

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Kateřinská 32, 121 08 Praha 2

**Klinika rehabilitačního lékařství**

Albertov 7, 128 00 Praha 2

**ERGOTERAPIE U DĚTÍ S AUTISMEM S VYUŽITÍM  
STRUKTUROVANÉHO UČENÍ TEACCH**

Bakalářská práce

**Vedoucí bakalářské práce:** Bc. Zuzana Dudáková

**Oponent bakalářské práce:** doc. MUDr. Jiří Votava

Praha 2007

Petra Břicháčková

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Bc. Zuzaně Dudákové za ochotnou spolupráci, cenné rady a připomínky. Dále bych na tomto místě chtěla poděkovat všem, kteří mi vyšli vstříc a věnovali svůj čas, zejména pak kolektivu SMŠ Fialka a SMŠ Štíbrova, a v neposlední řadě také rodině za její podporu během celého studia.

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů. Souhlasím s jejím zveřejněním a zapůjčováním případným zájemcům pro studijní účely.

V Praze dne: *30. 3. 2007*

Podpis: *F. Břaldicová*

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývá úlohou ergoterapie u dětí s autismem a praktickým využitím programu TEACCH v činnostech, které nás činí nezávislymi na okolním prostředí. Teoretická část práce stručně popisuje historický vývoj přístupů k problematice autismu, charakterizuje jednotlivé poruchy autistického spektra a vysvětluje typickou triádu problematických oblastí těchto klientů. Dále teoreticky vymezuje základní principy ergoterapie a strukturovaného učení TEACCH. V praktické části se zabývá implementací strukturovaného učení TEACCH do každodenní ergoterapeutické praxe - nácviku všedních denních činností (ADL). Součástí praktické části jsou dvě kazuistiky dětí s autismem a návrhy konkrétních postupů při nácviku a hodnocení oblastí ADL.

**Klíčová slova:** autismus, triáda problémových oblastí, strukturované učení TEACCH, ergoterapie, ADL

## **ABSTRACT**

This bachelor work considers the role of occupational therapy concerning children with autism and the program TEACCH, which is a practical utilization in activities that are making us independent in our surroundings. The theoretical part of the work briefly describes the historical development of approaches to the problems of autism and characterizes individual autism spectrum disorder and explains the typical triad of problematic spheres with these clients. In the following, the work theoretically limits fundamental principles of occupational therapy and the structured teaching TEACCH. The practical part of this work deals with implementation of structured teaching TEACCH into everyday practice of occupational therapy – training in activities of daily living (ADL). As a part of the practical part there are two casuistries of children with autism and specific procedures designed for training and evaluation of spheres of ADL.

**Keywords:** autism, triad of problematic spheres, structured teaching TEACCH, occupational therapy, ADL

## Obsah:

<b>1</b>	<b>Úvod</b> .....	<b>6</b>
1.1	Uvedení do problematiky, motivace .....	6
1.2	Komu je práce určena, cíl práce .....	6
<b>2</b>	<b>Historický vývoj přístupů a pojmů poruch autistického spektra</b> .....	<b>8</b>
2.1	Psychoanalýza a autismus .....	8
2.2	Behaviorální přístup .....	9
2.3	Neurobiologický model.....	10
2.4	Neuropsychologický model .....	11
2.5	Genetické výzkumy .....	11
2.6	Současné pojetí poruch autistického spektra .....	12
2.7	Současné možnosti terapeutického působení .....	13
<b>3</b>	<b>Autismus, pervazivní vývojové poruchy, poruchy autistického spektra</b> ..	<b>14</b>
3.1	Terminologické vymezení pojmů .....	14
3.2	Diagnostické metody .....	15
3.3	Charakteristika jednotlivých poruch autistického spektra .....	15
3.3.1	Dětský autismus (F84. 0) .....	15
3.3.2	Atypický autismus (F84. 1).....	16
3.3.3	Aspergerův syndrom (F84. 5).....	17
3.3.4	Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84. 3) .....	19
3.3.5	Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84. 8).....	20
3.3.6	Autistické rysy .....	20
3.3.7	Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84. 4).....	21
3.3.8	Rettův syndrom (F84. 2) .....	22
3.4	Prevalence výskytu autismu.....	22
3.4.1	Poměr mezi pohlavími .....	23
3.4.2	Spoluvýskyt autismu .....	24
<b>4</b>	<b>Triáda problémových oblastí</b> .....	<b>25</b>
4.1	Sociální interakce a sociální chování .....	25
4.1.1	Typické problémy sociálního chování u dětí s autismem .....	26
4.2	Komunikace .....	26

4.2.1	Jednotlivé problémy v komunikaci .....	27
4.3	Představitost .....	29
4.3.1	Jednotlivé projevy nedostatku představitosti či rigidity myšlení .....	30
<b>5</b>	<b>Program TEACCH .....</b>	<b>32</b>
5.1	Strukturované učení TEACCH .....	33
5.1.1	Základní principy strukturovaného učení .....	35
<b>6</b>	<b>Úloha ergoterapie .....</b>	<b>42</b>
6.1	Prostředky ergoterapie .....	42
6.2	Důležité součásti ergoterapeutické intervence u dětí s PAS a jejich rodičů .....	43
6.3	Specifické činnosti ergoterapie při práci s dítětem s PAS a jeho rodinou .....	44
6.4	Ergoterapie zaměřená na ADL .....	45
6.4.1	Hodnocení výkonu ADL .....	46
6.5	Ergoterapeutický proces zaměřený na oblast ADL u dětí s PAS .....	48
<b>7</b>	<b>Aplikace programu TEACCH do ergoterapie .....</b>	<b>50</b>
7.1	Návrh ergoterapeutického postupu a hodnocení nácviku ADL .....	54
7.2	Metody sběru informací .....	54
<b>8</b>	<b>Kazuistika č. 1 .....</b>	<b>55</b>
8.1	Návrh ergoterapeutického postupu při nácviku ADL s využitím strukturovaného učení TEACCH .....	70
8.2	Návrh ergoterapeutického hodnocení nácviku ADL .....	72
<b>9</b>	<b>Kazuistika č. 2 .....</b>	<b>75</b>
9.1	Návrh ergoterapeutického postupu při nácviku ADL s využitím strukturovaného učení TEACCH .....	87
9.2	Návrh ergoterapeutického hodnocení nácviku ADL .....	89
<b>10</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>91</b>
<b>11</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>94</b>
<b>12</b>	<b>Seznam příloh .....</b>	<b>99</b>
<b>13</b>	<b>Seznam literatury .....</b>	<b>121</b>

# 1 Úvod

## 1.1 Uvedení do problematiky, motivace

Autismus je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí. Porucha vzniká na neurobiologickém podkladě. Důsledkem poruchy je, že dítě dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Duševní vývoj dítěte je díky tomuto handicapu narušen hlavně v oblasti komunikace, sociální interakce a představivosti. Autistické dítě nedokáže správným způsobem vyhodnocovat informace (senzorické, jazykové). Děti s autismem pak mívají výrazné potíže ve vývoji řeči, ve vztazích s lidmi a obtížně zvládají běžné sociální dovednosti.

Jako studentka ergoterapie jsem se na své praxi často setkávala s dětmi s nejrůznějšími typy postižení, ale setkání se s dětmi s autismem ve mě zanechalo mnoho otazníků. Tyto děti byly vyjímečné, zvláštní, zcela odlišné od ostatních. Nebyli horší ani lepší, byli prostě jiní. Jakoby žili ve vlastním světě, který byl pro mě jakýmsi „tajemstvím“. Právě tato skutečnost mě inspirovala k napsání této bakalářské práce. Chtěla jsem se dozvědět více o jejich způsobu myšlení, chování, vnímání a o možnostech jak jim pomoci.

Toto téma, které je zaměřené na děti s poruchami autistického spektra (dále PAS) jsem si zvolila také proto, že jako ergoterapeut v budoucnu vážně uvažuji o práci s dětmi.

## 1.2 Komu je práce určena, cíl práce

Tato bakalářská práce je určena především všem, kteří se zajímají o problematiku poruch autistického spektra (pervazivních vývojových poruch).

Cílem teoretické části této práce je seznámit odbornou i laickou veřejnost s minulým i nynějším pojetím problematiky poruch autistického spektra a předat informace o možnosti využití strukturovaného učení TEACCH v ergoterapii těchto dětí.

V praktické části se jako ergoterapeut více zaměřím na oblast vztahující se k bazálním neboli personálním ADL (pADL), které jsou základní pro zvládnutí péče o sebe sama.

Také bych ráda ve své práci odpověděla na několik základních otázek, které si jistě kladou i někteří odborníci a mnozí rodiče, kteří se doví, že s jejich dítětem je něco v nepořádku. „Co vlastně znamená pojem „autismus“?“ „Jaké je autistické dítě?“ „Jedná se o poruchu, kterou lze vyléčit?“ „Jde o vzácné onemocnění?“ „Jakým způsobem mohu jako ergoterapeut dítěti pomoci?“ „Jedná se opravdu o postižení, které je spojováno s fenoménem dnešní doby?“ „Jaká je podstata programu TEACCH?“ „Jakým způsobem lze uplatnit strukturované učení TEACCH v ergoterapii těchto dětí?“

## 2 Historický vývoj přístupů a pojmů poruch autistického spektra

Pojem „autismus“ poprvé použil Eugen Bleuler v roce 1911 při popisu psychopatologie schizofrenie. *„Označoval jím schizofrenní stažení se z reálného světa a ponoření se do vlastního, nesrozumitelného světa nemoci. Když o tři desetiletí později v roce 1943 americký psychiatr Leo Kanner užil termínu „časný dětský autismus“ (později také Kannerův syndrom) v jiné souvislosti, neměl na mysli vytvořit spojení svého pozorování se schizofrenií. Jeho záměrem bylo konstatovat, že jím pozorované děti žijí ve svém vlastním, pro okolí špatně pochopitelném světě. Nicméně tato asociace mezi autismem a schizofrenií vznikla“* (Hrdlička, 2004, s. 12), což ještě dodnes velmi ovlivňuje výklad autismu. V řadě slovníků pod heslem „autismus“ najdeme definici související pouze se schizofrenií. Například: *„Autismus – pohroužení se do vnitřního života převládá nad vztahem ke skutečné realitě, egocentrické, nerealistické myšlení, snění“* (Hartl, 1993, s. 297).

Rok po Kannerovi, tedy v roce 1944, vídeňský pediater Hans Asperger nezávisle na něm popsal syndrom s podobnými projevy. Mluvil o „**autistické psychopatii**“, která později byla nahrazena termínem „**Aspergerův syndrom**“. *„V době druhé světové války však informační spojení mezi vědci nefungovalo, proto je zajímavé, že v popisu chování použil Asperger také pojem „autismus“, aniž by znal práci svého kolegy Leo Kanner“* (Frith, 1991 podle: Thorová, 2006, s. 37).

### 2.1 Psychoanalýza a autismus

Psychoanalytické hnutí vzniklo v předválečné době v Evropě. Do Ameriky dorazilo po druhé světové válce a mělo výrazný dopad na laické i odborné myšlení. *„Ke konci čtyřicátých let se Kanner domníval, že autismus je vrozená porucha, jejíž vznik je způsoben geneticky. Později se ale pod vlivem psychoanalýzy zaměřil na zkoumání rodičovských charakteristik. Rodiče autistických dětí označil za tvrdé, úspěšné, chladné, sobecké, zajímaví se pouze o vlastní problémy, odmítající pomoci svému dítěti. Podezřívá rodiče, že se ke svému dítěti chovají jako k předmětu“* (Victor, 1983 podle: Thorová, 2006, s. 38) Kanner (1972 podle: Thorová 2006, s. 38)



říká: „V celé skupině je pouze hrstka srdečných rodičů. Jinak jsou příliš zaměstnani, nemají o dítě zájem. Dokonce i šťastná manželství jsou spíše chladná a formální.“

Dalším ze zastánců teorie, ve které jsou viníkem rodiče dítěte, byl americký dětský psychiatr Bruno Bettelheim, který sice připouští, že organické faktory mohou být přítomny, ale chybné rodičovské postoje umožní těmto faktorům způsobit autismus (Bettelheim, 1967 podle: Thorová, 2006).

