

Imitace:

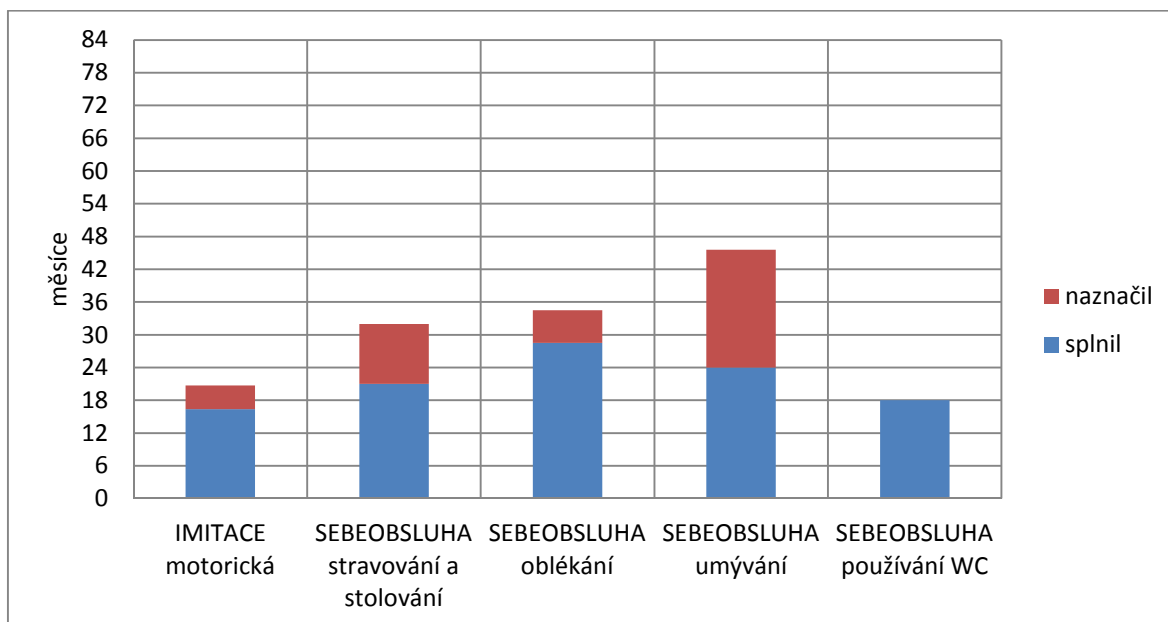
Imitační oblast vykazovala v době vyšetření výrazný deficit. Nenapodoboval pohyby ani slova. U Radka je výrazně snižena motivace k sociální interakci a orientace na vlastní zájmy. Nicméně ze zprávy vyplývá mírná snaha o dosažení předvedeného cíle. Při řízené činnosti pohyb nenapodobil. Rodiče vypověděli náznak napodobování sociálních hříček, ovšem s fyzickou dopomocí. V oblasti verbální imitace napodoboval zvuky, které byly součástí jeho repertoáru. Na výzvu slovo nezopakoval.

Sebeobsluha:

Radek byl v době vyšetření (2014) trvale na plenách. Potřebu neoznamoval ani nenaznačoval. Ze zprávy vyplývá, že doma po vysazení na nočník potřebu vykonal. V době nástupu do MŠ doma již plenu neměl, chodil nahý a sám šel v případě potřeby na nočník. Ve školce po nástupu plenu zatím měl. Byl často vysazován na toaletu, obvykle úspěšně. Když byl zabrán do hry, potřebu neudržel. Znečištěnou plenu neoznamoval. Při mytí rukou byla nutná dopomoc. Spíše si s vodou hrál. Z počátku také nepoužíval mýdlo. V oblasti stravování jedl částečně lžící, avšak nesprávný úchop. Často si vypomáhal rukama. V době vyšetření rodiče sdělují, že je částečně krmený. Pije z lahve s pítkem, později z hrnku. Po nástupu do školky byl v jídle vybíravý. Z počátku nejedl téměř nic. Problémy s přijímáním potravy i v domácím prostředí. Krátce na to začíná jíst suché pečivo a přílohy, zřejmě díky podávání na děleném talíři. Odmítá ochutnat nové jídlo. Oblékání je jeho silnou stránkou. V době vyšetření a nástupu do MŠ se obléká s dopomocí a svléká téměř samostatně. Rodiče uvedli, že ne vždy spolupracoval. Oblast omezena z důvodu snížené motivace k vykonávání jednotlivých úkonů. Při oblékání převažují jeho vlastní zájmy a nízká ochota ke spolupráci.

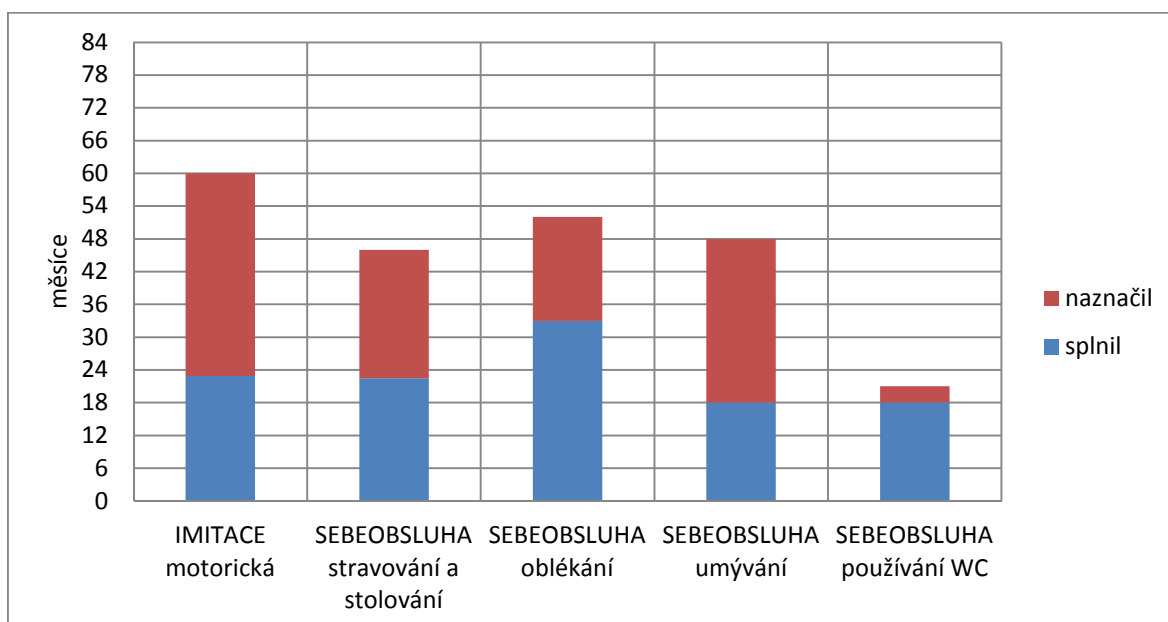
Vyhodnocení získaných údajů - Radek

Graf 1: vstupní (věk dítěte v době testování – 42 měsíců)



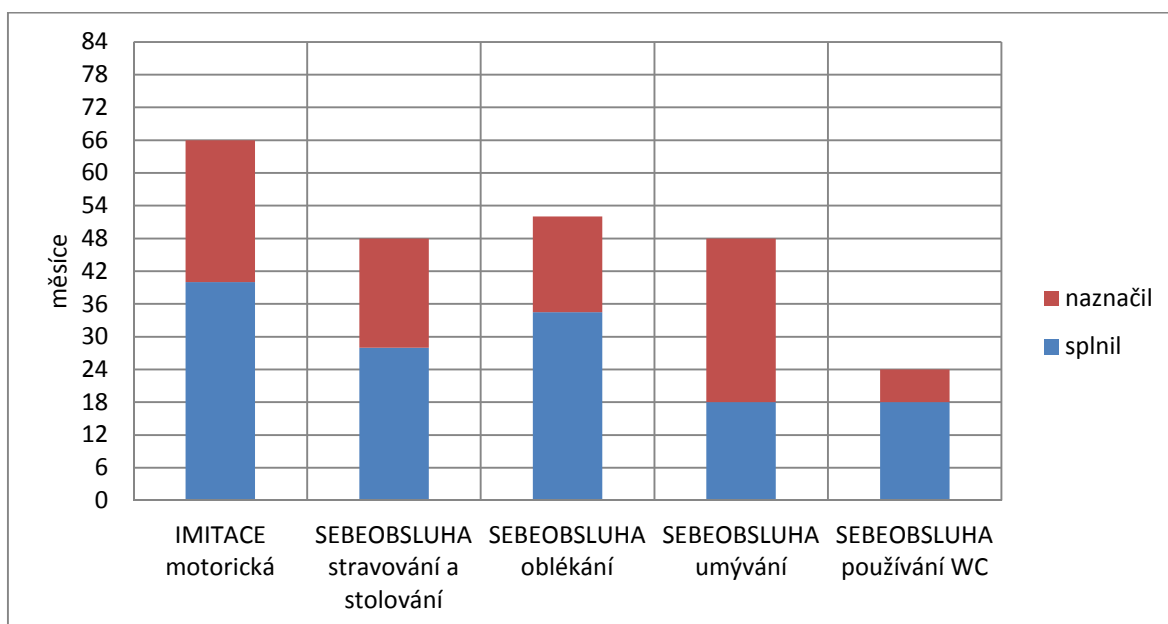
Graf byl pořízen jako vstupní záznam úrovně sledovaných oblastí před zahájením výzkumu. Svislá osa znázorňuje věk dítěte v měsících, vodorovná osa zkoumané oblasti.

Graf 2: 1. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 43 měsíců)



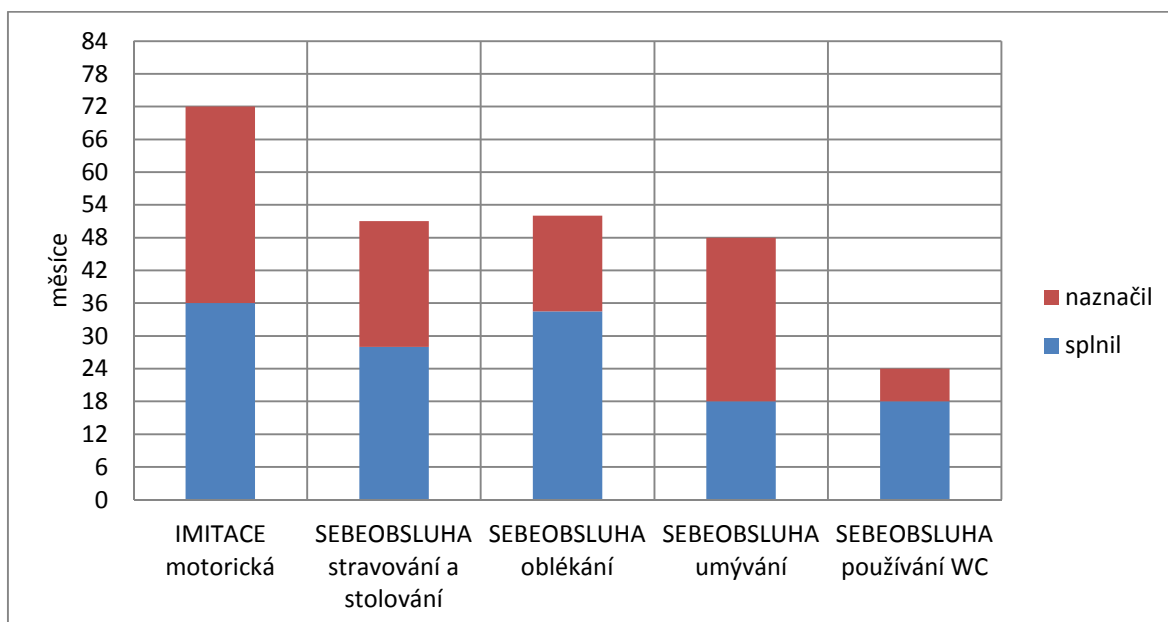
Graf znázorňuje výsledky prvního výzkumného období. Návuk motorické imitace jsme v tomto období prováděli pomocí jednoduchých motorických cvičení a gest – hra na tělo, tleskání, dupání, hlazení, točení kolem osy, mávání, atd.

Graf 3: 2. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 43 měsíců)



Graf znázorňuje výsledky druhého výzkumného období, kde jsme nácvik prováděli s pomůckami. Jednalo se o hmatové, zvukové, dechové pomůcky a hračky využívané k symbolickým hrám (panenky, kostky, auta,...).