Teorie Mahlerové je také striktně psychoanalytická a patří do skupiny názorů, které kladly stav dítěte za vinu matce. Mahlerová (1952 podle: Thorová, 2006, s. 39) tvrdí, že „normální dítě je autistické první tři měsíce života a pokud osoba, která o dítě pečuje není emocionálně vřelá a o dítě fyzicky nepečuje, dítě z autistické fáze nikdy nevyroste“.

Výsledkem psychoanalytických interpretací autismu byly rozvrácené rodiny, kdy si rodiče vzájemně kladli za vinu potíže dítěte. „Rodiče absolvovali drahá psychoterapeutická sezení s jediným výsledkem – jejich dítě zůstalo autistické. Mnohé děti byly v rámci „terapie“ umístěny do ústavní péče, aby se tak vytrhly ze „zhooubného“ rodinného prostředí. Období, kdy matky dětí byly obviňovány za postižení svých dětí, se řadí k nejčernějším obdobím v dějinách psychologie a psychiatrie“ (tamtéž, s. 40).

## 2.2 Behaviorální přístup

Behaviorální terapie se zaměřuje na problémové chování, které je možné odnaučit a přeučit. V padesátých a šedesátých letech se behaviorální terapie stala jedním z hlavních psychoterapeutických směrů. Teoretický základ tvořilo učení Pavlova, Watsona, Wolpeho a Skinnera. Cílem bylo posilování vhodného a odstraňování nevhodného chování. Terapeuti se řídili předpokladem, že systematické poskytování odměn za žádoucí chování a tresty za nežádoucí chování povedou k trvalým změnám v chování požadovaným směrem (Možný, 1999).

Jedním z prvních zastánců behaviorálního pohledu na problematiku dětí s autismem byl C. B. Ferster. Autismus považoval za vzácnou formu schizofrenie. Jako efektivní posilovač vhodného chování u dětí s autismem označil jídlo. Všiml si, že jiné druhy motivace, které platí na ostatní děti, nejsou u těchto dětí účinné. Zdůraznil fakt, že posílení by mělo být okamžité. Podle Ferstera trest nemá na dítě

příliš velký účinek (Ferster, 1961 podle: Thorová, 2006).

Někteří terapeuti docházejí k opačným závěrům a referují o pozitivních výsledcích averzivní terapie<sup>1</sup>, u které po nevhodném chování následuje trest ve formě nepříjemného zážitku. V šedesátých letech se dokonce využívalo krátkého bolestivého elektrického šoku k potlačení sebezraňujícího chování. Lovaas a Simmons ve své publikaci uvedli, že léčba je v určitých případech velmi efektivní a že dva až tři takové šoky stačí k tomu, aby nevhodné chování zcela vymizelo (Lovaas, 1969 zdroj: tamtéž)

Využívání trestů v behaviorální terapii je však z hlediska etiky sporné. *„Všeobecně se má za to, že pro děti s autismem jsou fyzické tresty kvůli jejich zvýšené psychické zranitelnosti velmi nevhodné“* (Akerley, 1976 podle: Thorová, 2006, s. 43). Někteří odborníci upozorňují na nebezpečí, že trest se v určitém kontextu může stát posilovačem nevhodného chování. *„Pozornost se tak obrací k vhodným posilovacím prostředkům, jako je jídlo, hudba, vibrace nebo oblíbený předmět“* (Harris, 1987 podle: Thorová, 2006, s. 43).

## 2.3 Neurobiologický model

Za průkopníky v této oblasti se považují neurobiologové Ornitz a Ritvoz. Domnívali se, že problém spočívá v percepční nekonstantnosti. Signály přicházející zvenčí jsou podle jejich teorie zpracovávány „hluchým způsobem“, takže dítě si z nich nemůže vytvořit žádnou smysluplnou informaci. Později autismus definují jako poruchu percepční integrace. *„Tento deficit inhibuje porozumění prostředí a má za následek, že se neobjeví ani řeč. Běžná cesta, kterou se dítě učí, je dezorganizována. Zpáteční informace nefungují. Založit základ pro pozdější kognitivní vývoj je nutné již v prvních měsících života. Když je chybná percepce, nemohou být zapuštěny kořeny pro další vývoj“* (Bemporad, 1980 podle: Thorová, 2006, s. 46).

Neurofyziologický základ má i Pribramova teorie z roku 1970. Domníval se, že hlavním problémem je neschopnost kódovat, uchovávat a efektivně zpracovávat sluchové signály (Thorová, 2006).

Na přelomu století si získává pozornost vývojový neurobiologický model příčiny vzniku autismu. Teorie říká, že z dosud neprokázaných příčin (teoreticky

---

<sup>1</sup> averzivní terapie - jde o výuku s pomocí trestů, kdy se klientovi nežádoucí návyk či chování asociuje s nepříjemnou zkušeností

setkání plodu s nějakou teratogenní látkou, chybná funkce genů řídících autoorganizaci mozkových struktur) dochází po uzavření neurální trubice u plodu k poškození vyvíjejícího se mozku (mezi 24.-26. embryonálním dnem). 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 (Komárek, 2004).

## 2.4 Neuropsychologický model

V osmdesátých a devadesátých letech dochází ke střetu dvou silných psychologických teorií snažících se vysvětlit příčiny autismu. Na jedné straně stojí obhájci **kognitivní teorie** (teorie mysli), kteří předpokládají, že porucha sociální interakce je důsledkem poruchy myšlení. *„Uskutečnili řadu testů dokazujících, že schopnost uvědomovat si duševní stavy (testy teorie mysli) je pro lidi s autismem mnohem problematictější než pro lidi s jiným typem postižení, ale srovnatelným intelektem. Teorie v této formě ale není schopna vysvětlit autismus u nemluvicích dětí“* (Thorová, 2006, s. 47). Druhá linie vychází z **emoční teorie** vzniku autismu. Za primární považuje neschopnost zapojit se do základní sociální interakce s druhými lidmi. Postupem času dochází k integraci obou teorií. *„Vědci se přiklání k názoru, že neexistuje žádný oddělený mechanismus pro emoce a pro myšlení, nýbrž každá dílčí psychologická funkce, jako je například řeč nebo myšlení, potřebují ke své činnosti obojí“* (tamtéž).

## 2.5 Genetické výzkumy

O tom, že autismus a Aspergerův syndrom mohou být poruchy vrozené, případně dědičné uvažovali Kanner i Asperger. Nicméně až výzkumy probíhající převážně v sedmdesátých letech v oblasti genetiky upozornily na spojitost cytogenetických abnormalit s vývojovými poruchami včetně autismu. Z výzkumů vykryštovalo několik genů, které mají s velkou pravděpodobností bližší vztah k autismu, protože jejich vazba na autismus byla prokázána ve více nezávislých studiích - např. chromozomální oblasti 2q, 7q, 15q, 16p (Sedláček, 2004). Nicméně *„výzkumné*

*výsledky nejsou prozatím na takové úrovni, aby byly schopny vysvětlit genetický mechanismus příčiny vzniku autismu. S největší pravděpodobností je však autismus poruchou, kterou nezpůsobuje jeden specifický gen. Pro tento fakt svědčí jak různorodost symptomů, kterými se porucha projevuje, tak i variabilita tíže postižených* (Thorová, 2006, s. 49).

Dalším argumentem, který podporuje teorii o vlivu genetiky, je častý výskyt širšího autistického chování u rodičů těchto dětí nebo v jejich širším příbuzenstvu. *„Zejména u dětí s Aspergerovým syndromem téměř v polovině případů najdeme v příbuzenstvu člověka s výraznými osobnostními rysy, sociálním deficitem, Aspergerovým syndromem“* (Gillberg, 1995, s. 122).

## **2.6 Současné pojetí poruch autistického spektra**

Vědecké studie směřují k pojmání autismu jako důsledku geneticky podmíněných změn v mozgovém vývoji. Poruchy autistického spektra jsou považovány za vrozené. Specifické projevy dítěte nejsou způsobeny chybným výchovným vedením. Autismus řadíme mezi neurovývojové poruchy na neurobiologickém základě (teoreticky jsou nejvíce zvažovány dysfunkce v oblasti mozečku, limbického systému, kůry mozkové, cingula, hipokampu). Z hlediska neuropsychologického problému dítěte vyvěrají z potíží s vnímáním (příjmem informací) a zpracováním informací (problémy v oblasti emocí a myšlení). Nejedná se o jedno místo v mozku zodpovědné za vznik autismu, ale spíše o poruchu komunikačních a integračních funkcí v mozku. Předpokládáme, že pokud existuje různorodost v projevech, bude existovat i variabilita v příčinách (multifaktoriální příčiny). Významnou roli zde hrají genetické faktory, na vzniku autismu se podílí s největší pravděpodobností různý počet genů v různé míře. Specifické geny tvoří spíše genetickou predispozici ke vzniku poruchy autistického spektra, která teprve v kombinaci s jinými vlivy určuje závažnost poruchy či vůbec vznik autismu (Thorová, 2006).

## 2.7 Současné možnosti terapeutického působení

Existuje ohromné množství specifických terapií a léčebných přístupů k autismu a příbuzným vývojovým poruchám. V příloze (tab. č. 1) uvádím několik takovýchto terapií, nicméně ne všechny mají jednoznačnou podporu. *„Tyto terapie či techniky často provází velké nadšení buď ze strany rodičů, kteří se domnívají, že jsou svědky zázračného zlepšení, na které dlouho čekali, nebo ze strany odborníků, kteří očekávají slávu a odměnu za to, že objevili lék“* (Schopler, s. 77).

Celkově platí, že nejlepší výsledky přináší strukturované programy, kombinace různých behaviorálních technik a využívání vizualizovaných informací (spíše než verbálních instrukcí).

*„Součástí účinné intervence jsou nácviky pracovních a sociálních dovedností a rozvoj funkční komunikace. Existuje řada doplňujících terapeutických postupů, jejichž účinnost není specifická pro autismus. Některým dětem mohou pomoci k rozvoji a duševní pohodě stejně jako různé kroužky a terapie zdravým dětem. Reakce dětí s poruchou autistického spektra na tyto terapie bývají velmi individuální, ne každá terapie se hodí pro každé dítě“* (Thorová, 2006, s. 52).

Terapie, které nejsou schopny prokázat svou účinnost, slibují zázraky a úplné vyléčení, jsou na vědeckém poli ostře odsuzovány.

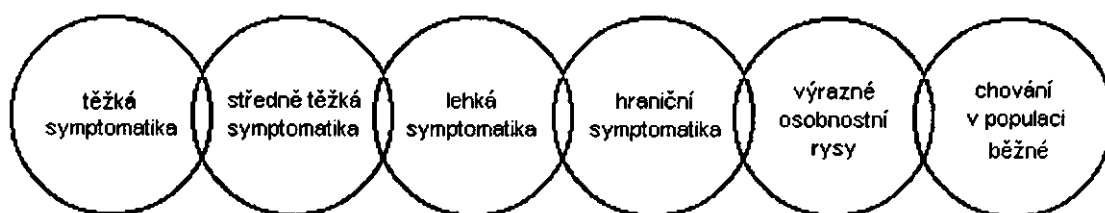
## 3 Autismus, pervazivní vývojové poruchy, poruchy autistického spektra

### 3.1 Terminologické vymezení pojmů

Autismus se od roku 1980 řadí mezi **pervazivní vývojové poruchy** (*PDDs - Pervasive Developmental Disorders*), které patří k nejméně závažným poruchám dětského mentálního vývoje. Slovo *pervazivní* znamená všepronikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech. V důsledku vrozeného postižení mozkových funkcí, které dítěti umožňují komunikaci, sociální interakci a symbolické myšlení (fantazii), dochází k tomu, že dítě nedokáže vyhodnocovat informace stejným způsobem jako děti stejné mentální úrovně. Pro syndromy, které tvoří jednotlivé nozologické jednotky (viz kap. 3.3.), je charakteristická značná variabilita symptomů.