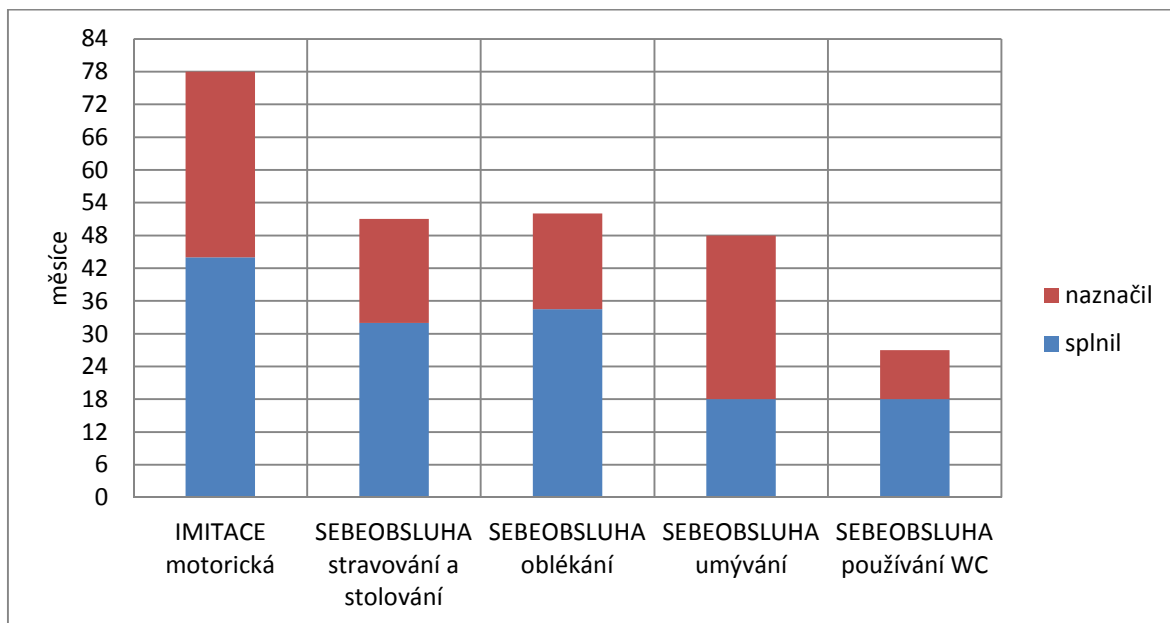
Graf 4: 3. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 44 měsíců)



Graf znázorňuje výsledky třetího výzkumného období. K nácviku nápodoby jsme zde využili technickou pomůcku. Jednalo se o tablet s videonahrávkami jednoduchých motorických úkonů. Nejprve jsme s nimi děti seznámili. Videonahrávka jim byla

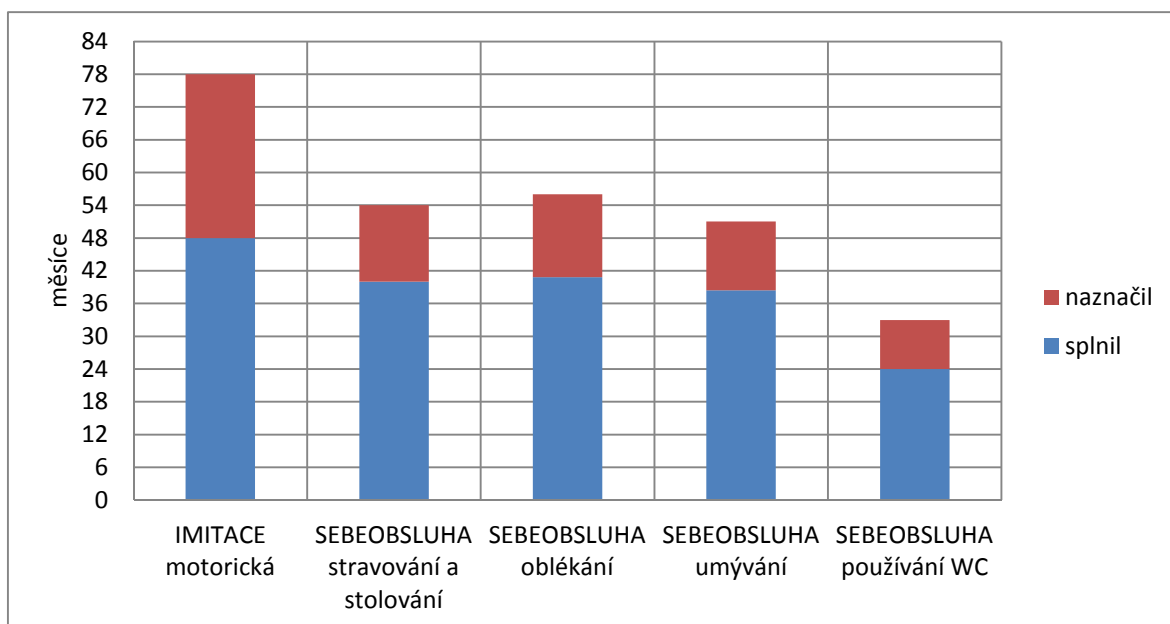
několikrát za sebou přehrána. Následovně jsme pustily vždy jen jeden úkon a pobídli dítě k jeho napodobení.

Graf 5: 4. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 44 měsíců)



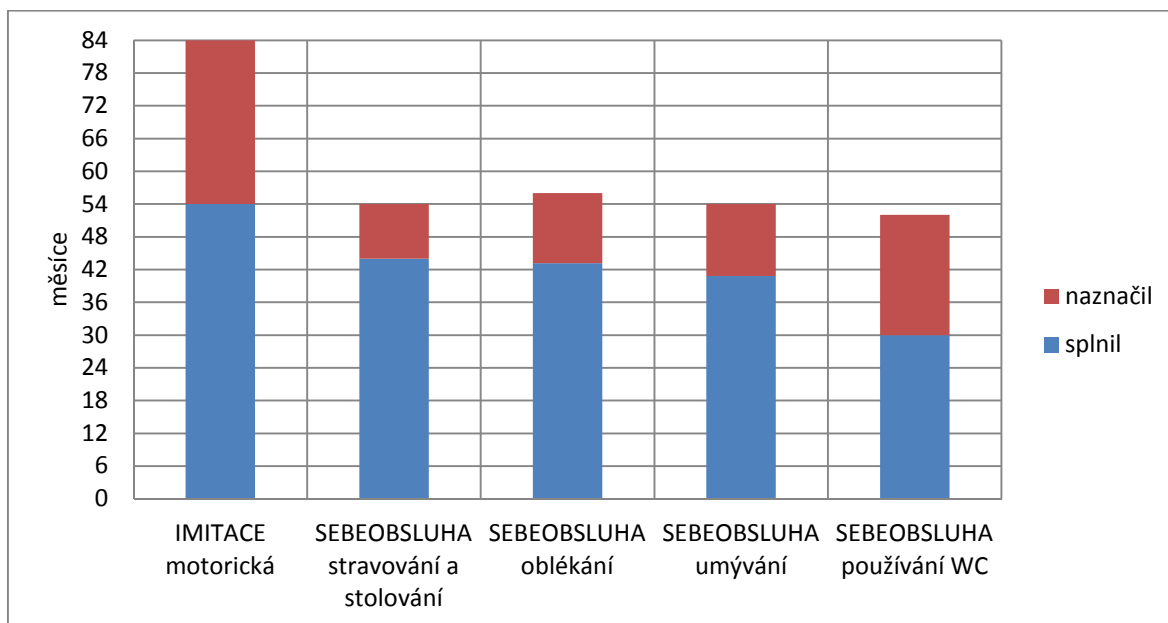
Graf znázorňuje výsledky čtvrtého výzkumného období. Návuk motorické imitace jsme v tomto období prováděli pomocí jednoduchých motorických cvičení, říkanek s pohybem, napodobování gest, mimiky a jednoduchých každodenních činností (česání, čištění zubů, mytí rukou, utírání,...).

Graf 6: 5. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 45 měsíců)



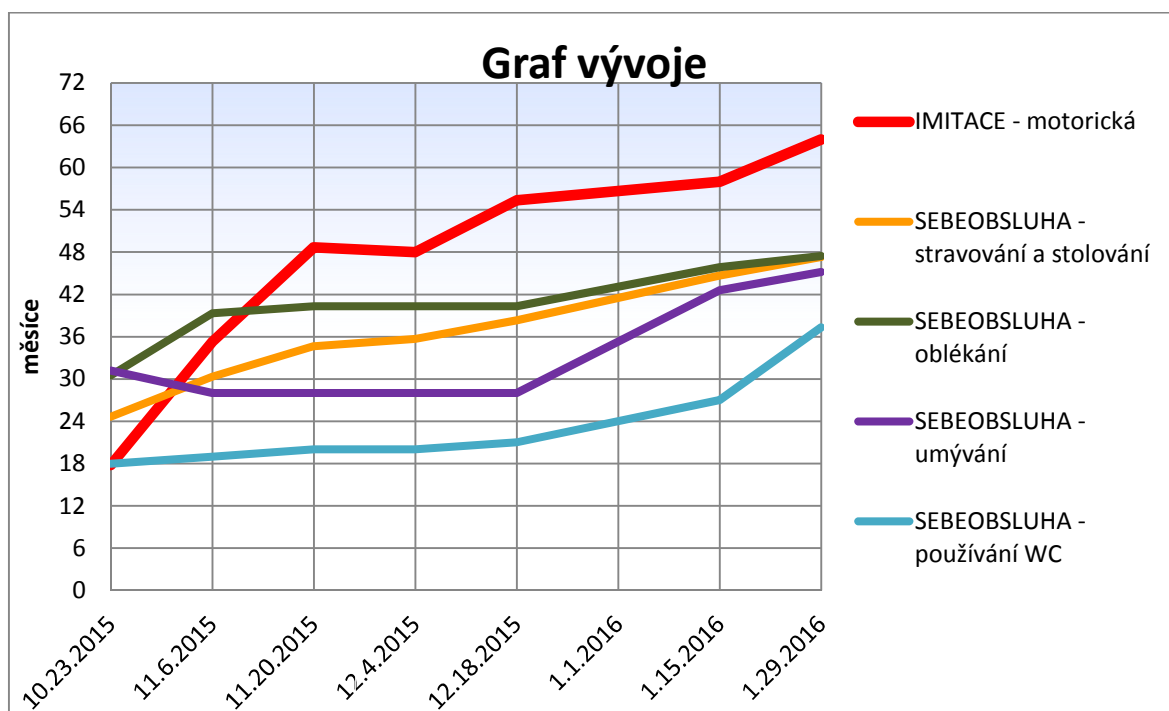
Graf znázorňuje výsledky pátého výzkumného období, ve kterém jsme nácvik realizovali s pomůckami. K již dříve využitým hračkám z druhého výzkumného období jsme připojili logopedické zrcadlo, gymnastické míče, stuhy a obruče.

Graf 7: 6. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 45 měsíců)



Graf znázorňuje výsledky šestého výzkumného období. Nácvik probíhal pomocí techniky videotréninků.

Graf 8: celkový vývoj sledovaných oblastí



Uvedený graf shrnuje výsledky celého výzkumného období od 23. 10. 2015 do 29. 1. 2016. Svislá osa uvádí ekvivalent vývojové úrovně vůči normě (nejčastější výskyt v populaci), vodorovná osa je časová.

Od počátku výzkumu dochází k výraznějšímu vývoji v oblastech motorické imitace a sebeobsluhy stravování/stolování. Tato oblast tedy zaznamenala největšího rozvoje. Naopak oblasti sebeobsluhy umývání a používání WC vykazují nejmenší rozvoj. Přestože oblast oblékání, stravování, umývání prošla odlišným vývojem, tak v závěru šetření dosáhly takřka stejné ekvivalentní hodnoty. Výrazného vzestupu všech oblastí došlo v období od 18. 12. do 15. 1., kdy polovinu tohoto období zabírali vánoční svátky.

Z grafu vyplývá značný vzestup všech sledovaných oblastí. Vzhledem k celkovému výsledku se motorická imitace v tomto případě jeví jako zdárný předpoklad v nácvičku sebeobsluhy. Všechny sebeobslužné dovednosti se nejspíše rozvíjeli díky přirozenému zrání a vlivem působení prostředí, čemuž zvládnutí motorické imitace pozitivně přispívalo. Sebeobsluha totiž zaznamenala největší nárůst až v období vánočních svátků, po dvoutýdenní absenci nácvičků.

Z grafu dále vyplývá, že největšího rozvoje v motorické imitaci dosáhl Radek díky technice nácvičku pomocí jednoduchých motorických úkonů a napodobování gest.