„Obtížnost v zařazování dětí do určité kategorie pervazivních vývojových poruch a jejich vzájemné překrývání vyvolaly v praxi potřebu vzniku všeobecného termínu, který by zastřešoval děti s co nejširší škálou i mírou symptomů. Ve světě se rozšířil a je v současné době běžně používán termín „**poruchy autistického spektra**“ (*ASD - Autism Spectrum Disorders*), který zhruba odpovídá pervazivním vývojovým poruchám. Termín *poruchy autistického spektra* je považován za výstižnější, protože specifické deficity a abnormní chování jsou považovány spíše za různorodé než pervazivní“ (Thorová, 2006, s. 60).

Jak již bylo řečeno, kromě velmi heterogenní symptomatiky se u PAS setkáváme s rozdílnou mírou symptomatiky. „*Tíže symptomatiky tak tvoří kontinuum* (viz obr. níže) *od jednoznačně a plně vyjádřené symptomatiky přes hraniční projevy, se kterými se setkáváme u lidí blížících se normě, ale i u jedinců, kteří trpí jinou, mnohdy závažnou poruchou (mentální retardace, porucha aktivity a pozornosti, různé neurogenetické syndromy*“ (Thorová, 2006, s. 32).



## 3.2 Diagnostické metody

Ke stanovení diagnózy je zapotřebí několik symptomů v jednotlivých oblastech triády (viz kap. 4). Diagnóza se stanovuje, kromě Rettova syndromu, u kterého byl v devadesátých letech objeven gen odpovědný za vznik poruchy, na základě chování dítěte.

V současné době mezi všeobecně uznávané a rozšířené diagnostické systémy patří v Evropě diagnostická kritéria vydávaná Světovou zdravotnickou organizací (MKN-10), ve Spojených státech amerických pak kritéria vydávaná Americkou psychiatrickou asociací - DSM-IV<sup>2</sup>. V příloze (tab. č. 2) uvádím srovnání světového klasifikačního systému MKN-10 s americkým DSM-IV.

*„Při stanovení tíže poruchy zvažujeme četnost výskytu specifického chování, hloubku handicapu a sumu symptomů“* (Thorová, 2006, s. 32). Míru symptomatiky kvantitativně pomáhá určit např. **škála CARS** (Childhood Autism Rating Scale - Škála dětského autistického chování), která je v České republice relativně rozšířená (není metodou určenou pro diagnózu, ale pouze pro screening). *„Při stanovení diagnózy nehodnotíme jen přítomnost či nepřítomnost projevů, ale musíme zohlednit chronologický (případně mentální) věk dítěte, přidružené smyslové či pohybové poruchy a posoudit chování dítěte v širším kontextu všech souvisejících faktorů“* (tamtéž).

## 3.3 Charakteristika jednotlivých poruch autistického spektra

### 3.3.1 Dětský autismus (F84. 0)

Dětský autismus tvoří jádro poruch autistického spektra (hlavně z pohledu historického). V současné době považujeme za dětský autismus takovou poruchu, jejíž symptomy zahrnují všechny tři složky diagnostické triády (viz kap. 4) a objeví se před třetím rokem věku dítěte. Podle míry postižení se někdy dělí na **nízkofunkční až vysokofunkční** či s **mírnou až těžkou symptomatikou**. Přičemž mírná až těžká symptomatika se týká především počtu a hloubky projevů autismu a nízkofunkčnost až vysokofunkčnost zahrnuje i celkovou vývojovou (případně

---

<sup>2</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Diagnostický manuál Americké psychiatrické společnosti

intelektuální) úroveň. Celková vývojová úroveň a hloubka autistické symptomatiky jsou ale obvykle velmi úzce propojeny, takže toto dělení je spíše teoretické a je používáno ekvivalentně (www.autik.blog.cz.).

*„Kromě poruch v klíčových oblastech sociální interakce, komunikace a představivosti mohou lidé s autismem trpět mnoha dalšími dysfunkcemi, které se projevují navenek odlišným, abnormním až bizarním chováním. Typická je značná variabilita symptomů. Porucha se diagnostikuje bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost jakékoli jiné přidružené poruchy“* (Thorová, 2006, s. 177).

V příloze č. 2 uvádím diagnostická kritéria dětského autismu podle MKN-10.

### **Komorbidita DA**

Nejčastějším současným onemocněním dětského autismu bývá v 75 % mentální retardace, přičemž bývá upřesňováno, že asi 30% autistických pacientů spadá do pásma mírně a středně těžké MR a 45% do pásma těžké a hluboké MR (Wiener, 1997; Sadock a Sadock, 1999 zdroj: Hrdlička, 2004).

Nejčastější neurologickou komorbiditou je epilepsie. Až 30 % pacientů s autismem trpí epileptickými záchvaty a až 60 % má specifickou epileptickou abnormitu v EEG.

V souvislosti s dětským autismem je také zaznamenán vyšší výskyt syndromu fragilního X chromozomu a tuberózní sklerózy (Volkmar et al., 1999, Tanguay, 2000 zdroj: Hrdlička, 2004).

### **3.3.2 Atypický autismus (F84. 1)**

Atypický autismus je velmi heterogenní diagnostická jednotka. Dítě splňuje jen částečně diagnostická kritéria daná pro dětský autismus. Nicméně u dítěte najdeme řadu specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních symptomů, které se s potížemi, jež mají lidé s autismem shodují. *„Lze říci, že atypický autismus je zastřešujícím termínem pro část osob, na které by se hodil vágní diagnostický výrok autistické rysy či sklony“* (Thorová, 2006, s. 182).

Americký diagnostický systém DSM-IV termín atypický autismus jako samostatnou kategorii nezná, užívá termín pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (*Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified, PDD-NOS*), která zahrnuje běžně rozšířené pojmy jako atypický autismus, pervazivní



vývojovou poruchu nebo atypický vývoj osobnosti. Tato kategorie je v USA terčem kritiky pro svou málo vypovídající hodnotu.

Pro stanovení diagnózy je důležité, že celkový obraz u atypického autismu nesplňuje plně kritéria jiné pervazivní vývojové poruchy. „*Chybou je, že kategorie atypického autismu nemá stanoveny hranice a ani klinický obraz nebyl ještě přesně definován. Diagnóza je tak založena na co nejlepším odhadu a poněkud subjektivním mínění diagnostika*“ (Thorová, 2006, s.183).

Atypický autismus je diagnostikován obvykle v těchto případech:

- První symptomy autismu byly zaznamenány až po třetím roce života Tato situace je vzácná, ale vzhledem k heterogenitě příčin vzniku autismu možná.
- Abnormní vývoj je zaznamenán ve všech třech oblastech diagnostické triády, nicméně způsob vyjádření, tíže a frekvence symptomů nenaplňuje diagnostická kritéria.
- Není naplněna diagnostická triáda. Jedna z oblastí není primárně a výrazně narušena.
- Autistické chování se přidružuje k těžké a hluboké mentální retardaci. Můžeme pozorovat některé symptomy jednoznačně typické pro autismus, nicméně mentální věk je natolik nízký (obvykle méně než 15 měsíců), že míra komunikačního nebo sociálního deficitu nemůže být v ostrém kontrastu s projevy obvyklými pro mentální retardaci (tamtéž).

### 3.3.3 Aspergerův syndrom (F84. 5)

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

Hans Asperger

*„Projevy sociální dyslexie, jak někdy bývá Aspergerův syndrom nazýván mají mnoho forem. Jedná se o velmi různorodý syndrom, jehož symptomatika plynule přechází do normy. Je obtížné, ne-li nemožné u určité hraniční skupiny odlišit, zda se jedná o Aspergerův syndrom nebo jen o sociální neobratnost spojenou například s více vyhraněnými zájmy a výraznějšími rysy osobnosti“* (Thorová, 2006, s. 185).

Intelekt u lidí s Aspergerovým syndromem je v pásmu normy, má vliv na úroveň dosaženého vzdělání a úroveň sebeobslužných dovedností, ale není již zaručeným

prediktorem plně samostatného života v dospělosti. „Tvrdit, že Aspergerův syndrom je mírnější formou autismu, je značně zjednodušené. Aspergerův syndrom má svá specifika i problémy, které mohou být stejně závažné, i když kvalitativně odlišné od ostatních poruch autistického spektra“ (tamtéž).

Děti s Aspergerovým syndromem mohou a nemusí mít opožděný vývoj řeči. Ve věku pěti let však již mluví plynule. Většinou mají dobrou slovní zásobu, vývoj řeči však bývá poněkud abnormní. Časté je memorování textů, informací nejrůznějšího charakteru např. televizních programů a reklam. Děti s Aspergerovým syndromem mívají potíže hlavně v oblasti pragmatického užívání řeči (řeč málokdy odpovídá sociálnímu kontextu dané situace). Vykřikují například nesouvislé věty, ulpívají na tématech, aniž by je zajímala reakce a zájem posluchače. pedanticky lpí na přesném vyjadřování či vyžadují dodržování určitých verbálních rituálů. „Děti s Aspergerovým syndromem se obtížně zapojují do kolektivu vrstevníku, proto také mateřská škola bývá obvykle prvním místem, kde se zjistí, že dítě má problémy. Děti s Aspergerovým syndromem obtížně chápou pravidla společenského chování, která jsou ostatním lidem automaticky srozumitelná“ (tamtéž, s. 186).

Někteří lidé s Aspergerovým syndromem se vůbec nedokážou orientovat podle neverbálních signálů. Humorně nebo ironicky řečené výroky chápou doslovně, což vede k projevům sociálně mnohdy těžko akceptovatelného chování. Obtížně chápou potřeby cizích lidí, chybí jim empatie a působí egocentricky. Velmi snadno podléhají stresu. Mají omezenou schopnost vyjádřit své pocity. Často pak zjistíme, že je dítě ve stresu a tenzi až ze sebevražedných proklamací, výrazně zhoršeného chování či jiných somatických obtíží. Lidé s Aspergerovým syndromem bývají náchylní k sebepodceňování, odsuzování a hledání chyb na vlastní osobě. Schopnost ovládat vlastní chování je snižena. Děti s Aspergerovým syndromem tak často podléhají nekontrolovatelným záchvatům vzteku a bývají náladové. Zájmy mívají úzký a ulpívavý charakter. Rozdělujeme je na primární (neodklonitelné, rigidní) a sekundární (s potenciálem tvořivého rozvíjení). Mezi oblíbené okruhy zájmů patří encyklopedické zájmy, dopravní prostředky, počítače a programování, kosmos, vodovodní potrubí, mapy, dopravní značky, vlajky, značky aut apod. V podstatě vše, v čem lze vystopovat určitý řád či alespoň prvky opakování.

Děti se stejnou diagnózou se v úrovni adaptability mohou diametrálně lišit. Rozeznáváme tzv. **nízko funkční a vysoce funkční Aspergerův syndrom** (viz příloha, tab. č. 3). Vysoce funkční Aspergerův syndrom přináší lepší prognózu do budoucna.

Lidé s Aspergerovým syndromem mohou být nadáni téměř ve všech oblastech. Jsou mezi nimi rychločtenáři, lidé s vynikajícím matematickým a logickým uvažováním, šachisté, malíři. *„Celá řada studií zabývajících se prognózou lidí s Aspergerovým syndromem uvádí, že převážná část lidí s Aspergerovým syndromem žije doma s rodiči a nepracuje. Pouze menšina si najde práci, případně založí rodinu“* (Thorová, 2006, s. 185).

V současné době trvají diskuse o tom, zda Aspergerův syndrom je samostatnou nozologickou jednotkou, či pouze typem vysoce funkčního autismu.