Sebeobsluha v období od února do dubna zaznamenala další výrazný posun. Radek nyní zvládá toaletu zcela samostatně, pouze pod dohledem asistenta pedagoga. Potřebu ještě aktivně nehlásí, ale odpoví na otázku, zda chce na toaletu. Zlepšení zaznamenala i oblast stolování a stravování. Začal ochutnávat nové jídlo, samostatně si prostře k jídlu, pije z hrnečku, udržuje čistotu. Jí lžící, pouze občas si vypomůže rukou. V oblasti oblékání jsme spíše žádné změny v provádění jednotlivých úkonů nezaznamenali. Radek odmítá plnit požadavky dospělého, a jelikož byl v této oblasti částečně závislý na verbální pomoci, objevuje se vzdorovité chování a negativismus.

Kazuistická studie č. 2

Jméno: Ondřej

Věk: 4 roky a 2 měsíce

Diagnóza: Dětský autismus, středně těžké mentální postižení

Rodinná a osobní anamnéza:

Ondřej žije ve společné domácnosti s matkou, otcem a mladším bratrem (2013). U otce dyslexie, matka i bratr zdraví. Otec je zaměstnán, matka na rodičovské dovolené. Ondra vyrůstá v podnětném prostředí. Matka se chlapci aktivně věnuje. Vztah mezi sourozenci je pozitivní. Mladší bratr o Ondru rád aktivně pečuje. Komunikace mezi rodinou a mateřskou školou je velmi dobrá.

Ondřej se narodil z první fyziologické gravidity, jejíž průběh byl dle matky bez potíží. Porod byl indukovaný pro přenášení. Běžná poporodní adaptace, pouze novorozenecká žloutenka bez fototerapie. Žádné vážnější úrazy a operace neprodělal. Je sledován na neurologii se závěrem ojedinělá drobná glióza nespecifického vzhledu a pro epilepsii. Podle rodičů měl epileptický záchvat jednou, od té doby medikován a bez záchvatů. Vyšetření metabolických vad bez patologie. Nález z foniatrického vyšetření pro poruchu sluchu taktéž negativní. Další absolvovaná vyšetření (psychologické, logopedické a psychiatrické) poukazují na známky středně těžkého mentálního opoždění s poruchou sociální interakce a komunikace odpovídající pervazivní poruše. V červnu 2014 proběhlo diferenciálně diagnostické vyšetření pro upřesnění diagnózy se závěrem Dětský autismus nízko funkční a nerovnoměrný psychomotorický vývoj, srovnatelný se středně těžkým mentálním opožděním.

Psychomotorický vývoj:

Raný psychomotorický vývoj vykazuje obtíže z oblastí stěžejních pro diagnostiku PAS. V prvních týdnech života byl zvýšeně plačtivý. Do 15 měsíce věku žádné výrazné znepokojení rodiče neudávají. Od tohoto věku malá reakce na vnější podněty, téměř bez sociálního kontaktu. Velmi omezené sdílení pozornosti. Nereagoval na oslovení a pokyny. Kolem jednoho roku použil několikrát dvě až tři slova s významem a po 15. měsíci již nevydával žádné zvuky. V oblasti hry převládala autostimulační smyslová a manipulační hra. V jídle byl vybíravý, problémy i v oblasti fyziologických procesů. Špatně usínal a v noci nespál i několik hodin.

V současné době má Ondřej malý zájem o sociální kontakt. Nicméně je usměvavý a nechá se pochovat. Oční kontakt nekonzistentní. Pozornost sdílí pouze krátkodobě. Na oslovení spíše nereaguje. U Ondry převládá autostimulační hra. Obvykle dává věci do úst a zahazuje. Výjimečně se objeví funkční hra, vždy pouze s dospělým a krátkodobě. Má radost ze škádlivých hříček. S dětmi navazuje nepřiměřený fyzický kontakt. Spolupráce s dospělým je omezená, krátkodobá. Změny v činnostech a v režimu mu nevdají. V oblasti komunikace jde o opožděný vývoj řeči. Expresivně nepoužívá žádná slova. Omezená je i oblast receptivní řeči. V době vyšetření (2014) rodiče udávají porozuměním základním pokynům. Svoje potřeby dává najevo smíchem nebo pláčem. Gesta nevyužívá. V oblasti emocionality se vyskytuje pasivní negativismus (ignorace podnětů, odmítání spolupráce). Motivační složka je taktéž oslabená. Důvodem může být i deficit v koncentraci pozornosti.

Motorika:

U Ondřeje převládá zvýšený motorický neklid a hyperaktivita. Je stále v pohybu, pobíhá po třídě a odhazuje předměty. Do schodů i ze schodů se přidržuje a nohy nestřídá. Z vyšetření vyplývá, že často nesledoval terén. Z toho důvodu zakopával a padal. V tomto mírné zlepšení. Chůze je jistější a stabilnější. Běh je poměrně nekoordinovaný. Špatná stabilita a udržení rovnováhy. Dle rodičů kopne do míče a odhazuje jej. Nyní se těmto aktivitám spíše brání. Neudělá dřep, neskáče snožmo a stoj na jedné noze s dopomocí. Vyleze na skluzavku a houpe se na houpačce. Rodiče sledují pohybové stereotypie v podobě pobíhání, poskakování a třepání rukama. V oblasti jemné motoriky navlékne s dopomocí kroužky na trn a mačká tlačítka na zvukové hračky.

Imitace:

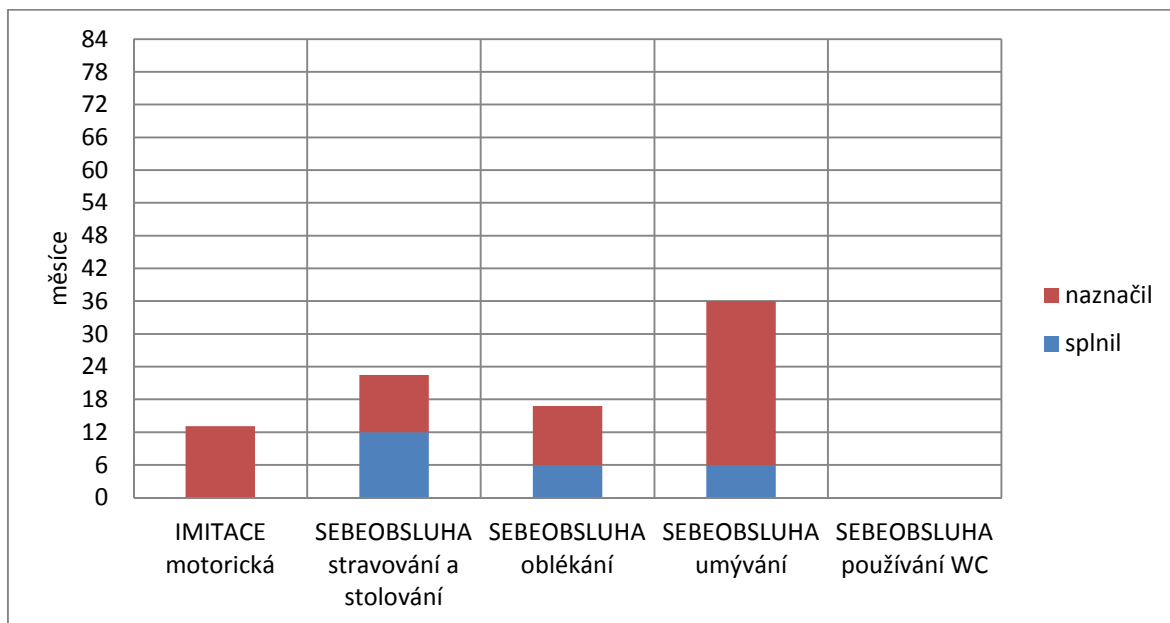
V době vyšetření vykazovala imitační oblast výrazný deficit. Důvodem může být snížená motivace k sociální interakci a zvýšená orientace na vlastní zájmy. Verbální imitace zcela chybí. Stejně tak chybí sociálně napodobivá hra. Zpráva taktéž uvádí snahu zopakovat jednoduchý pohyb a náznak sociální hříčky. Při nástupu do MŠ jsme to již nezaznamenali.

Sebeobsluha:

Ondra byl v době vyšetření, i po nástupu do MŠ, trvale na plenách a potřebu nenaznačoval ani neoznamoval. Rodiče uvádějí, že pokud byl v minulosti vysazen na nočník, občas potřebu vykonal. V posledním roce a půl byl nácvik toalety problematický. Ondra nespolupracoval. V oblasti stravování rodiče uváděli snahu sníst několik lžic sám. Častěji byl ale krmen. V jídle byl vybíravý. Matka uváděla komplikovaný přechod z mléčné stravy. Po určitou dobu jedl jen mixovanou stravu. Pil z lahvičky s náustkem. V oblasti oblékání potřeboval kompletní dopomoc.

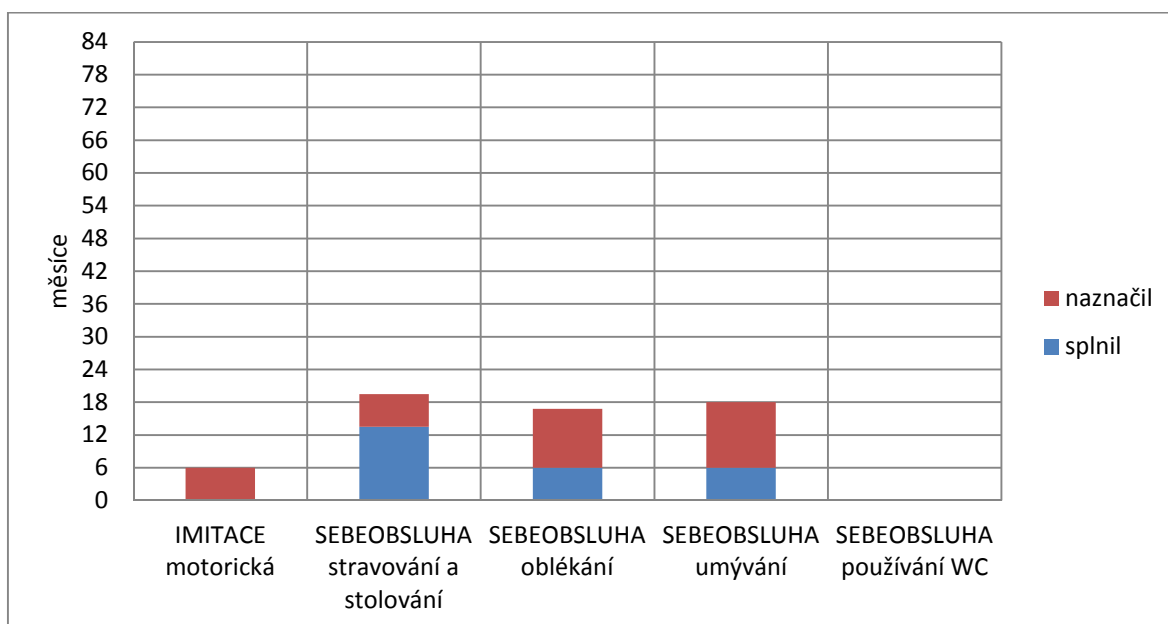
Vyhodnocení získaných údajů - Ondřej

Graf 9: vstupní (věk dítěte v době testování byl 50 měsíců)



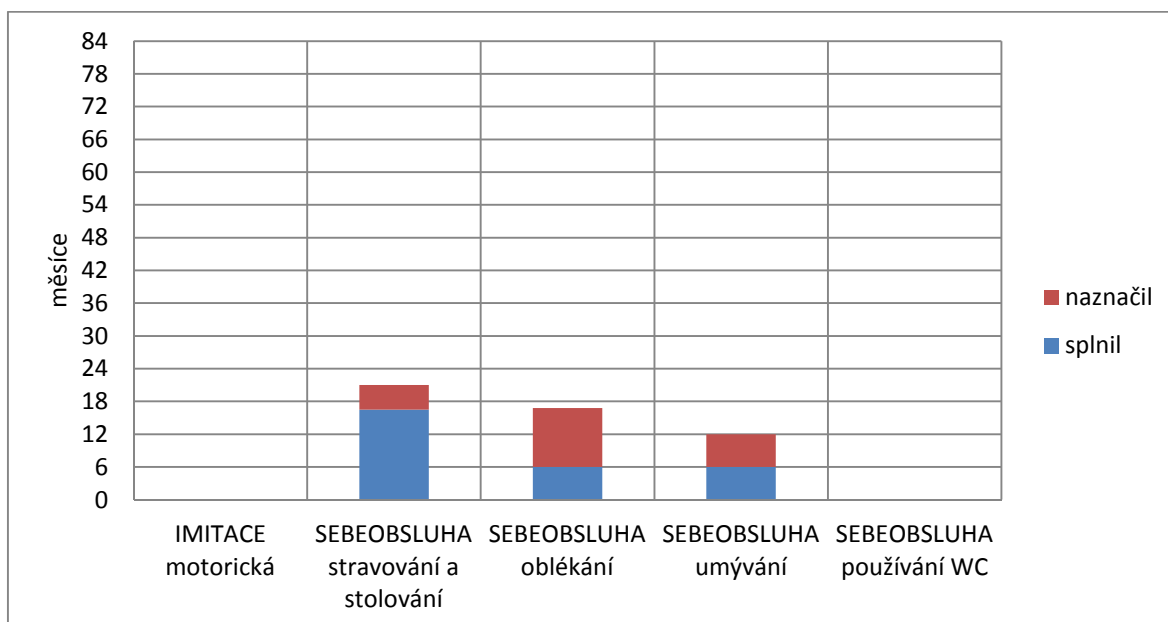
Graf byl pořízen jako vstupní záznam úrovně sledovaných oblastí, před zahájením výzkumu. Svislá osa znázorňuje věk dítěte v měsících, vodorovná osa zkoumané oblasti.