### **3.3.4 Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84. 3)**

Syndrom poprvé popsal v roce 1908 speciální pedagog z Vídně Theodore Heller. Poruchu nazval „dementia infantilis“, později byla známá pod jménem svého objevitele jako *Hellerův syndrom* nebo *dezintegrační psychóza*. V MKN-10 je již uvedena jako jiná dezintegrační porucha, která byla zařazena mezi pervazivní vývojové poruchy.

Po období normálního vývoje, které trvá u dezintegrační poruchy minimálně dva roky, nastává z neznámé příčiny regres v doposud nabytých schopnostech. Do té doby je vývoj prokazatelně v normě ve všech oblastech, tzn. že dítě ve dvou letech mluví v krátkých větách, sdílí pozornost, přijímá a iniciuje sociální kontakt, gestikuluje, je přítomna napodobivá a symbolická hra. Nástup poruchy je udáván mezi třetím a čtvrtým rokem. Deteriorace (zhoršení stavu) může být náhlá nebo může trvat několik měsíců a je vystřídána obdobím stagnace. Dítě se zhorší v komunikačních a sociálních dovednostech, často nastupuje chování zcela typické pro autismus. Po tomto období může, ale také nemusí nastat opětovné zlepšování dovedností. Normy není již nikdy dosaženo (Thorová, 2006).

K pozorovaným projevům se přidává i nástup emoční lability, záchvaty vzteku, potíže se spánkem, agresivita, úzkostnost, dráždivost, hyperaktivita, dyskoordinace komplexních pohybů a neobratná zvláštní chůze, abnormní reakce na sluchové podněty. Porucha má dopad na kognitivní oblast (deteriorace intelektu).

*„Opakovaně bylo zjištěno, že zhruba 30 % dětí, u kterých byl diagnostikován autismus, se vyvíjí normálně nebo téměř normálně do 15-24 měsíců věku“* (Golberg, 2003 podle: Thorová, 2006, s. 195). *„Prokazatelnou ztrátu dovedností v tomto období nazýváme autistickým regresem. Narozdíl od dětského autismu se*

*dezintegrační porucha liší pozdější dobou nástupu prvních symptomů (existuje delší období prokazatelně normálního vývoje), ztráta dovedností je více markantní. U některých dětí s autismem může dojít k regresi i později, ale nepředchází období zcela normálního vývoje. Nicméně hranici mezi regresivním typem autismu a dezintegrační poruchou nelze považovat za zcela jednoznačnou“ (tamtéž).*

Děti s dezintegrační poruchou jsou z hlediska celkové adaptability spíše nízko funkční, mívají těžší typ mentální retardace, bývají více sociálně otažití. Ve srovnání s dětmi s jiným typem poruchy autistického spektra má dezintegrační porucha horší vliv na vývoj a další prognózu dítěte. *„Lidé s dezintegrační poruchou mají stejně jako lidé s jinými poruchami autistického spektra potíže s komunikací a sociálním chováním celý život, ačkoli stejně, jako je tomu například u autismu, je tíže postižení velmi variabilní. Způsob terapie a vzdělávání je stejný jako u dětí s autismem. Náhlý výskyt symptomatiky svědčící pro autismus je obrovskou zátěží pro rodiče. Ze všech poruch autistického spektra je dezintegrační porucha v tomto ohledu nejproblémovější“ (Thorová, 2006, s. 204).*

### **3.3.5 Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84. 8)**

Jiná pervazivní vývojová porucha je kategorie, která se neužívá v Evropě příliš často. Diagnostická kritéria nejsou přesně definována. Jedná se o poněkud vágní a nikterak specifickou sběrnou kategorii.

U dětí s jinou pervazivní vývojovou poruchou se setkávám stejnými symptomy (autistickými rysy), které se projevují u dětí s poruchou autistického spektra. *„Děti na diagnostických škálách obvykle skórují na hranici positivity, nicméně diagnostická kritéria a celkový klinický dojem neopравňují k přiřčení konkrétnější diagnózy. Pouze v těchto případech lze hovořit o autistických rysech v chování. Z hlediska přístupu k těmto dětem se doporučuje stejná metodika jako u dětí s poruchou autistického spektra, pro některé děti je velmi vhodné zařazení do specializovaných strukturovaných programů pro děti s autismem“ (Thorová, 2006, s. 208).*

### **3.3.6 Autistické rysy**

Vzhledem k chybějící jednotné definici není jasné, zda autistické rysy jsou synonymem pro symptomy poruch autistického spektra, nebo označením pro projevy

děti, jejichž chování však frekvencí a intenzitou neodpovídá diagnostickým kritériím žádné poruchy autistického spektra. Thorová (2006) udává, že, „autistické rysy“ v žádném případě nejsou diagnózou a jeho užívání považuje za nevhodné z několika důvodů:

1. Chybí oficiální definice toho, co jsou autistické rysy, v praxi je touto „diagnózou“ označována velmi nehomogenní skupina.
2. Falešná negativita – často se tohoto označení dočkají děti, které jednoznačně trpí autismem nebo atypickým autismem, jen se nejedná o dítě s typicky vyjádřeným Kannerovým syndromem, kterých je podle odhadů mezi lidmi s autismem pouze deset procent.
3. Falešná pozitivita – autistické rysy jsou přiřčeny dětem, u kterých se o autismus nejedná. Dítě může mít poruchu expresivní složky řeči, syndrom získané afázie (Landauův – Kleffnerův syndrom<sup>3</sup>), trpět poruchou emocí či těžší formou poruchy aktivity a pozornosti. Díky nesprávné diagnóze může být intervenční program neúčinný a vhodná léčba blokována neefektivním snažením.

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

### **3.3.7 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84. 4)**

Jedná se o vágně definovanou poruchu, která sdružuje hyperaktivní syndrom (nereagující na stimulancia), mentální retardaci a stereotypní pohyby a/nebo

---

<sup>3</sup> Landauův – Kleffnerův syndrom – získaný neurologický syndrom v dětství charakterizovaný ztrátou expresivní a receptivní složky řeči, změnami EEG, křečemi. Regres řeči trvá méně než šest měsíců. Úroveň neverbální komunikace je zachována. V praxi často dochází k záměně s dezintegrační poruchou. Od PAS se liší snahou o neverbální komunikaci, chybějící poruchou představivosti a diferencovaným sociálním chováním.

sebepoškozování. V adolescenci má hyperaktivita tendenci být nahrazena hypoaktivitou, což u pravé hyperkinetické poruchy není obvyklé. Nevyskytuje se sociální narušení autistického typu.

### 3.3.8 Rettův syndrom (F84. 2)

Syndrom doprovázený těžkým neurologickým postižením, které má pervazivní dopad na somatické, motorické i psychické funkce, poprvé v roce 1996 popsal rakouský dětský neurolog Andreas Rett.

V roce 1999 Huda Zoghbi z USA objevil gen (MECP2) situovaný na raménku chromozomu X, který je podle dosavadních výzkumů odpovědný za 77-80 % případů vzniku Rettova syndromu. Zbýlých 20 až 23 % jsou dívky, u nichž se nepotvrdí na základě dosavadních limitovaných znalostí genetická porucha, ale splňují klinická kritéria Rettova syndromu či se k nim nápadně blíží. Naopak dívky, u kterých byla mutace genu prokázána, nemusí kritéria naplňovat (Huppke, 2000, podle: Thorová, 2006).

Mutace genu mají mnoho podob (aktuálně zhruba 200). Tato různorodost primárních příčin se dozajista podílí na variabilitě projevů Rettova syndromu. Je zajímavé, že stejné nebo podobné mutace (typ a pozice) nezpůsobují podobný typ Rettova syndromu, ale mohou mít za následek jeho těžší i lehčí formu.

Tento syndrom v klasické formě postihuje pouze dívky, chlapcům stejná mutace genu způsobí natolik těžkou encefalopatii (nedisponují druhým nenarušeným X chromozomem), že plod nebo novorozenec nepřežije. *„Navzdory tomu již bylo referováno několik ojedinělých případů netypických variant Rettova syndromu u chlapců, obvykle s vážnější manifestací symptomů, s časnějším začátkem a v kombinaci s těžkým kognitivním deficitem“* (Thorová, 2006, s. 212).

## 3.4 Prevalence výskytu autismu

*„Výsledky epidemiologických studií se liší. Tato situace je dána nejednotností diagnostických kritérií. Největší nárůst počtu dětí byl zaznamenán ve chvíli, kdy vstoupila v obecnou platnost širší diagnostická kategorie poruch autistického spektra“* (Thorová, 2006, s. 223). Frekvenci výskytu pervazivních vývojových poruch uvádím

v příloze (tab. č. 4). Odhad výskytu pervazivních vývojových poruch v ČR udává tabulka níže.

**Hrubý odhad výskytu pervazivních vývojových poruch v České republice (Thorová, 2006, s. 226)**

Diagnóza podle MKN-10	Počet osob žijících v ČR	Počet narozených dětí ročně
Dětský autismus (F 84.0)	15 000	135
Atypický autismus, pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná	30 000	270
Rettův syndrom (F 84.2)	1000	9
Jiná dezintegrační porucha v dětství (F 84.3)	100	0.9
Aspergerův syndrom (F 84.5)	15 000	135
PAS (poruchy autistického spektra)	60 000	540

### 3.4.1 Poměr mezi pohlavími

Obecně platí, že vývojovými poruchami častěji trpí chlapci. Také autismus je u děvčat vzácnější (viz příloha, tab. č. 5). Nejčastěji uváděným poměrem jsou 3 až 4 chlapci s autismem na 1 dívku. U Aspergerova syndromu je poměr chlapců k děvčatům ještě vyšší. Na druhou stranu *„existuje předpoklad, že vysoký nepoměr mezi pohlavími může být způsoben nedokonalou diagnostikou syndromu u děvčat. Švédský neuropsychiatr Christopher Gillberg se domnívá, že autismus u dívek má obvykle mírnější manifestaci symptomů. Dívky z autistického spektra poruch bývají méně hyperaktivní, méně agresivní a více sociabilní než chlapci“* (Kopp, 1992 In: Thorová, s. 226)

### 3.4.2 Spoluvýskyt autismu

Spoluvýskyt dětského autismu je v rodinách u sourozenců 2-3 %, u dětí s poruchou autistického spektra 5-6 % oproti 0,1-0,4 % výskytu autismu a 0,6-1 % výskytu poruch autistického spektra v běžné populaci.

U jednovaječných dvojčat je spoluvýskyt autismu velmi vysoký: 70-90 %. U dvojvaječných dvojčat autoři velmi často nenachází žádnou shodu, proto se předpokládá, že spoluvýskyt nepřekračuje běžné sourozenecké riziko.

Výsledky výzkumů přináší vyšší procento rizika výskytu mírnějších obtíží, než je autismus (drobné zvláštnosti v chování, horší sociální dovednosti, řečová a komunikační neobratnost, úzkostné nastavení, plachost, introverze, příliš vyhraněné zájmy, pedantismus, poruchy aktivity a pozornosti, specifické poruchy učení). Riziko je pro rodinu s dítětem s autismem tedy vyšší než u běžné populace, nicméně většina sourozenců bývá zdravá (Thorová, 2006).



## 4 Triáda problémových oblastí

V sedmdesátých letech vymezila britská psychiatryně Lorna Wingová styčné problémové oblasti, které jsou klíčové pro diagnózu a nazvala je **triádou poškození** (*Triad of Impairments*). Patří sem potíže v sociálním chování, komunikaci a představitivosti.