Graf 10: 1. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 50 měsíců)



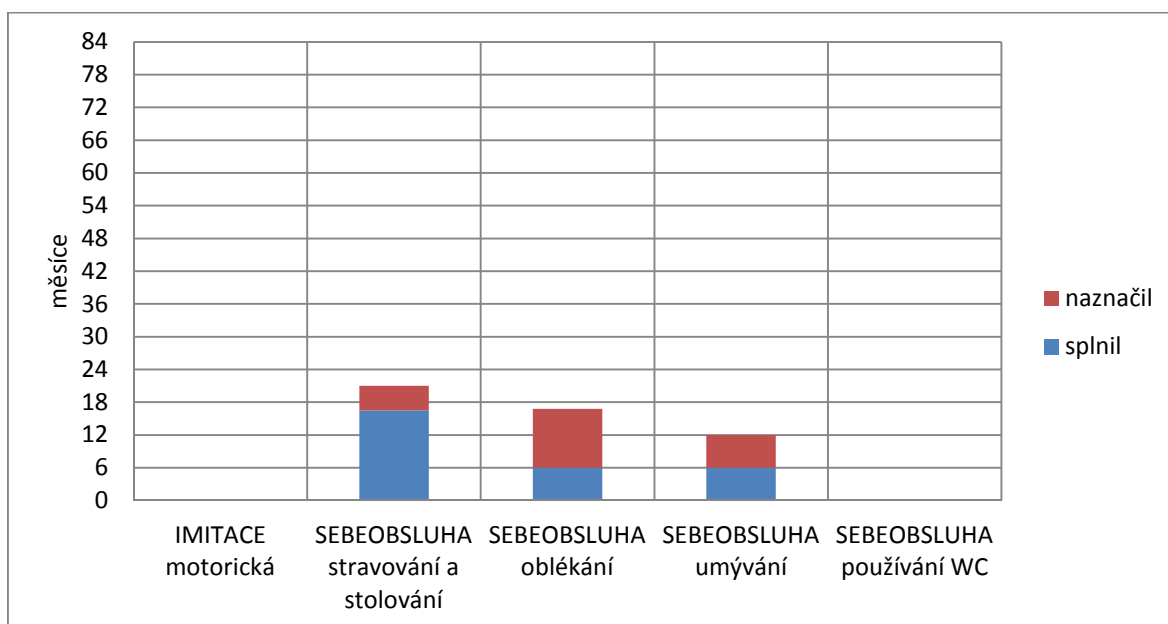
Graf znázorňuje výsledky prvního výzkumného období. Návuk motorické imitace jsme v tomto období prováděli pomocí jednoduchých motorických cvičení a gest – hra na tělo, tleskání, dupání, hlazení, točení kolem osy, mávání, atd.

Graf 11: 2. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 51 měsíců)



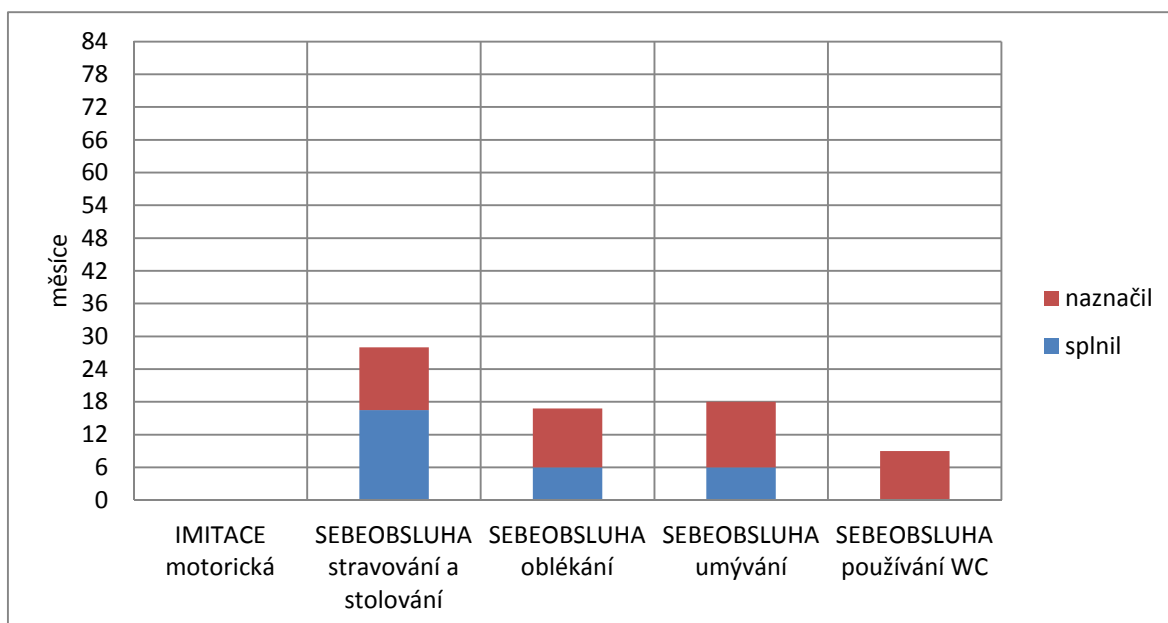
Graf znázorňuje výsledky druhého výzkumného období, kde jsme návuk prováděli s pomůckami. Jednalo se o hmatové, zvukové, dechové pomůcky a hračky využívané k symbolickým hrám (panenky, kostky, auta,...).

Graf 12: 3. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 51 měsíců)



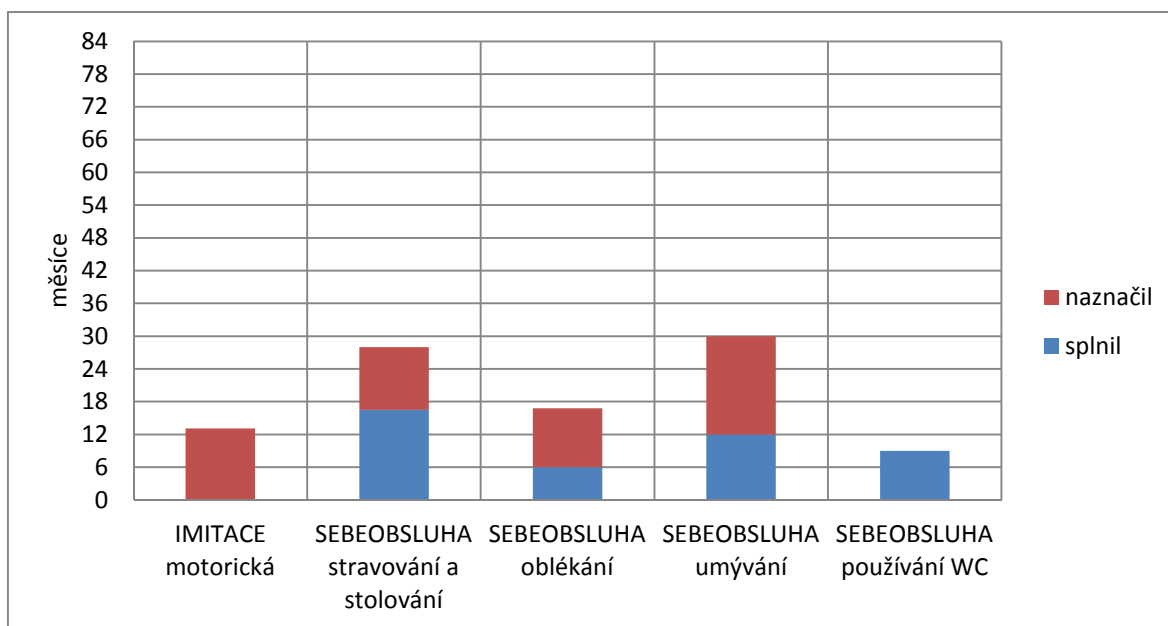
Graf znázorňuje výsledky třetího výzkumného období. K nácvičku napodoby jsme zde využili technickou pomůcku. Jednalo se o tablet s videonahrávkami jednoduchých motorických úkonů. Nejprve jsme s nimi děti seznámili. Videonahrávka jim byla několikrát za sebou přehrána. Následovně jsme pustily vždy jen jeden úkon a pobídli dítě k jeho napodobení.

Graf 13: 4. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 52 měsíců)



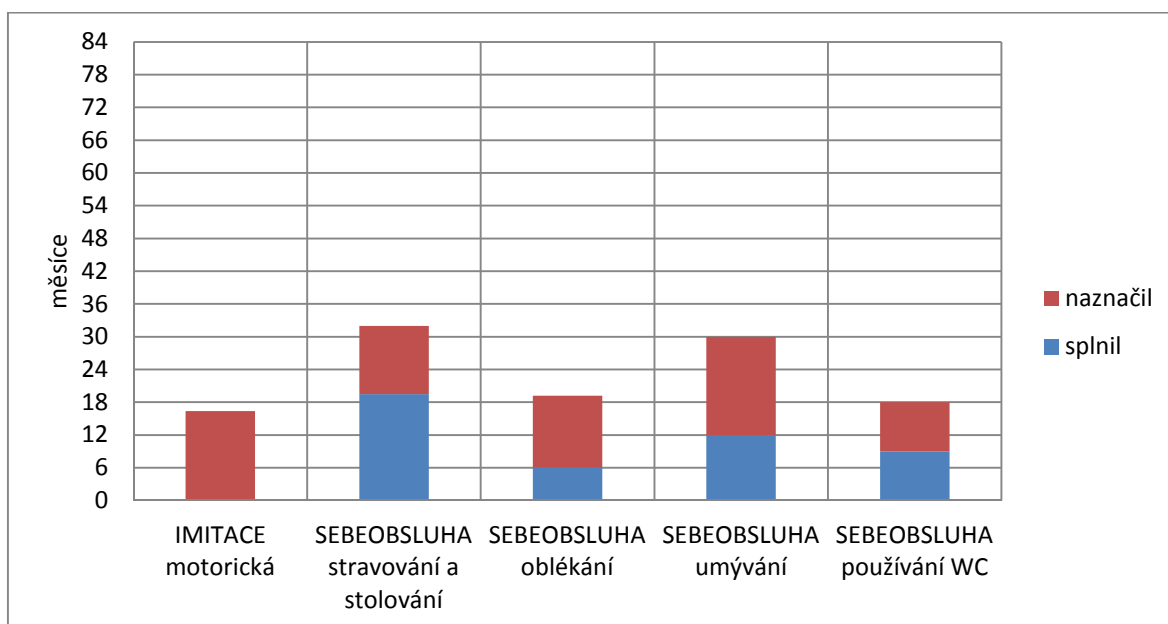
Graf znázorňuje výsledky čtvrtého výzkumného období. Návuk motorické imitace jsme v tomto období prováděli pomocí jednoduchých motorických cvičení, říkanek s pohybem, napodobování gest, mimiky a jednoduchých každodenních činností (česání, čištění zubů, mytí rukou, utírání,...).