### 4.1 Sociální interakce a sociální chování

Sociální chování můžeme u dětí pozorovat již od prvních týdnů života. Sociální úsměv, broukání a oční kontakt se každým měsícem vývoje upevňují. Sociální chování se stává stále diferencovanějším. *„Porucha sociální interakce se hloubkou postižení u jednotlivých dětí s PAS výrazně liší. Některé děti mají potíže se základními sociálními dovednostmi, které jsou vlastní dětem v kojeneckém věku, u jiných sociální chování odpovídá tříletému dítěti a někteří lidé s mírnější variantou handicapu chápou sociální problémy na úrovni dětí šestiletých. Jednoznačně lze říci, že sociální intelekt je vždy vůči mentálním schopnostem člověka s poruchou autistického spektra v hlubokém deficitu“* (Thorová, 2006, s. 61).

Lorna Wingová (1996) popsala čtyři základní typy sociální interakce u lidí s PAS (**typ osamělý, pasivní, aktivní - zvláštní, formální**). Thorová (2006) uvádí ještě pátý typ **smíšený - zvláštní** (viz textová příloha č. 1). Toto rozlišení je v současné době běžně užíváno a je společné pro všechny poruchy autistického spektra. Způsob sociální interakce však není stabilním projevem, může se měnit s věkem. Naprosto typické chování pro danou skupinu vykazuje jen část lidí s PAS. Převažující typ sociální interakce se obvykle vykrytalizuje až v dospělém věku.

*„Specifický kognitivní styl, ke kterému přispívá doslovné a přesné chápání instrukcí a situací, rigidita myšlení, egocentrismus s omezenou schopností empatie, malá nebo žádná schopnost porozumět metakomunikaci<sup>4</sup> a neschopnost zobecňovat, lidem s PAS neumožňuje chápat jemnost a komplexitu sociálních vztahů a situací“* (Thorová, 2006, s. 78).

---

<sup>4</sup> Metakomunikace je předávání informací v průběhu slovní komunikace společně s přímým obsahem řečeného – intonace hlasu, mimika, gestikulace, zabarvení hlasu, důraz apod.

*„Mírnější forma sociálních potíží neznemožňuje běžný život. Děti obvykle projdou školní docházkou bez povšimnutí, maximálně je jejich chování považováno za podivné. Těžší forma poruchy výrazně ovlivní celý život rodiny, působí problémy ve školním zařízení a znesnadňuje či znemožňuje pozdější účast člověka v pracovním procesu. Také případné zařazení do denního, týdenního nebo celoročního zařízení je u těžkých forem poruchy velmi komplikované“ (tamtéž, s 77).*

#### **4.1.1 Typické problémy sociálního chování u dětí s autismem**

- a) V sociálním chování chybí reciprocita, snaha o sdílení pozornosti. Dítě s autismem nikdy nepřinese ukázat obrázek, který namalovalo, nepodělí se o své radosti či starosti.
- b) Nevyhledávají vztahy s lidmi, což se jeví jako nedostatek pozornosti k lidem. Chová se k lidem jako k předmětům. Neinicuje kontakt a na snahu vrstevníků navázat kontakt obvykle nereaguje. Chybí pocit sounáležitosti a vzájemnosti. Vyhledávají-li samotu a izolují-li se od ostatních, nemusí to vždy znamenat, že se chtějí vyhnout sociálním kontaktům, může to být neschopnost navázat a udržet si určitý vztah.
- c) Ve vzájemném styku chybí někdy oční kontakt. V některých případech nemusí jít o úmyslné vyhýbání se očnímu kontaktu, lidé s autismem pouze nepoužívají oční kontakt ke komunikaci.
- d) Dítě s autismem si není vědomo citů jiných lidí, nebere je na vědomí. Děti s autismem musíme učit, aby braly ohled na okolí, musíme je učit řídit jejich chování vůči ostatním.
- e) Dítě s autismem často neumí spontánně napodobovat nebo napodobuje doslova bez ohledu na okolnosti (**echochování**).
- f) Nedodržují společenské normy a konvence (srovnej, Jelínková, 2000).

#### **4.2 Komunikace**

*„Poruchy autistického spektra jsou primárně poruchami komunikace. Opožděný vývoj řeči bývá velmi často první příčinou znepokojení udávanou rodiči. Zhruba*

*polovina dětí s PAS si nikdy neosvojí řeč na takovou úroveň, aby sloužila ke komunikačním účelům“ (Paul, 1987 podle: Thorová, 2006, s. 98). U dětí, které si řeč osvojí, zaznamenáváme nápadně odchylný vývoj řeči s četnými abnormitami. Porucha komunikace se u dětí s PAS objevuje na úrovni receptivní (porozumění) i expresivní (vyjadřování), verbální i neverbální. Přičemž samotná schopnost mluvení je zachována.*

*Děti s autismem nemají vrozenou schopnost pochopit význam vzájemné komunikace. Nechápu, že pomocí komunikace mohou ovlivnit své prostředí. Nejsou schopni využívat nové kombinace slov a tvořit je podle okolností a konverzačního partnera. Chybí jim tedy komunikační flexibilita, přetrvává u nich původní výuková situace, tudíž používají slova či věty ve významu, ve kterém se je naučili (echolalie). „Echolalické věty je třeba u dětí s autismem považovat za pokus o komunikaci, pokus kontrolovat situaci omezenými prostředky, které mají k dispozici. Samotnou echolalii však nelze považovat za definující prvek PAS. Děti s autismem často rozumějí mluvenému slovu méně, než bychom předpokládali ze šíře jejich slovní zásoby“ (Jelínková, 1999, s. 3).*

Z PAS mají řeč nejméně narušenou lidé s Aspergerovým syndromem, pasivní slovní zásoba bývá bohatá. Potíže se však objevují hlavně v sociálním a praktickém využívání komunikace.

#### **4.2.1 Jednotlivé problémy v komunikaci (srovnej Jelínková, 1999)**

##### **Problém s abstrakcí**

*Dítě s autismem vnímá jen to, co vidí. Není schopno pochopit abstraktní pojmy, „jít za konkrétní realitu“, je hyperrealistické. Není-li okolí dítěte obeznámeno s tímto faktem, pak považuje hyperrealismus za provokaci, zvláště u postižených s vyšším IQ. Na otázku, „Můžeš mi říci, kolik je hodin?“, odpoví dítě s autismem, „Ano, mohu“. Na pokyn, „Připrav si aktovku do školy“, připraví si pouze prázdnou aktovku apod. Odpoví přesně na otázku, splní přesně pokyn.*

##### **Problémy s chápáním souvislostí**

Vzhledem k úzké vazbě na realitu, nejsou děti s autismem schopny dávat věci do širších souvislostí. Pro dítě s autismem je například slza na tváři pouze kapka vody. Nechápe, že se za touto kapkou mohou skrývat emoce (vztek, lítost, bolest),

nebo že je příčina reálná (krájím cibuli, venku prší apod.). Nerozumí výrazům obličej, gestům, či zbarvení hlasu.

### **Problémy s generalizací**

Dítě s autismem má jen omezenou schopnost vytvořit si v mysli obraz něčeho co nevidí, proto je pro něj obtížné přenášet informace z jednoho prostředí do druhého. Úkoly, které plní běžně ve škole, není schopno plnit doma a naopak.

Jestliže má dítě s autismem problémy s abstrakcí, má potíže překonat doslovný význam vnímaného. Slyší-li slovo auto, pak je toto slovo spojeno vždy s konkrétním autem, které dítě zná. Dítě s autismem si nedovede představit zobecňující pojem slova auto. Slovo, kterému rozumí v určité situaci je pro něj v jiné situaci nesrozumitelné. Osvojí si slovo jen pro malý okruh použití.

Zdravé dítě zobecňuje v raném vývoji osvojování jazyka až příliš často, používá jeden výraz pro více předmětů, které mají stejnou funkci. Například slovem „ham“ označí dítě vše, co se jí. Teprve později začne rozlišovat.

### **Problémy se zájmeny**

Většina dětí s autismem má problémy s používáním zájmen. Zastaralá psychodynamická teorie se domnívala, že postižený odmítá vlastní já. Ve skutečnosti je tento problém důsledkem doslovného způsobu myšlení. Dítě s autismem nemůže z přímého pozorování pochopit proč je jedna a tatáž osoba jednou nazývána já, jindy ty nebo on apod. Větou „*Chceš sušenku?*“ nám dítě s autismem nenabízí sladkost, ale naopak doufá, že sušenku dostane. Pamatuje si, že tato věta zazněla těsně předtím, než dostalo sušenku. Snaží se tedy situaci doslovně zopakovat.

### **Problémy s pamětí**

Děti s autismem mají obvykle dobrou krátkodobou paměť. Jsou schopny zopakovat věty i celé pasáže rozhovorů, aniž jim rozumí. Po delším čase mohou však mít problém s vybavováním slov a vět. Pokud si tento problém s nekonzistentní pamětí neuvědomíme, může nás chování dítěte mást. Abychom těmto problémům s pamětí předešli, musíme najít takový způsob, kterým se určitá informace stane trvalou (fotografie, obrázek, zápis).

## Problémy se sociální komunikací

Děti s autismem nemají vrozenou schopnost navazovat kontakty s lidmi, neznají radost ze vzájemné komunikace. Pokud se u nich rozvine řeč, pak ji využívají pouze k uspokojování svých potřeb a k získávání informací.

## 4.3 Představivost

*„Kvalitativní postižení v oblasti představivosti se manifestuje repetitivním chováním, rituály a omezeným okruhem zájmů. Někteří odborníci dávají přednost termínu **rigidita v myšlení a chování** namísto termínu **nedostatek představivosti, který je trochu zavádějící**“ (Jelínková, 2000, s. 4). Deficit v představivosti (podle triády Lorny Wingové) navozuje dojem, že jde o deficit v kreativitě a že postižený není schopen tvořivé činnosti. Někteří lidé s autismem však jsou schopni tvořit zajímavá díla i v umělecké oblasti. Tato umělecká díla však nevycházejí z vlastní představivosti, ale vždy jsou založena na tom, co postižený viděl nebo se naučil někdy v minulosti.*

*„Nemá-li člověk vzhledem k vrozeným nedostatkům radost z flexibilního kreativního myšlení, jestliže není schopen si vyměňovat poznatky s jinými lidmi, jestliže nerozumí myšlenkám, citům, zájmům ostatních, jestliže postrádá schopnost integrovat minulé a přítomné zkušenosti a na tomto základě plánovat svou činnost a chování, pak mu zbývá jediná možná jistota a zdroj radosti - rituály a repetitivní chování“ (Jelínková, 2000, s. 4).*

Chování se mění s věkem. Na rané vývojové úrovni má stereotypní chování formu plácání či třepetání rukama, kroužení, točení předměty. Někdy se projevuje olizováním, očíháváním a jinými dalšími stereotypy. Později se objevuje řazení předmětů za sebe, opakované otevírání a zavírání dveří apod. Zájem se může soustředit na různé předměty, gumové hadičky, barevné papíry atd. Na vyšší vývojové úrovni se mohou objevit nutkavé zájmy o telefonní seznamy, předpovědi počasí, mapy, dílo určitého spisovatele apod. V dospělosti se rituály, obsese i repetitivní chování většinou zmírní.

*„Jestliže se podaří rozvíjet komunikační a sociální dovednosti, pak závislost na rituálech a rutinách je menší a ubývá projevů obsesivního chování. Jestliže má dítě s autismem málo srozumitelných podnětů, pak toto nežádoucí chování převažuje.*

*Čím menší důraz je kladen na rozvoj sociálních vztahů, komunikace a kognitivních dovedností, tím větší je pravděpodobnost repetitivního a rituálního chování, které přetrvává do dospělosti“ (tamtéž). Obsesivní chování může za určitých okolností přerůst v pocity strachu a úzkostí.*

Obsese a rituály někdy lze využít jako motivující prvek či odměnu při modifikaci a nácviku jiných žádoucích modelů chování a aktivit.

#### **4.3.1 Jednotlivé projevy nedostatku představivosti či rigidity myšlení (srovnej Jelínková, 2000)**

##### **Rituály, rutiny, nutkavé chování**

Rutina patří k životu všech lidí s autismem, pravidelné procházky, přesný čas k jídlu, neměnné aktivity pro volný čas. Chceme-li, aby život postiženého byl co nejméně stresující a chceme-li, abychom předcházeli úzkostem, pak se tyto rutinní prvky stanou do jisté míry součástí denního rozvrhu.

Nutkavé chování nutí postiženého provádět určitou aktivitu vždy stejným způsobem. Dítě není ochotno vzdát se svého chování. Jestliže dítěti v jeho chování bráníme, je velmi rozčilené. Takové chování často znervózňuje rodiče doma i na veřejnosti.

##### **Stereotypní chování, motorické stereotypy**

Typické stereotypní pohyby, které u dětí s autismem často vidíme, je plácání a třepetání rukama, pohupování a chození po špičkách, otáčení se stále dokola apod.

Stereotypní chování se někdy projevuje zájmem o neobvyklé smyslové vjemy, zvláštní zvyky, používáním předmětů nefunkčním způsobem. Aktivity často postrádají zjevný smysl a narušují užitečnější aktivity.

S věkem klientů s autismem stereotypů ubývá a vyskytují se většinou pouze, je-li postižený ve stresu nebo trpí-li úzkostí.

##### **Odpor ke změnám, vyžadování neměnnosti**

Dítě provádí určitou činnost vždy stejným způsobem, často zoufale lpí na starých a známých předmětech, částech oblečení apod. Neschopnost přijímat změny a přirozeně na ně reagovat, vyvolává pocit úzkosti a dítě se ocitá ve stresové situaci. Zdrojem extrémního stresu může být jakákoliv změna (změna cesty do školy,

nečekaná změna rozvrhu apod.). Problémy nastanou, jestli-že postižený musí změnit prostředí (přechod do jiné třídy, odchod z domova). Trvají na tom, aby vše bylo na stejném místě, jako v předchozím prostředí. I tak běžná záležitost jako je výměna obnošených šatů, může znamenat pro dítě s autismem velký stres.

### **Omezený okruh zájmů, sbírání faktů**

Objevuje se většinou u lidí s autismem, kteří mají vyšší IQ. Nesbírají předměty, ale informace (např. fotbalové výsledky Slavie, plemena arabských koní apod.). Postižený si kupuje časopisy, tráví většinu času v knihovnách a studuje. Okolí obtěžuje tím, že o ničem jiném nemluví. Většinu peněz utrací za své zájmy. Někdy mu intenzivní zájmy zabírají i většinu volného času a dokonce brání i ve výkonu povolání. Nejsou však schopni využít své znalosti v praktickém životě.

### **Sbírání předmětů**

Postižení sbírají cokoli - letáčky, papírky, kamínky apod. Jejich sbírky často zabírají velký prostor, někdy i celou místnost.

### **Verbální rituály**

U mluvících dětí se setkáváme s jinou formou stereotypního chování. Dítě opakuje oblíbená slova, zvuky, věty či popěvky. Velmi často klade dítě stále tytéž otázky, což bývá pro okolí velmi únavné. Je-li někdo ochoten se s ním bavit, pak trvá na přesném vyjadřování. Jestliže někdo použije nesprávný výraz, dokáže celé hodiny vysvětlovat a poučovat.

## 5 Program TEACCH<sup>5</sup>

### Historické základy

Převládající psychoanalytická teorie byla ve své době velmi populární a byla aplikována bez rozlišení na mnohé nemoci a stavy bez racionální vědecké podpory (viz kapitola 2.1). Demoralizující vliv této psychoanalytické teorie na rodiny s autistickými dětmi byl zřejmý, což vedlo k myšlence vytvořit zcela protichůdnou filosofii, která vychází z toho, že rodiče nejsou zdrojem postižení, ale že naopak mohou být zdrojem jeho rehabilitace (srovnej, Schopler, Mesibov 1997).

Program TEACCH začínal s malou skupinou dětí a jejich rodičů s cílem zlepšit jejich obtížné postavení ve společnosti. „S částečnou podporou ministerstva školství a Národních ústavů duševního zdraví byl **Projekt výzkumu dítěte** (*Child Research Project*) v roce 1966 odstartován na katedře psychiatrie Lékařské fakulty Univerzity Severní Karoliny v Chapel Hill. V průběhu projektu bylo prokázáno, že rodiče dětí s autismem a příbuznými poruchami mohou úspěšně působit jako koterapeuti a spolupracovníci odborníků při návrhu individuálního programu a speciálního vzdělávání. Program přinesl neočekávaně velké úspěchy a jeho působnost byla v roce 1972 rozšířena na celý stát Severní Karolína. Program TEACCH se tak stal prvním takto rozsáhlým projektem pomoci této tolik zanedbávané skupině dětí a jejich rodičů.“ (Schopler, Reichler, Lansingova, 1998, s. 8).

### Filozofie programu TEACCH:

- individuální přístup
- aktivní generalizace dovedností (prostupnost a propojenost s domácím prostředím)
- úzká spolupráce s rodinou
- integrace lidí s autismem do společnosti
- přímý vztah mezi hodnocením a intervencí
- pozitivní přístup i k dětem s problematickým chováním a těžkým mentálním handicapem, optimistický pohled na efektivitu a možnosti vzdělávání těchto dětí
- aktivní snaha o intervenci a řešení problematického chování

---

<sup>5</sup> TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children - péče a vzdělávání dětí s autismem a dětí s problémy v komunikaci /volně přeloženo/)



## Nároky kladené na terapeuta:

- profesionalita
- teoretické porozumění autismu
- schopnost vycházet z aktuálních výsledků hodnocení, schopnost flexibilně přizpůsobovat program
- schopnost přizpůsobit prostředí dítěti s přihlédnutím na specifika poruchy
- reálný odhad schopností dítěte, využití jeho silných stránek
- důraz na nácvik komunikace a sociálního chování (komunikační styl musí vycházet z aktuální úrovně schopností dítěte)

Jedná se tedy o státní modelový program Severní Karolíny s vědecky ověřenou efektivitou, který se široce používá i v Evropě. Je to nejstarší a zatím „*jediný celostátní, univerzitní program, který má zákonem daný mandát poskytovat služby, výzkum a multidisciplinární proškolení v oblasti autismu a příbuzných vývojových poruch.*“ (Schopler, 1997, s. 73). Poskytuje péči lidem s autismem a jejich rodinám v každém věku a vychází z individuálních potřeb a specifík autistické poruchy.

V České republice využíváme metodiku tohoto programu a mluvíme o *tzv. strukturovaném učení*.

## 5.1 Strukturované učení TEACCH

*„Odborné studie opakovaně potvrzují, že strukturované speciální programy mají u lidí s autismem nejlepší výsledky (Lockyer, Rutter, 1969; Rutter, Greenfled, Lockyer, 1967; Schopler, Mesibov, DeVellis, Short, 1981). I když pro to existuje nepochybně celá řada důvodů, jedno z hlavních vysvětlení spočívá v tom, že tyto speciální programy jsou jediné, které zajišťují potřebnou dávku informovanosti a jasnosti, což je pro úspěšný vývoj dětí s autismem nezbytné (Bartak, 1978; Bartak, Rutter, 1973; Schopler, Brehm, Kinsbourne, Reichler, 1971). Zajištěním těchto podmínek umožníme těmto dětem, aby se dokázaly sami organizovat a aby reagovaly na své okolí adekvátním způsobem. Vzhledem k deficitu ve schopnosti organizovat a vzhledem k neschopnosti porozumět a úspěšně ovládat své chování bez asistence,*

*řízení a podpory je strukturování základním předpokladem toho, aby se osoby s autismem mohly zapojit do společnosti.“ (Mesibov, Schopler, Hearsey, 1997, s. 217).*

Při práci s autistickým dítětem, je velmi důležité mít neustále na zřeteli fakt, že každý člověk potřebuje ve svém životě určitou míru předvídatelnosti, každý dodržuje určitý řád. Právě lidé s autismem mají schopnost předvídat a plánovat události velmi malou nebo téměř žádnou. Tento handicap je určitou formou jakési „vnitřní slepoty“, která okolní svět mění v chaos a ztěžuje dítěti orientaci v prostoru, čase i událostech. Dítě tedy bez naší pomoci a s naším laickým přístupem žije v častém stresu, není schopné se učit a rozvíjet své schopnosti. U dítěte se rozvíjí deprivace a následuje opoždění ve vývoji. Pokud tedy chceme, aby od nás tyto děti přijímaly nové informace a vědomosti a byly schopné se učit, musíme jim nejprve upravit prostředí tak, aby dětem dodávalo jistotu a poskytovalo již zmiňovanou vysokou míru předvídatelnosti ([www.autismus.cz](http://www.autismus.cz)).

### **Výhody strukturovaného učení**

- metodika strukturovaného učení akceptuje zvláštnosti autistického myšlení a přizpůsobuje se specifikám dítěte (dítě se tedy nepřizpůsobuje osnovám, jak to bývá v ČR obvyklé)
- svět, který dítě díky svému handicapu vnímá jako chaos se stává předvídatelný v prostoru i čase, snižuje se stresová zátěž, dítě je schopno vstřebávat nové informace
- díky pocitu soběstačnosti se může rozvíjet sebevědomí dítěte
- redukce problematického chování (agresivity, záchvatů vzteku, negativismu)
- nácvik samostatnosti, která je v dospělém životě velmi potřebná
- zmírňuje či eliminuje kognitivní deprivaci, která je dána přítomností poruchy; rozvíjejí se schopnosti a dovednosti dítěte
- případnou medikaci psychofarmaky je možné snížit či po dohodě s lékařem zcela vysadit

## 5.1.1 Základní principy strukturovaného učení

### A) Strukturalizace

*„Prostorové a časové vztahy se stávají skrze struktury zřetelné. Dané situace tak „zprůhlední“ a postupy se stanou srozumitelnými. Rozumění situaci je základem pro cílené a efektivní jednání, takže často teprve přes strukturalizaci je lidem s autismem umožněna výměna komunikace s osobním a věcným prostředím. Struktura předkládá pravidla, podle kterých se něco vykonává, řadí, člení. Skrze strukturalizaci se stávají orientace a souvislosti více bezpečné, předvídatelné a usnadňují také rozhodnutí a vlastní jednání“.* (www.schule-bw.de, překlad autorky).

#### a) *Struktura prostředí*

Struktura prostředí, ve kterém se člověk s autismem pohybuje, mu pomáhá v prostorové orientaci a dává mu tak odpověď na otázku „kde“?. Struktura tak nabízí jistotu tím, že vytváří předvídatelná spojení mezi místy, činnostmi a chováním.

Prostorová orientace bude usnadněna, pokud jednotlivé oblasti pro zvláštní aktivity budou jasné, navzájem ohraničené a tím se tedy stanou jednoznačně definované. Již existující materiály v jednotlivých prostorách budou definovat funkci příslušné oblasti. Například hračky v herním koutu, knihy v čtenářském koutku apod. Již tím, že se věci nachází na stejném, určitém místě, zprostředkováváme pomoc v tom, co se od dítěte očekává např. jení v jídelním koutu a ne malování, počítání apod.