Graf 14: 5. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 53 měsíců)



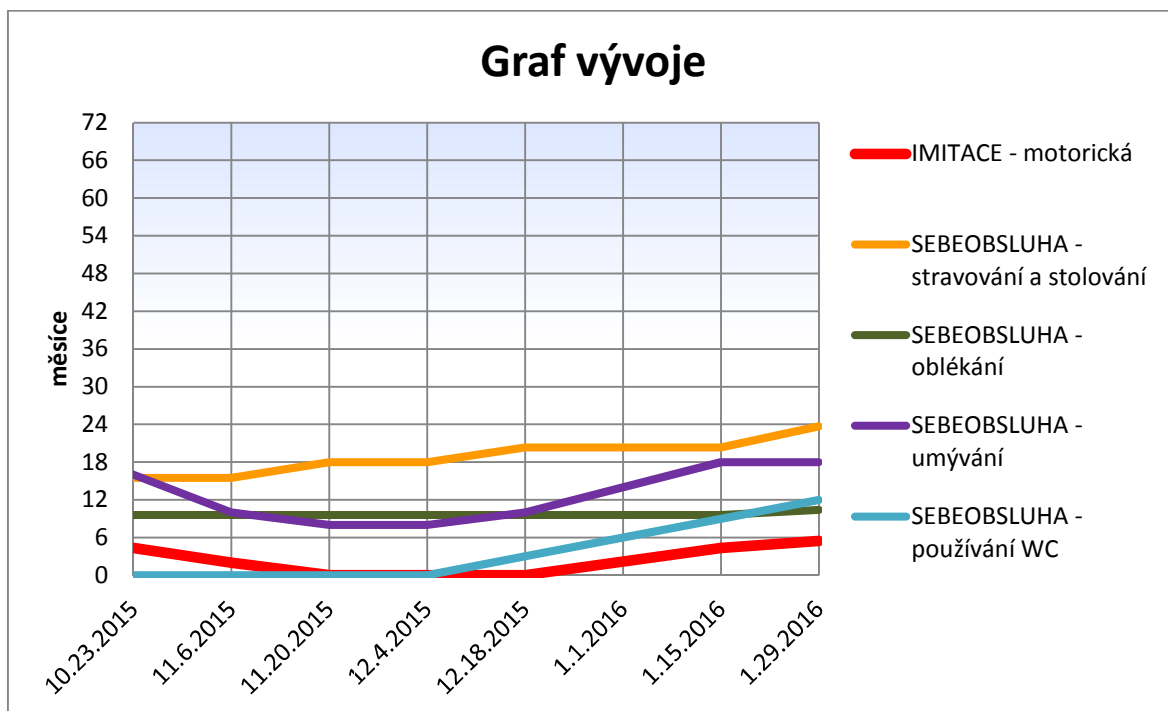
Graf znázorňuje výsledky pátého výzkumného období, ve kterém jsme návuk realizovali s pomůckami. K již dříve využitým hračkám z druhého výzkumného období, jsme připojili logopedické zrcadlo, gymnastické míče, stuhy a obruče.

Graf 15: 6. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 53 měsíců)



Graf znázorňuje výsledky šestého výzkumného období. Návěk probíhal pomocí techniky videotréninků.

Graf 16: celkový vývoj sledovaných oblastí



Uvedený graf shrnuje výsledky celého výzkumného období od 23. 10. 2015 do 29. 1. 2016. Svislá osa uvádí ekvivalent vývojové úrovně vůči normě (nejčastější výskyt v populaci), vodorovná osa je časová.

Od počátku výzkumu nedochází k výraznějšímu vývoji v žádné z uvedených oblastí. Oblast sebeobsluha oblékání nezaznamenala žádný posun. Naopak oblast stravování vykazuje jako jediná setrvalý vývoj a zároveň tedy dosahuje největšího vzestupu oproti počátku.

V případě Ondřeje nelze motorickou imitaci považovat za předpoklad rozvoje sebeobsluhy. Tato oblast vykazuje nižšího ekvivalentu, než zkoumané sebeobslužné dovednosti, které by měly být imitací rozvíjeny. Důvodem může být nenalezení efektivní motivace a častá absence.

Na dílčí otázku jaká technika zaznamenala největší rozvoj nelze odpovědět. Každá z nich zaznamenala byť v malém rozsahu jak regres, tak vývoj. Tudíž žádnou nelze označit v námi zkoumaném období prokazatelně za funkční. Pro získání relevantní odpovědi by bylo zapotřebí delší výzkumné období.

Sebeobsluha po skončení výzkumu zaznamenala jen minimální posun. Ondra potřebuje kompletní dopomoc při oblékání a svlékání. V oblasti stravování je ochotnější k ochutnání nového jídla. Je-li motivovaný, uchopí lžící a zkouší se nakrmit. Po chvíli bere jídlo do rukou, nebo je krmen. Pije z hrníčku, ale občas jej na sebe převrhne. V nácvičku toalety aktivně vysazujeme. Spíše však neúspěšně. Je trvale na plenách. Stejnou vývojovou tendenci vykazuje i oblast umývání.

Kazuistická studie č. 3

Jméno: Adam

Věk: 4 roky a 5 měsíců

Diagnóza: Dětský autismus, středně těžké mentální postižení

Rodinná a osobní anamnéza:

Adam žije ve společné domácnosti s matkou, otcem a starší sestrou a bratrem. Do spolupráce se školou je zapojena především matka. Adam vyrůstá v podnětném prostředí. Maminka mu věnuje dostatečnou péči a má s ním velmi hezký vztah.

Dle dostupných zpráv se jedná o chlapce s problematickou anamnézou. Byl narozen předčasně (ve 33. týdnu) a od kojeneckého věku je sledován pro klonické křeče ve spánku. Raný celkový vývoj je pomalejší. Již od počátku se u něj projevovalo atypické chování a podezření na PAS bylo vysloveno několika odborníky. Je v péči klinického psychologa, neurologa, klinického logopeda a fyzioterapeuta. Zde v péči od čtyř měsíců pro zpomalený motorický vývoj a následně z důvodu posílení svalstva a správnému držení těla. Na neurologii je sledován od kojeneckého věku. Ze závěrů zprávy (2014) vyplývá opožděný a nerovnoměrný psychomotorický vývoj a kryptogenní epilepsie. Je medikován a četnost záchvatů výrazně ustoupila. Zde také doktorka vyslovila první podezření na PAS. Zpráva z klinické logopedie, kterou Adam navštěvuje od března 2014, hovoří o smíšené dysfázii při podezření na poruchu autistického spektra. Z posledního dostupného vyšetření klinického psychologa (červen 2014), kam Adam pravidelně dochází, vyplývá narušené sociální interakce, narušená kvalita způsoby komunikace, mírné stereotypní vzorce chování a opožděný celkový psychomotorický vývoj.

Psychomotorický vývoj:

Adam má velmi malý zájem o kontakt s okolím. Sociální úsměv spíše nenavazuje, oční kontakt a sdílená pozornost je méně častá. Nenosí na ukázkou hračky, při hře si obvykle vystačí sám. Dle rodičů občas zasáhne do hry staršímu bratrově nebo se zapojí do činnosti na výzvu sestry. Samostatná hra není funkční. Spíše popochází po místnosti a prohlíží si okolí. Občas z iniciativy dospělého vkládá dílky do vkládačky nebo trhá modelínu na malé kousky. V poslední době na výzvu staví komín z kostek. Pracovní chování je omezené. Chybí motivace k interakci s dospělým. Soustředí se krátkodobě, nutná větší míra stimulace a podpory. V oblasti komunikace používá několik slov s významem. Chybí však komunikační záměr. Často slova slabikuje nebo používá slyšená slova vytržená z kontextu. Zabaví se přeřikáváním písniček či básniček. Spíše ne na vyzvání, ale pouze pro sebe. Žádosti nesděljuje, běžným častým pokynům rozumí, plní však se značnou latencí. V oblasti adaptability nemá rád náhlé změny činností nebo tras. Oblast vnímání značí atypické sensorické chování. Často si zakrývá uši i bez zjevného podnětu, vkládá si části oblečení do úst, taktéž je velmi vybíravý v jídle. V oblasti fyziologických procesů potíže s usínáním a spánkem. V noci se budí, vstává velmi brzy, spánkový režim velmi nepravidelný. Z diferencially diagnostického vyšetření (2015) vyplývá jednoznačná

symptomatika pro poruchu Dětský autismus aktuálně nízko funkční a středně těžké mentální opoždění.

Motorika:

Ve všech motorických modalitách se projevuje spíše hypomobilně. Chůze je jistá, zvládne překročit překážku, běh je koordinovaný. Chůze do schodů i ze schodů přinožováním. Má-li fyzickou oporu, nohy střídá. Dle rodičů v době vyšetření (2015) zkouší jezdit na tříkolce, na odrážedle nikoliv. Adam vyleze na skluzavku, chodí po levičce, balanční desce. Skáče snožmo na místě, krátce stojí na jedné noze. Leze a plazí se s obtížemi. Do míče kopne, míčem hodí, míč chytí. Rád se točí na balanční plošině. Rovnováha patří mezi jeho silné stránky. Narušena je motorická imitace a celková pohybová koordinace. V oblasti jemné motoriky postaví komín z kostek a velké korále navlékne s dopomocí. Ruce při činnostech příliš nespolupracují. Drobné předměty mu často padají z rukou. Vyskytují se některé pohybové stereotypie. Kývání horní polovinou těla a pobíhání z místa na místa.

Imitace:

V době vyšetření (2015) vykazuje oblast nápodoby výrazný deficit. Neimitoval vizuální, motorické, verbální ani sociální úkony. Zpráva uvádí, že při opakované přímé demonstraci napodobil jednoduchou aktivitu. Nicméně chybí aktivita v činnosti pokračovat a spíše ji pasivně přijímá. Při nástupu do MŠ minimální snaha o nápodobu jednoduchých motorických úkonů. Vždy pouze s fyzickou dopomocí.

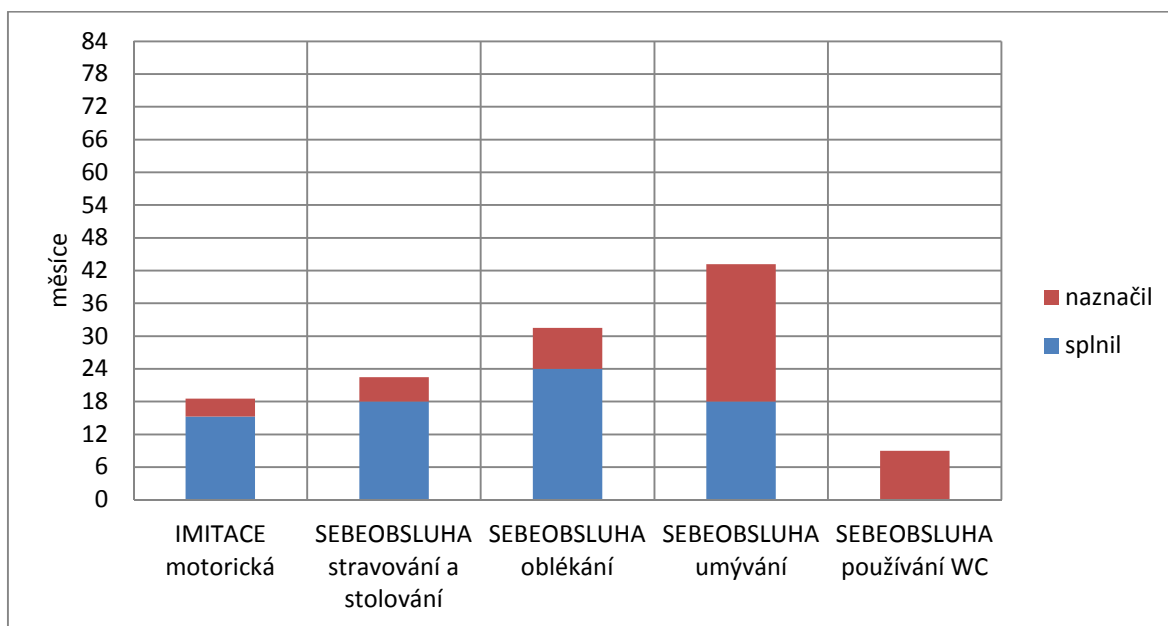
Sebeobsluha:

V době vyšetření a při nástupu do MŠ byl Adam trvale na plenách. Rodiče uváděli časté potíže s trávením. Potřebu neoznamoval ani nenaznačoval. Návik toalety byl problematický. Při vysazení projevoval nevoli. U jídla bývá klidný. Ve školce dokáže sedět u jídla, dokud není odveden. Jedl pouze kašovitou stravu a celkově v jídle převládala vybíravost a neochota ochutnat nové jídlo. Ve školce z počátku pouze vlastní stravu, postupně přechod na stravu školní. Objevují se stereotypie, jí pouze určitý druh těstovin a jeden druh svačiny. Odmítal pít z hrnku, vyžadoval svoji lahev s pítkem. Dokázal se najíst lžící, ale častěji jí rukama. V oblékání byla nutná velká míra fyzické i verbální dopomoci. Nutný trpělivý a přívětivý přístup. Díky němu a dostatku času se dokázal částečně sám svléknout i obléknout. Při oblékání se projevuje deficit v pohybové koordinaci. Dle rodičů při osobní hygieně nutná fyzická dopomoc. Zpočátku docházky

potíže s umýváním rukou, nedokázal pustit vodu, najít místo se svým ručníkem a utřít ruce. Postupné zlepšování ve všech oblastech.

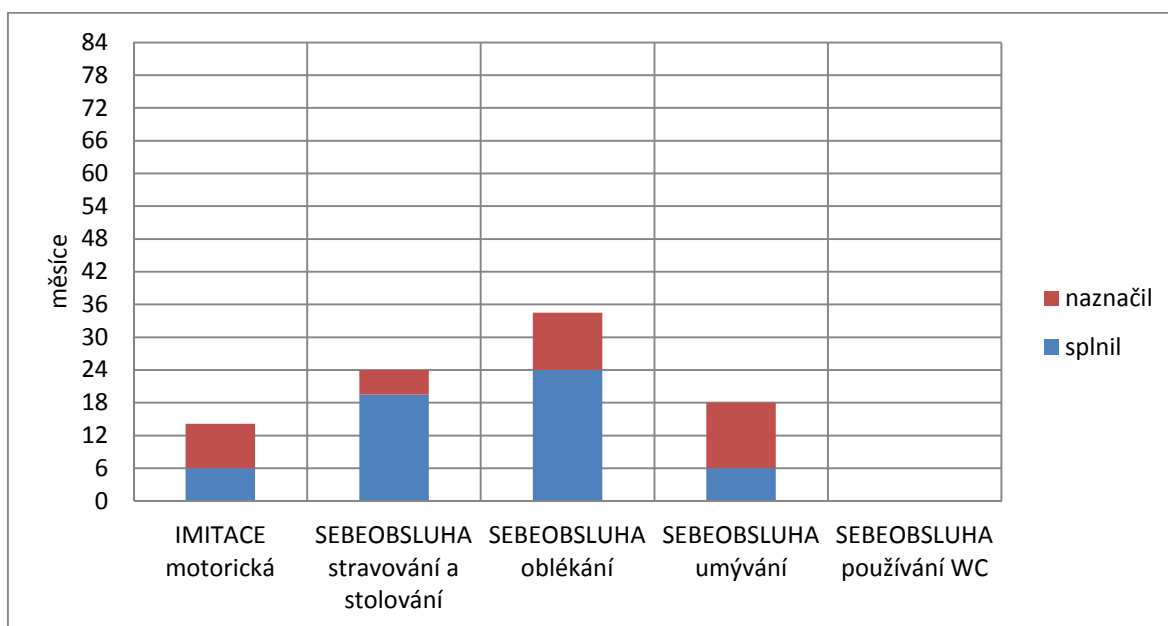
Vyhodnocení získaných údajů – Adam

Graf 17: vstupní (věk dítěte v době testování byl 53 měsíců)



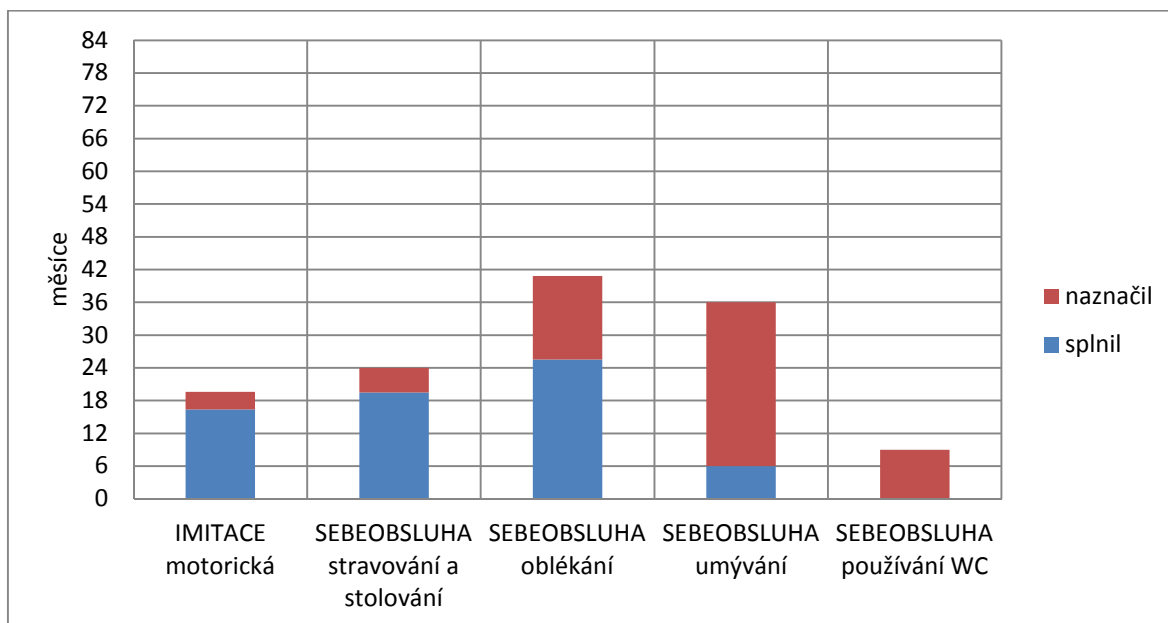
Graf byl pořízen jako vstupní záznam úrovně sledovaných oblastí, před zahájením výzkumu. Svislá osa znázorňuje věk dítěte v měsících, vodorovná osa zkoumané oblasti.

Graf 18: 1. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 54 měsíců)



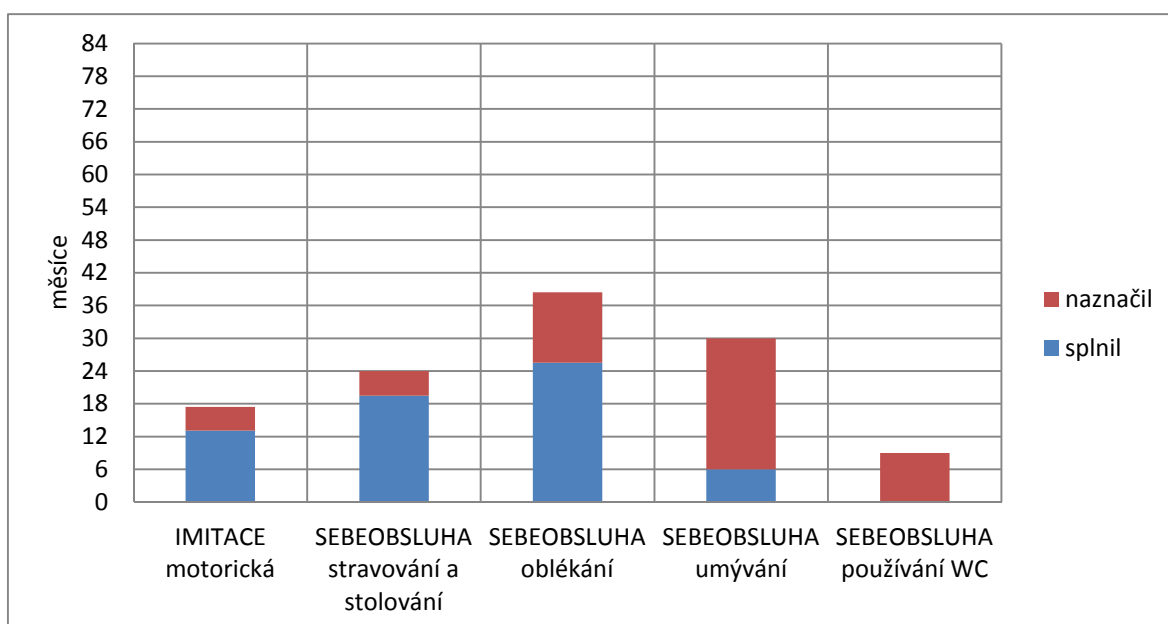
Graf znázorňuje výsledky prvního výzkumného období. Návuk motorické imitace jsme v tomto období prováděli pomocí jednoduchých motorických cvičení a gest – hra na tělo, tleskání, dupání, hlazení, točení kolem osy, mávání, atd.

Graf 19: 2. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 54 měsíců)



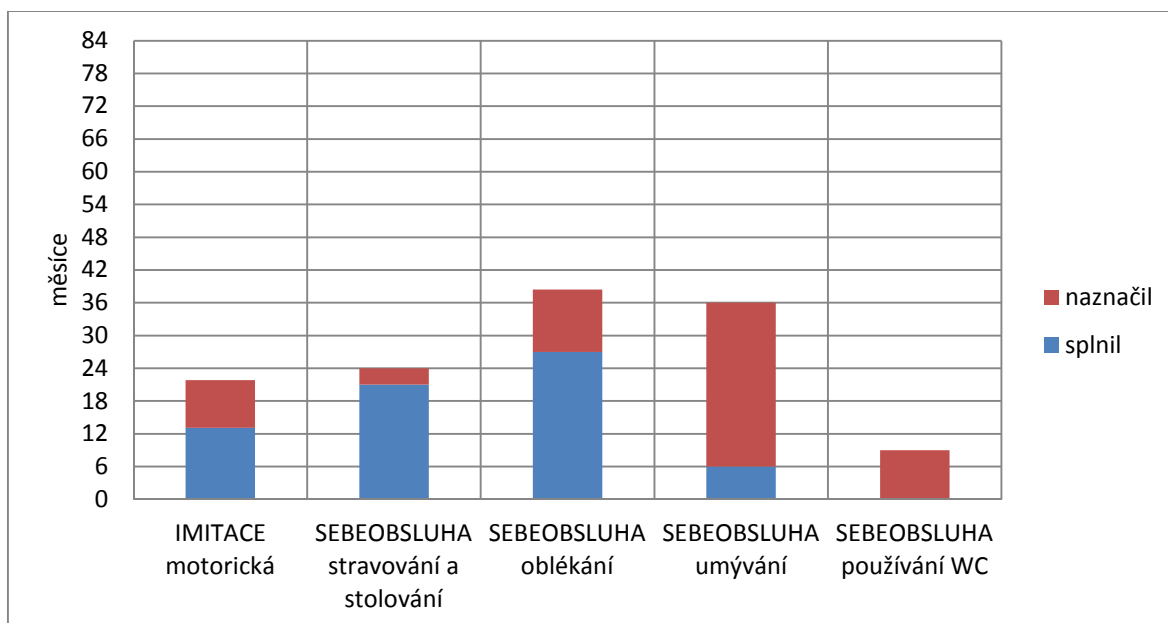
Graf znázorňuje výsledky druhého výzkumného období, kde jsme návuk prováděli s pomůckami. Jednalo se o hmatové, zvukové, dechové pomůcky a hračky využívané k symbolickým hrám (panenky, kostky, auta,...).

Graf 20: 3. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 55 měsíců)



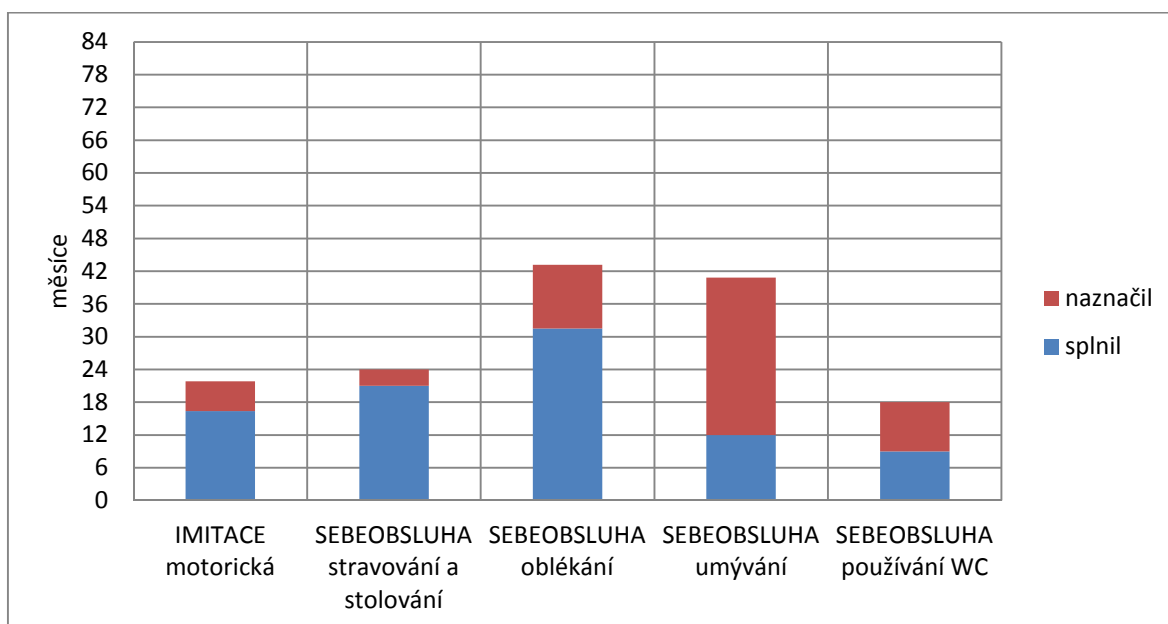
Graf znázorňuje výsledky třetího výzkumného období. K nácvičku nápodoby jsme zde využili technickou pomůcku. Jednalo se o tablet s videonahrávkami jednoduchých motorických úkonů. Nejprve jsme s nimi děti seznámili. Videonahrávka jim byla několikrát za sebou přehrána. Následovně jsme pustily vždy jen jeden úkon a pobídli dítě k jeho napodobení.