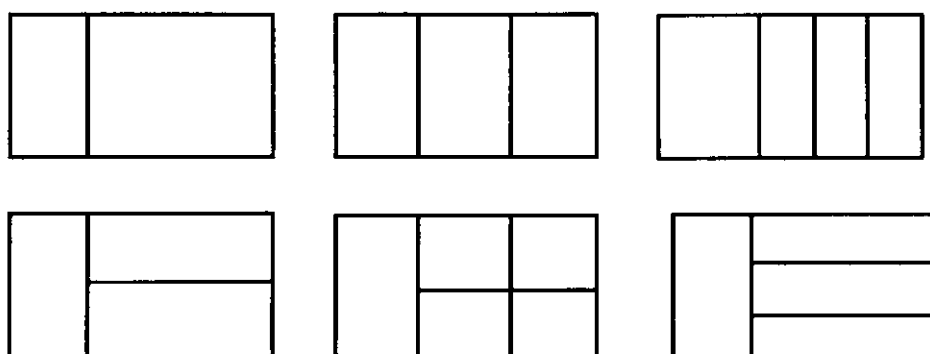
#### b) *Struktura času (viz vizualizace níže )*

#### c) *Struktura pracovní činnosti*

- využití krabic s vnitřní strukturou (krabice by měla být nízká a prostorná, aby nebyla snížena možnost manipulace)
- členění krabice je možné vlepením např. kartónových proužků nebo vlepením několika menších krabiček do krabice větší

- využití systému zleva doprava - na levé straně stolu jsou krabicové úlohy, které mají být vykonány a na pravou stranu stolu se odkládají již splněné úkoly
- krabice s úkoly jsou seřazené v levé části stolu a dítě si je přisouvá v pořadí svrchu dolů
- práce má být organizována tak, že bude podporovat co možná samostatné provedení činností ve smyslu splnění zadaného úkolu
- je třeba zviditelnit kolik je úkolů (jednotlivé úkoly se mohou například odpočítávat pomocí žetonů, takže je zcela jasné, kdy je práce hotová), v jakém pořadí se mají dané úkoly splnit a co bude následovat po jejich splnění (viz příloha fotodokumentace)

obr. Příklad krabic s vnitřní strukturou



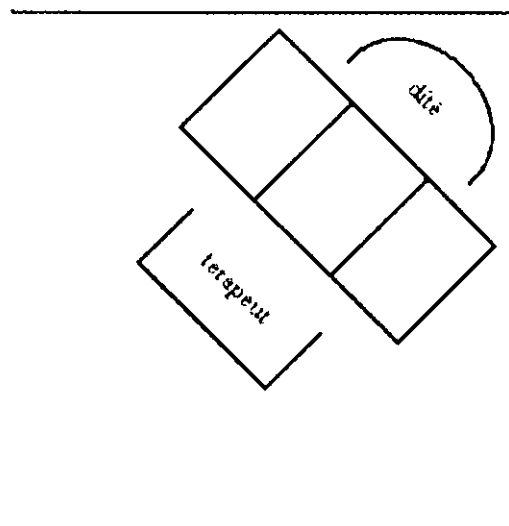
#### d) *Struktura pracovního místa*

- pracovní místo by mělo být pokud možno pohodlné, jednoduché, bez rozptylujících podnětů, hluku a pohybu
- pokud je dítě neklidné a často z místa odbíhá, umístíme pracovní stůl na šikmo do rohu místnosti a dítě posadíme do prostoru mezi stolem a zdí
- k individuální či samostatné práci postačí jednoduchý pracovní stůl se spíše delší pracovní deskou, rozdělený na 3 části např. pomocí barevné lepicí pásky

obr. Pracovní stůl



obr. Stůl jako bariéra



### Jak správně vytvořit strukturované prostředí?

- Vytyčit si místa pro jednotlivé důležité činnosti během dne (stůl pro individuální práci, jídelní stůl, prostor pro volnou hru, prostor pro odpočinek apod.).
- Vyčleněná místa pro konkrétní činnosti pokud možno nepřemísťovat.
- Neprovádět jinou činnost na místě, které pro ni není vyčleněno (např. nechťit po dítěti splnit nějaký úkol u jídelního stolu apod.).
- Pokusit se jasně vymezit hranice mezi jednotlivými místy. Nápadně a jasně vymezené hranice pomáhají dětem s autismem rozpoznat, kde místo určené k jednomu konkrétnímu úkolu začíná a kde končí.

Ohraničovat jednotlivé oblasti lze dostupnými hranicemi jako jsou: regály, rostliny, paravány, barevné koberce, lepicí pásky, barvy (například kruh jako označení pro židli atd.), piktogramy, obrazy, cedule, barevné fotografie, štítky, jmenovky, symboly aj.

### Rutina jako pomoc při strukturalizaci

Určité úlohy sami vyzvou dítě k tomu, aby si vyvinulo vlastní rutinu a v budoucnu ji při určitých situacích použilo (princip orientovaného jednání). Vedle individuální rutiny se může naučit také standardizované rutině. Rutinní jednání se

může dít na úrovni konkrétní strukturované činnosti. Například: Smyčka se váže, pastelkou se maluje, s konstrukčním materiálem se staví.

Jiná rutina je ve využívání jednotlivých plánů a schémat činností, které sami o sobě poslouží k samostatné orientaci.

*„Využití tzv. „hotových krabic“ je další osvědčená rutina, která naznačuje, že co se umístí do „hotové krabice“, je uzavřené. Všechno, co je hotové, přijde do krabice a není už znovu vyzvednuto. Tím dokážeme slovo hotovo zkonkretizovat, získá tak jednoznačný, pochopitelný význam. Dítě může například s pomocí hotové „krabice“ sdělit, že aktivitu skončil, nebo že něco není hotové nebo že se s určitým materiálem už nechce zaměstnávat“ (www.autismus-in-berlin.de, překlad autorky).*

## **B) Vizualizace (zviditelnění)**

Většina lidí používá diář, kalendář a hodinky, aby se nám abstraktní pojem času zviditelnil. Stejně tak lidé s autismem se potřebují situovat v čase, potřebují vidět čas. Pokud jim tuto vizualizaci času neposkytneme zvenku, pomohou si sami. Musí si vytvořit svoji vlastní předvídatelnost, což dělají skrze nefunkční rituály a stereotypy. Jestliže se pak sled činností některý den změní, nastávají obvykle velké problémy s chováním. Existuje velká pravděpodobnost, že pokud bude tato změna zaznamenána ve vizualizovaném denním programu a tudíž na ni bude dítě připraveno, k žádným problémům nemusí dojít.

Vytvoření vizualizovaného denního programu umožňuje člověku s autismem předvídat události a čas se tak stává konkrétní. K časovému ohraničení jednotlivých činností se velmi často v praxi využívá kuchyňské minutky. U dětí, které jsou přecitlivělé na zvukové vjemy se jako alternativa mohou využít přesýpací hodiny či hudba. Vizualizovaný denní program tak dává odpověď na otázku „kdy“?, pomáhá v časové orientaci, pomáhá odlišovat jednotlivé aktivity od sebe a vede k větší samostatnosti.

Podle Anne Häussler (www.autismus-in-berlin.de) začíná časová orientace tím, že člověk ví, co dalšího bude následovat a ústí v dlouhodobém přehledu o budoucích událostech. Způsob, formu a rozměr vizualizace informací a tím tedy i viditelných úseků činností je třeba přiměřeně zindividualizovat (dle stupně chápání abstrakce apod.). Ohraničené období může zahrnovat konkrétní děj, činnost, jednotlivé kroky

činnosti, krátký časový úsek, určitou část dne nebo plán celého dne, týdne, měsíce až ročního plánu. Ukončení aktivity by mělo vždy ukazovat také aktivity následující.

### **Jak uplatnit vizualizovaný denní program v praxi?**

- zjistit úroveň schopnosti abstraktního myšlení
- na základě tohoto zjištění stanovit vhodný typ vizuální podpory (je důležité si uvědomit, že ve formě vizuální podpory existuje určitý vývoj: někdo začne s předměty jakožto vizuální podporou pro zviditelnění činností, později může začít používat fotografie, piktogramy, nápisy apod.)

### **Typy vizuální podpory (od nejjednodušší k nejsložitější)**

- konkrétní předmět
- fotografie
- piktogramy
- piktogramy s nápisem
- nápis
- psaný rozvrh
- diář

### **Výhody vizuálních informací**

- poskytují delší čas na zpracování jednotlivých informací
- zůstávají k dispozici i ve chvíli, kdy „odesílatel“ již není přítomný
- nemusí dbát na žádné sociálně důležité průvodní aspekty jako např. u běžné řeči (mimika, gestikulace, důraz řeči apod.)
- lidé s autismem jsou tak stále nezávislémi osobami

### **Popis vizualizovaného denního programu používaného v SMŠ Fialka a SMŠ Štíbrova v Praze:**

Jednotlivé piktogramy představují konkrétní denní činnosti (ADL) tak, jak po sobě následují např. (příchod - volná hra - WC - mytí rukou - svačina - mytí rukou - individuální práce - mytí rukou - procházka - WC - mytí rukou - oběd - čištění zubů - volná hra - WC - mytí rukou - individuální práce - jít domů). V případě, že se nacvičuje mytí rukou, se činnost zařazuje do denního režimu častěji. Piktogramy jsou opatřeny suchým zipem a jsou umístěné se shora dolů na jednobarevné dřevěné liště,

na které je druhá část suchého zipu. Jako výzva pro plnění předem zvolených činností (mění se dle aktuálních potřeb) v denním režimu se používá tzv. *tranzitních karet*, které jsou v příslušné barvě lišty. S tranzitní kartou, kterou dítě obdrží, musí jít k dennímu režimu, odhodit ji do bedýnky, která je umístěná pod režimem, odlepit nejsvrchnější piktogram a jít s ním např. k pracovnímu stolu (pokud se jedná o pracovní činnost), vedle kterého je vyznačené místo pro umístění konkrétního piktogramu. Po splnění činnosti se piktogram odejme a vhodí do bedýnky k tranzitním kartám – tímto je činnost ukončena.

V případě, že dítě s autismem není schopno pochopit význam piktogramů se používá konkrétních předmětů, které symbolizují dané činnosti (např. žínka - mytí rukou, kartáček - čištění zubů, bota - procházka, kostička - hraní, lžice - jídlo, pastelka - kreslení apod.).

Pokud již dítě pracuje samostatně podle piktogramového denního režimu a je schopné výběru, lze zařadit výběr ze dvou činností (piktogramů). Může se tak samo rozhodnout, zda například při volné pracovní činnosti si bude kreslit nebo zda bude odpočívat.

Souborem několika piktogramů lze také vyjádřit jednotlivé kroky činnosti čímž vytvoříme tzv. *procesuální schéma*. Při sestavování procesuálního schématu je zapotřebí analyticky rozpracovat úkol na elementární kroky a vytvořit schéma po sobě následujících činností, které vedou k cíli. Například k mytí rukou je zapotřebí vizualizovat až sedm kroků činnosti (stát u umyvadla, pustit vodu, namočit ruce, namydlit, opláchnout, zavřít vodu, utřít ruce – viz příloha fotodokumentace).

Postupem času při zautomatizování činnosti je možné redukcí položek schéma zjednodušit. Většina lidí s autismem potřebuje alespoň základní schéma k provádění složitějších úkolů.

Thorová (2006) uvádí, že pokud člověk s autismem nemá schéma činnosti k dispozici, chová se jako člověk, který ztratil paměť.

### **C) Individuální přístup**

Vychází z toho, že všechny děti s autismem se od sebe nějakým způsobem liší. Rozdílly jsou v mentální úrovni, v různé míře a četnosti výskytu autistických symptomů, v rozdílných percepčních schopnostech, v úrovni a způsobu komunikace, v temperamentu, v odlišné schopnosti koncentrace apod.



*Z hlediska individuálního přístupu je zapotřebí:*

- zjistit úroveň v jednotlivých vývojových oblastech dítěte (na základě psychologického vyšetření, ergoterapeutického hodnocení aj.)
- zvolit vhodný typ systému komunikace podle stupně schopnosti abstraktního myšlení (od komunikace skrz konkrétní předměty přes komunikaci pomocí fotografií či piktogramů až k psané formě)
- sestavit individuální plán rozvoje (ergoterapeutický, výchovně-vzdělávací aj.)
- aby stanovení nároků jednotlivých komponent činnosti (jemná a hrubá motorika, řeč, koordinace oko- ruka atd.) bylo vytvořeno tak, že danou činnost budou moci vykonávat se stávajícími schopnostmi
- vytvořit vhodné pracovní místo a strukturovat prostředí
- v případě potřeby zvolit na základě analýzy behaviorálních problémů (problémové chování) vhodné strategie jejich řešení

## 6 Úloha ergoterapie

Ergoterapie je zdravotnickou disciplínou, která „využívá specifické léčebné a diagnostické metody, postupy a činnosti při léčbě jedincu každého věku, s různým stupněm postižení, kteří jsou trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi a tím přispívá ke zmírnění vzniku handicapu u osob s disabilitou.“ (Votava, 2003, s. 36).