Graf 21: 4. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 55 měsíců)



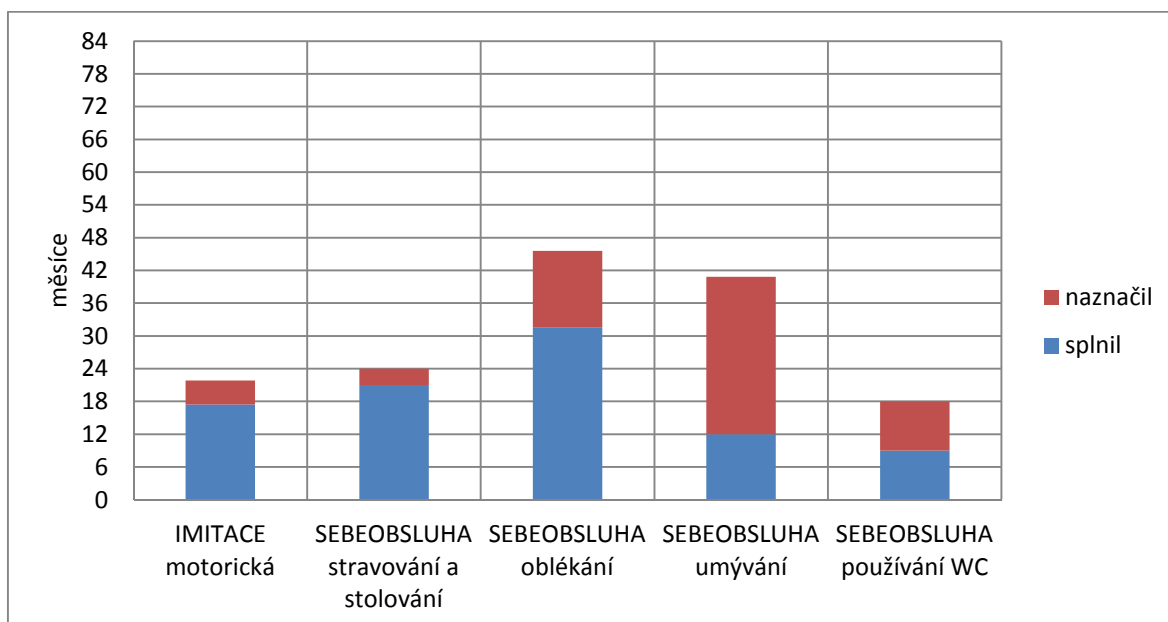
Graf znázorňuje výsledky čtvrtého výzkumného období. Návčik motorické imitace jsme v tomto období prováděli pomocí jednoduchých motorických cvičení, říkanek s pohybem, napodobování gest, mimiky a jednoduchých každodenních činností (česání, čištění zubů, mytí rukou, utírání,...).

Graf 22: 5. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 56 měsíců)



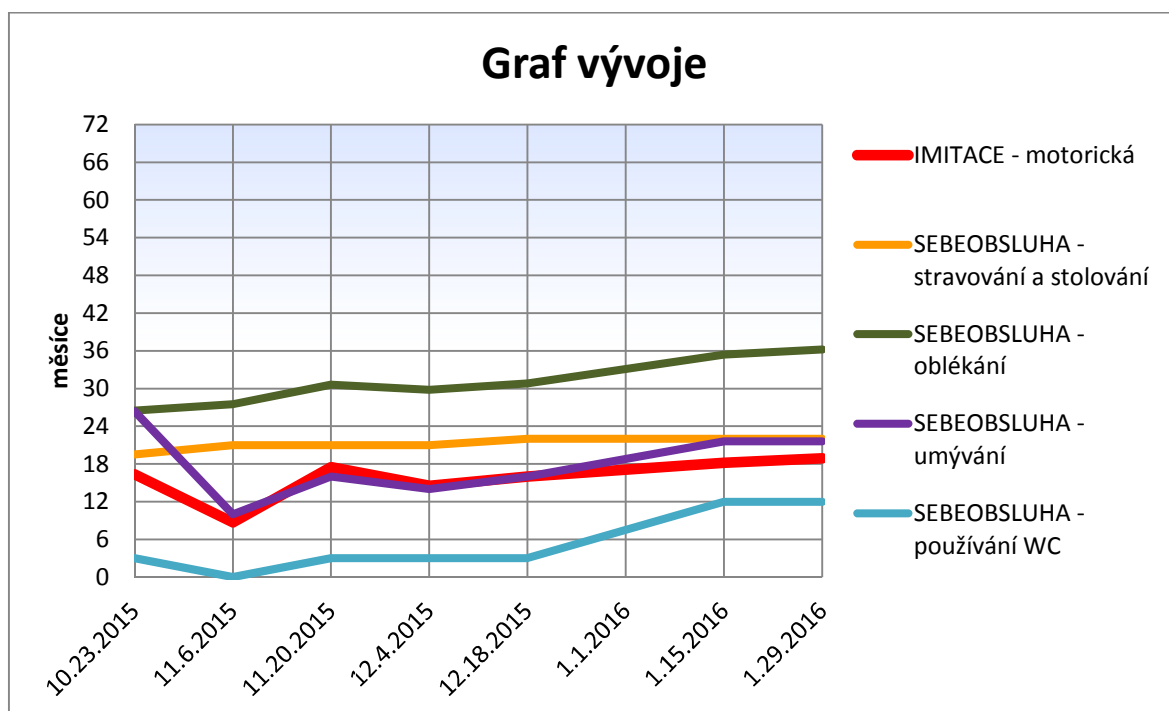
Graf znázorňuje výsledky pátého výzkumného období, ve kterém jsme nácvik realizovali s pomůckami. K již dříve využitým hračkám z druhého výzkumného období, jsme připojili logopedické zrcadlo, gymnastické míče, stuhy a obruče.

Graf 23: 6. dílčí období (věk dítěte v době testování byl 57 měsíců)



Graf znázorňuje výsledky šestého výzkumného období. Nácvik probíhal pomocí techniky videotréninků.

Graf 24: celkový vývoj sledovaných oblastí



Uvedený graf shrnuje výsledky celého výzkumného období od 23. 10. 2015 do 29. 1. 2016. Svislá osa uvádí ekvivalent vývojové úrovně vůči normě (nejčastější výskyt v populaci), vodorovná osa je časová.

Výsledný vývoj sledovaných oblastí razantně ovlivnil regres v prvním dílčím období ve třech z pěti sledovaných oblastí. Jednou z nich je motorická imitace. Celkově je patrné, že všechny zkoumané oblasti ovlivňovala nálada a ochota chlapce spolupracovat.

Od počátku výzkumu došlo k nejvýraznějšímu vývoji v oblasti sebeobsluha-oblékání. Naopak oblast stravování vykazuje minimální změny. Důvodem mohou být stravovací návyky a rituály.

V případě Adama nejspíše nelze motorickou imitaci považovat za předpoklad rozvoje sebeobsluhy. Po dobu trvání výzkumu rozvoj imitace nebyl výraznější, než u většiny sledovaných oblastí. Také ekvivalentní hodnotou se pohyboval pod jejich úrovní.

Z grafu dále vyplývá, že největšího rozvoje v motorické imitaci dosáhl Adam v období, kdy se k nácvičku imitace používaly pomůcky (hračky, zrakové, hmatové, zvukové předměty).

Úroveň sebeobsluhy po skončení výzkumu, tj. od února do dubna, zaznamenala největšího posunu v používání toalety. Při vysazování na WC jsme často úspěšní. Potřebu však nehlásí a nenaznačuje. Mírného zlepšení vykazuje i oblast stravování a umývání. Opačná situace se projevuje v oblasti oblékání, kdy jednotlivé úkony zvládá s mírnou dopomocí, nicméně došlo k výraznému zhoršení pozornosti a vnímání. Na jednotlivé pokyny reaguje s delší latencí, než tomu bylo v minulosti.

5.6 Závěry výzkumného šetření

V rámci výzkumného šetření jsme se zabývali problematikou rozvoje sebeobslužných dovedností v souvislosti s motorickou imitací. Jednalo se o zjištění míry vlivu nápodoby na nácvik úkonů spojených se sebeobsluhou. Z analýzy zhodnocených materiálů EHP a následným sestavením vývojových grafů jsme zjistili určitou spojitost imitace a sebeobsluhy u všech tří respondentů. Většina oblastí totiž zaznamenala podobný průběh. Pouze u jednoho z nich však lze usoudit, že motorická imitace přispěla k rozvoji sebeobslužných dovedností nebo na něj alespoň měla pozitivní vliv. U dalších dvou respondentů tento vliv prokázat nemůžeme. U obou vykazuje nápodoba nižší ekvivalent, než většina sebeobslužných oblastí. Jako možné důvody na straně výzkumníka bych uvedla nevhodně zvolenou motivaci a krátké výzkumné období. Stejně tak bychom možné hovořit o nedostatečné míře ochoty ke spolupráci, narušenou pozornost a zhoršenou koncentraci. Nezanedbatelný vliv na výsledky výzkumu mohly představovat okolnosti z vnějšího prostředí a další neovlivnitelné skutečnosti, jako absence dětí apod.

K naplnění dílčích cílů jsme postupovali metodou pozorování, kdy jsme hodnotili vývoj sebeobslužných dovedností v průběhu celého výzkumu. Jednotlivé položky edukačně-hodnotícího profilu autorek Čadilové a Žampachové jsme hodnotili jako splněné (S), naznačené (Na) a nesplněné (Ne). Z takto získaných údajů jsme vytvořili grafy, které zaznamenávají vývoj sebeobslužných dovedností během výzkumu. Všechna data shrnuje a názorně prezentuje výsledný vývojový graf, umístěný u každého respondenta. Případové studie dětí, shrnující sebeobslužné dovednosti před počátkem výzkumu nám dovolují sledovat, jak se jejich vývoj v čase měnil.

Z vývojových grafů vyplynuly zajímavé skutečnosti. Jedna z nich prezentuje čtrnáctidenní období vánočních prázdnin, po kterém většina oblastí sebeobsluhy u všech respondentů zaznamenala vzestup, přestože neprobíhaly naše intenzivní nácviky. Další zajímavý

fenomén se vyskytl ve třetím výzkumném období, kdy naopak takřka všechny zkoumané oblasti nezaznamenaly žádný vývoj. A to opět u všech tří respondentů. To poukazuje buďto na vliv vnějších okolností (prostředí třídy, nálada vyšetřujícího, apod.) nebo na neúspěšnost zvolené techniky nácviku. Ten v tomto období probíhal pomocí videotréninků. Z výsledků výzkumu dále vyplynulo, že tato technika nebyla celkově příliš úspěšná. Podle literatury vykazuje technika výsledky až po delší aplikaci.

Dílčí výzkumné otázky se týkaly rozvoje jednotlivých oblastí sebeobsluhy a úspěšnosti technik nácviku imitace u konkrétních jedinců. První dílčí otázka zněla: „*Ve kterých oblastech sebeobsluhy lze zaznamenat největší vývoj, a ve kterých oblastech naopak nejmenší?*“ Nepřekvapivě tomu bylo u každého respondenta zcela odlišně. U Radka jsme zaznamenali největší vývoj v oblasti stravování a stolování, naopak nejmenší vývoj v obou oblastech hygieny. Podle mě je to z toho důvodu, že Radek začal lépe reagovat na vizualizovaný denní režim. Ten mu napomohl v osamostatnění se v procesu stolování. Oblast hygieny, především používání toalety s vizualizací souvisí podstatně méně a je závislá spíše na stupni kognitivního vývoje. Kromě toho vyžaduje větší míru koncentrace a spolupráce s dospělým. Slabší výsledky v oblasti hygieny a úkony spojené s umýváním rukou by mohly souviset s jeho zálibou, která spočívá v pozorování vody a máčení si rukou, což nejspíš odvádí jeho pozornost nežádoucím směrem. Stejně tak tomu bylo u Ondřeje, kde největšího rozvoje dosáhla oblast stravování a stolování, nejmenšího naopak oblékání. Tyto výsledky zcela určitě souvisejí s jeho pozitivním vztahem k jídlu. Přesně opačný scénář vývoje pozorujeme u Adama. Ten dosáhl nejlepších výsledků v oblékání a nejmenších v oblasti stravování. Jak jsme již uváděli, důvodem mohou být Adamovy stravovací návyky a rituály, které jsou trvalé povahy. Oblékání je jeho silnou stránkou i díky velké trpělivosti matky.

Odlišně budeme u jednotlivých respondentů odpovídat i na druhou dílčí otázku, která zní: „*Jaké techniky nácviku imitace zaznamenaly největší rozvoj v této oblasti?*“ U Radka jsme vysledovali největší posun v imitaci díky napodobování jednoduchých motorických úkonů a gest. Výhodou u něj byla poměrně snadná motivace a ve cvičení si našel zálibu. U Ondřeje na tuto otázku nelze uspokojivě odpovědět. Všechny techniky nácviku u něj zaznamenaly jak vývoj, tak regres. Pro její zodpovězení by bylo zapotřebí delšího výzkumného období. Technika nácviku s pomůckami a hračkami se nejlépe osvědčila u posledního respondenta Adama.

Všechny výše popsané výsledky a závěry mohou sloužit jako vodítko pro rodiče v rozvoji všech námi zkoumaných oblastí. Díky stanovení vývojové úrovně lze snadno navázat nácvik dovedností tam, kde náš výzkum skončil. Pro tyto potřeby v příloze uvádíme tabulky s oblastmi a jejich jednotlivými úkony, ve kterých se každý snadno zorientuje.

6 Závěr

Při vzdělávání a výchově jedince s postižením jsou kladeny vysoké nároky především na jeho akademické vědomosti a komunikační dovednosti. Tuhle podstatu nepopírám, nicméně pro jejich samostatný a nezávislý život považuji za stěžejní spíše dovednosti podporující soběstačnost. Přirozený vývoj jedince potřebuje určitou posloupnost, která je uměle narušována. Moje osobní zkušenosti hovoří o tom, že na děti klademe zvýšené nároky v kognitivních procesech, na úkor schopností postarat se o své základní potřeby. Ukázkou toho je pedagog, který žákovi na 2. stupni ZŠ obléká mikinu a poté jej učí rozlišovat druhy ptactva. Nezávislost dítěte a následně dospělého jedince považuji za zásadní prioritu a mělo by se pro ni udělat maximum.

Diplomová práce se zabývala rozvojem sebeobsluhy v závislosti na motorické imitaci. Ta je považována za jeden z předpokladů pro zvládnání sebeobslužných dovedností u dětí s autismem. U spousty z nich vykazuje napodobování výrazný deficit. Cílem práce bylo analyzovat míru vlivu intenzivního nácviku motorické imitace na rozvoj sebeobsluhy a zhodnotit její vývoj v průběhu výzkumu.

V první kapitole teoretické části jsme se věnovali problematice autismu a jeho různorodým projevům napříč všemi oblastmi, které zasahuje. Zmiňujeme v ní diagnostické nástroje a možné příčiny vzniku poruch. Druhá kapitola se zabývala popisem sebeobslužných dovedností a výčtem jejich specifik, které se u dětí s autismem vyskytují. Poslední kapitola teoretické části pojednává o motorickém vývoji dítěte batolecího a předškolního věku, s detailnějším zaměřením pozornosti na motorickou imitaci.

Ve výzkumné části jsme se zabývali otázkou, zda má nácvik motorické imitace a její zvládnutí, pozitivní vliv na sebeobslužné dovednosti u dětí s autismem. Zjišťovali jsme, zda existuje přímá souvislost mezi těmito dvěma proměnnými a lze u dětí pomocí nácviku nápodoby sebeobslužné dovednosti zlepšovat. Dílčím cílem šetření bylo zaznamenat a zhodnotit vývojovou úroveň sebeobsluhy v průběhu výzkumu a určit techniku nácviku motorické imitace, která z výsledků výzkumu vyplynula jako nejúspěšnější.

Výzkumného šetření se zúčastnili tři chlapci předškolního věku, s poruchou autistického spektra. Bylo to z toho důvodu, že nebylo v našich silách aplikovat zvolenou metodu „praktických činností“ u více dětí. Uvědomujeme si, že závěry šetření nelze generalizovat

a vztahují se pouze k našim respondentům. Dále je nutné znovu říci, že výzkumné výsledky nelze přičítat pouze naší intervenci. Nezanedbatelnou roli sehrává přirozené zrání dítěte a jeho nejbližší okolí.

RESUMÉ

Diplomová práce s názvem „Motorická imitace jako předpoklad sebeobsluhy u dětí s poruchami autistického spektra“ se zabývá problematikou dítěte s autismem, v kontextu sebeobslužných dovedností a motorického vývoje. Teoretická část je zaměřena na historiografii pervazivních vývojových poruch, příčiny vzniku a diagnostická kritéria. Vymezuje základní symptomatiku a k jednotlivým kategoriím poruch připojuje výčet nejčastějších projevů. Dále se zabývá popisem sebeobsluhy jako důležitého předpokladu samostatnosti a nezávislosti osob s autismem. Poslední část pojednává o motorickém vývoji dítěte batolecího a předškolního věku, s bližším zaměřením na motorickou imitaci. Cílem výzkumného šetření práce je analýza vlivu schopnosti motorické imitace na rozvoj jednotlivých sebeobslužných dovedností.

RESUMÉ

The thesis titled "Motor imitation as a prerequisite for self-help skills for children with Autism Spectrum Disorders" deals with child with Autism in the context of self-help skills and motor development. The theoretical part focuses on the historiography of Pervasive Developmental Disorders, its causes and diagnostic criteria. It (The second chapter/this chapter ...) defines the basic symptomatology and the different categories of this disorder along with the most common symptoms. Theoretical part also discusses self-help skills as an important condition for the autonomy and independence of people with Autism. The last theoretical chapter describes the motor development of toddler and preschool child with an emphasis on motor imitation. The aim of the research work is to analyse the influence of motor imitation skills to the development of individual self-help skills.

7 Seznam použitých informačních zdrojů

- ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0193-9.
- BARTOŇOVÁ, M., B. BAZALOVÁ a J. PIPEKOVÁ. *Psychopedie*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.
- BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.
- BONDY, Andy a Lori FROST. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2053-1.
- CLERQ, Hilde. *Mami, je to člověk nebo zvíře?* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-888-3.
- ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ. *Sebeobslužné dovednosti (Praktický průvodce pro pedagogy, pracovníky v sociálních službách a rodiče dětí s poruchou autistického spektra)*. Praha: APLA Praha, 2010.
- ČADILOVÁ, Věra, Zuzana ŽAMPACHOVÁ a kol. *Tvorba individuálních vzdělávacích plánů pro děti s poruchami autistického spektra*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. ISBN 80-86856-17-8.
- ČADILOVÁ, V., H. JŮN, K. THOROVÁ a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
- ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ. *Specifika vzdělávání dětí, žáků a studentů s Aspergerovým syndromem*. Praha: Institut pedagogicko - psychologického poradenství ČR, 2007. ISBN 978-80-86856-36-0.
- ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ. *Strukturované učení*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-475-5.
- ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ a kol. *Edukačně- hodnotící profil dítěte s poruchou autistického spektra (do 7 let)*, Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem, 2012.

ČADILOVÁ, Věra, Kateřina THOROVÁ, Zuzana ŽAMPACHOVÁ a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb. Část II. (diagnostické domény pro žáky s poruchami autistického spektra)*, Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, 2012, ISBN 978-80-244-3054-6.

ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ. *Rozvoj sociálních dovedností u dětí s autismem*. Praha: Pasparta, 2013. ISBN 978-80-905576-2-8.

EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.

GILBERG, Christopher a Theo PEETERS. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-856-2.

HANÁK, Petr a kol. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2005. ISBN 80-86856-10-0.

HORT, V., M. HRDLIČKA, J. KOCOURKOVÁ a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

HRDLIČKA, Michal, Vladimír KOMÁREK a kol. *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0686-6.

JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Autismus I. Problémy komunikace dětí s autismem*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 1999.

JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Autismus II. Problémy v sociálních vztazích dětí s autismem*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2000.

JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Autismus III. Problémy v představitosti dětí s autismem*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2000.

JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2008. ISBN 978-80-7290-383-2.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-9.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.

- LAWSON, Wendy. *Život za sklem*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-389-5.
- LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
- MAŇÁK, Josef a Vlastimil ŠVEC. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-0870-6.
- MONATOVÁ, Lili. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-86-9.
- MOOR, Julia. *Hry a zábavné činnosti pro děti s autismem*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-787-9.
- NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-024-3.
- OPEKAROVÁ, Olga a Zoja ŠEDIVÁ. *Psychologická diagnostika u žáků s poruchami autistického spektra ve speciálně pedagogických centrech*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. ISBN 80-86856-16-X.
- PEETERS, Theo. *Autismus od teorie k výchovně vzdělávací intervenci*. Praha: Scientia, 1998. ISBN 80-7183-114-X.
- PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem*. Praha: Portál, 2006. ISBN 978-80-7367-424-3.
- ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-923-2.
- ŘÍČAN, Pavel, Dana KREJČÍŘOVÁ a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
- SCHOPLER, Eric a Gary B. MESIBOV. *Autistické chování*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-133-9.

SCHOPLER, E., R. J. REICHLER, A. Bashford a kol. *Psychoedukační profil revidované vydání (PEP-R)*. Praha: Nakladatelství Modrý klíč, 2000. ISBN 80-902494-2-6.

SCHOPLER, E., M. LANSINGOVÁ a L. WATERS. *Výukové aktivity pro děti s autismem*. Praha: Nakladatelství Modrý klíč, 2000. ISBN 80-902494-3-4.

SCHOPLER, E., R. J. REICHLER a M. LANSINGOVÁ. *Strategie a metody výuky dětí s autismem*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-199-1.

SKUTIL, Martin a kol. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

STRAUSSOVÁ, Romana. *Sebeobsluha u dětí s poruchou autistického spektra*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem, 2012. ISBN 978-80-87690-01-7.

STRAUSSOVÁ, Romana a Monika KNOTKOVÁ. *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0002-4.

STRUNECKÁ, Anna. *Přemůžeme autizmus?* ALMI, 2009. ISBN 978-80-904344-0-0.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. (Informační příručka). Praha: APLA, 2008.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0215-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

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

VILÁŠKOVÁ, Dagmar. *Strukturované učení pro žáky s autismem*. Praha: Nakladatelství Septima, 2006. ISBN 80-7214-233-0.

VOCILKA, Miroslav. *Autismus*. Praha: Tech-Market, 1996. ISBN 80-902134-3-X.

WILLIAMS, Donna. *Nikdo nikde*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-600-1.

ŽAMPACHOVÁ, Zuzana, Věra ČADILOVÁ a kol. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s poruchami autistického spektra*. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3377-6.

ŽAMPACHOVÁ, Zuzana, Věra ČADILOVÁ a kol. *Metodika práce se žákem s poruchami autistického spektra*. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3309-7.

ŽAMPACHOVÁ, Zuzana, Věra ČADILOVÁ a kol. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4689-9.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Informovaný souhlas s výzkumem	91
Příloha 2: Informovaný souhlas s nahlížením do dokumentace	92
Příloha 3: EHP (Čadilová, Žampachová) imitace - motorická.....	93
Příloha 4: EHP (Čadilová, Žampachová) sebeobsluha - stravování a stolování	94
Příloha 5: EHP (Čadilová, Žampachová) sebeobsluha - oblékání	95
Příloha 6: EHP (Čadilová, Žampachová) sebeobsluha - umývání	96
Příloha 7: EHP (Čadilová, Žampachová) sebeobsluha - používání WC	97