„Cílem ergoterapie je dosažení **maximální možné soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí a tím zvýšení kvality jejich života.**“ (tamtéž, s. 37). Pro různé typy postižení je úroveň soběstačnosti a nezávislosti rozdílná.

Prostřednictvím vhodně zvolených intervencí, cílených a smysluplných aktivit, se ergoterapeut snaží dosáhnout **maximální úrovně fungování** ve všech oblastech činnosti, kterými jsou: aktivity denního života (ADL – Activities of Daily Living), oblast práce a produktivity, volnočasové aktivity a hra.

Pro dosažení tohoto cíle je nutná **interdisciplinární spolupráce** v rehabilitačním týmu s lékaři, speciálními pedagogy, psychology, fyzioterapeuty, sociálními pracovníky, zdravotními sestrami, aj. „*Nezbytnou součástí týmu je i samotný jedinec a jeho rodina či blízké sociální okolí, bez jejichž aktivní participace není možné cíle dosáhnout.*“ (tamtéž).

Podle americké asociace ergoterapeutů (AOTA - American Occupational Therapy Association) „*ergoterapeuté pomáhají lidem s autismem najít cestu k nastavení úkolů a podmínek, které se rovnají jejich potřebám a schopnostem. Taková pomoc může zahrnout přizpůsobení životního prostředí, minimalizaci externího rozptýlení, nalezení speciálně navrženého programu, který usnadní zpracování informací, uvolnění komunikace nebo poznávající schopnosti, které vytvářejí jednotlivé dovednosti*“ (www.aota.org) nezbytné pro výkon činnosti.

### 6.1 Prostředky ergoterapie

- **diagnostické:** Odhalit na základě postižení či nemoci u klienta případnou disabilitu či riziko vzniku handicapu pomocí analýzy zbylých funkčních schopností a to v oblastech mobility, personálních (pADL) a instrumentálních

(iADL) - viz kapitola 6.4; funkčního vyšetření HKK, DKK; vyšetření kognitivních a smyslových funkcí; zjištění zbylého pracovního potenciálu a potřeby kompenzačních pomůcek;

- **preventivní:** Přispět pomocí cíleného terapeutického plánu a výběrem správných metod a technik k prevenci vzniku disability a handicapu.
- **terapeutické:** Na základě ergoterapeutického hodnocení spolu s klientem a jeho rodinou stanovit cíle terapeutického plánu, které směřují k zachování či zlepšení soběstačnosti, pracovních činností, aktivit volného času a k podpoře v zastávání potřebných sociálních rolí (Votava, 2003, s. 37).

## **6.2 Důležité součásti ergoterapeutické intervence u dětí s PAS a jejich rodičů**

- ergoterapeut by měl poskytnout základní informace o:
  - dané nemoci včetně jejího funkčního dopadu na jednotlivé oblasti výkonu
  - dostupných možnostech terapie
  - kompenzačních pomůckách potřebných pro výkon ADL
  - úpravách prostředí, oděvů, pomůcek
  - existujících organizacích, svépomocných skupinách a poradnách, které se zabývají danou problematikou
  - možnostech dalšího vzdělávání a komunikace (částečně – odkaz na speciálního pedagoga a příslušné pedagogické centrum např. CAAK – Centrum alternativní a augmentativní komunikace)
  - nárocích na státní příspěvky, dávky a asistenci (odkaz na sociálního pracovníka)
  - kompetencích ostatních členů rehabilitačního týmu
- instruktáž rodičů a praktické ukázky, spolupráce s rodiči – při přímé účasti na terapii, při návštěvě domácího prostředí, během osobních konzultací
- posouzení bezpečnost prostředí – vyžaduje určení potenciaálních rizik (ve školce, škole, při domácí návštěvě), doporučení případných změn a pomůcek
- podpora komunikace s rodiči prostřednictvím:
  - pravidelných konzultací (není vždy možné)

- komunikačního sešitu (lze jej posílat nejlépe každý den či týden – slouží k výměně informací s rodiči o aktuálních událostech, výsledcích, problémech, postupech apod.)
- telefonického rozhovoru, elektronickou poštou (pokud nejsou možné předchozí dvě formy komunikace či v nejnútnejších případech)

### **6.3 Specifické činnosti ergoterapie při práci s dítětem s PAS a jeho rodinou**

- Hodnocení a nácvik sebeobslužných dovedností (dovedností pADL, iADL)
- Nácvik a hodnocení dílčích dovedností např. jemné motoriky (úchop, koordinace pohybu, cílení pohybu, řetězení drobných úkonů do komplexních činností, spolupráce obou rukou apod.).
- Nácvik pracovních návyků a pracovního chování (např. pomocí modelových činností, kreativních technik).
- Ergonomie – zajišťuje optimální vztah mezi jedincem a podmínkami, v nichž se činnost provádí s cílem zlepšit výkonnost, pohodu a zdraví klientů.
- Zabezpečení volnočasových aktivit – nabídka odpovídajícího zaplnění volného času dětí s poruchou autistického spektra.
- Asistenční služba – vybudování sítě osobní asistenční služby v rodinách s dětmi s poruchou autistického spektra nebo přímá účast ergoterapeuta na osobní asistenci.
- Respitní péče – vytváření míst pro azylový pobyt osob s PAS v situacích, kdy se o ně rodina nemůže postarat.
- Vzdělávání a osvětová činnost v oblasti autismu pro rodiče, další účastníky péče a pro laickou i odbornou veřejnost.
- Ergodiagnostika – zhodnocení pracovního potenciálu pomocí standardizovaných i nestandardizovaných vyšetření.
- Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění – pomoc při získávání pracovního uplatnění (vyhledávání podporovaných pracovních míst pro osoby s lehčí formou PAS).
- Chráněné dílny – vytváření a vyhledávání vhodných pracovních aktivit pro lidi s PAS.

Hlavním cílem ergoterapeutické intervence je vždy zvýšení kvality života lidí s autismem a jejich rodin, což znamená především hledání a podporu možností jejich integrace, popřípadě jejich plného začlenění do společnosti.

Ne každé dítě s PAS je však schopné běžné integrace mezi své vrstevníky. Proto se u dětí s PAS využívá tzv. *integrace naruby* jejíž hlavním cílem je snížení sociální izolace dětí s autismem, ale i jejich rodičů a jejich integrace do společnosti. Program a jednotlivé aktivity jsou tak přizpůsobovány potřebám dětí s handicapem a je doplňován účastí rodičů s dětmi zdravými.

## 6.4 Ergoterapie zaměřená na ADL

Hodnocení a nácvik ADL dovedností je jednou z hlavních oblastí, kterou se ergoterapie zabývá. Neschopnost vykonávat tyto každodenní činnosti omezuje nejen samotné klienty (v tomto případě děti s autismem), ale i jejich nejbližší, kteří jsou postaveni do role pečovatелů, což s sebou přináší negativní dopad na fungování celé rodiny. Proto hlavní úsilí ET spočívá ve facilitaci vykonávání těchto základní dovedností běžného života. Terapie musí být zaměřena jak na nácvik ADL, tak na odstranění bariér (komunikační, sociální, případně architektonické aj.), které by klienta omezovaly.

### ADL (Activities of daily living) = všední denní činnosti

- jsou to činnosti, které nás činí více či méně nezávislymi na druhých
- dotvářejí náš každodenní život, důležitou roli hraje domácí prostředí
- zahrnují 2 oblasti
  - *personální ADL (p ADL)*
    - obsahují činnosti, které vyžadují základní dovednosti
      - **sebeobsluha** – oblékání, jedení, koupání, osobní hygiena, WC, úprava sebe sama
      - **mobilita** – na lůžku, přesuny, lokomoce
      - **komunikace** – verbální x neverbální, psaní, telefonování, PC
      - **technické vybavení domácnosti** – manipulace s klíčem, vypínači, otevírání oken, dveří, manipulace s vodovodními bateriemi

- **instrumentální ADL (i ADL)**
  - zahrnují složitější dovednosti
    - **vedení domácnosti** – nakupování, vaření, úklid, praní, žehlení, péče o děti
    - **dovednosti ve společnosti** – používání veřejných dopravních prostředků, hospodaření s penězi, aktivity volného času
    - **zásady bezpečnosti** – rozpoznání nebezpečných situací, schopnost zavolat tísňovou linku
    - **složitější technické vybavení domácnosti** – manipulace se sporákem, troubou, lednicí, pračkou, kuchyňským robotem apod.

#### 6.4.1 Hodnocení výkonu ADL

Provádí ergoterapeut za účelem zjištění funkční úrovně klienta prostřednictvím: přímého, nepřímého **pozorování** (strukturované, nestrukturované) při provádění jednotlivých činností nebo pomocí **rozhovoru** (strukturovaný, semistrukturovaný, otevřený) s klientem a jeho rodinou či prostřednictvím **škál, indexů, dotazníků** (standardizované, nestandardizované) nebo nejlépe **kombinací** výše uvedeného.

##### **Nevýhody hodnocení ADL obecně:**

zaznamenávají aktuální výkon klienta, ne jeho předpokládanou potencionální schopnost; neurčují příčinu závislosti či problému; nehodnotí jiné aspekty disability (komunikaci, orientaci, instrumentální schopnosti); neměří detailní změny v jednotlivých položkách (třeba vždy doplnit závěrem ergoterapeuta);

##### **Výhody hodnocení ADL obecně:**

mohou monitorovat pokrok v průběhu rehabilitace; měří závislost klienta a tedy i míru požadované asistence; jsou přehledné; údaje lze většinou kvantifikovat;

##### **Výhody pozorování:**

získáme informace o skutečné situaci a mnohdy zjistíme věci, které jsme nečekali (tzv. skryté informace);

##### **Nevýhody pozorování:**

může být ovlivněno tím, na co se pozorovatel zaměří; je poměrně časově náročné a vyžaduje zkušenosti;

### ***Výhody rozhovoru:***

poměrně v krátkém čase získáme velké množství informací (strukturovaný); umožňuje doplnění informací a získání si klienta: lze poznat klienta do hloubky (otevřený rozhovor);

### ***Nevýhody rozhovoru:***

vyžaduje dobrou interpretaci, globální pohled a praxi (měl by se kombinovat s praktickou částí); získané informace hodně záleží na klientovi;

### ***Výhody standardizovaných testů:***

mají přesný manuál jak daný test provádět (může ho využít více terapeutů); lze jej provádět vícekrát a porovnat výsledky (i s jinými klienty); je zaručena objektivita; mají více variant; některé úkoly lze použít při funkčním vyšetření: (Krivošíková, 2004).

Domnívám se, že hodnocení výkonu ADL by se také mělo stát nezbytnou součástí zprávy, která je předkládána posudkovému lékaři za účelem zhodnocení stupně závislosti osob, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby (viz textová příloha 5, bod F), což lidé s PAS neoddiskutovatelně jsou. Tuto zprávu společně se zprávou ošetřujícího lékaře a dalšími lékařskými zprávami (zpráva z psychologie, neurologie aj.) posudkový lékař posoudí a rozhodne, do jakého stupně závislosti posuzovanou osobu zařadí. Na základě určení stupně závislosti se pak stanoví výše ***Příspěvku na péči*** (viz textová příloha 5, bod F) *podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*. Hodnocení, jehož úkolem je zhodnotit míru samostatnosti a schopnost péče o vlastní osobu zatím provádí pouze sociální pracovník dle 36 úkonů, které jsou blíže rozpracovány ve vyhlášce č. 505/2006 Sb.

Při posuzování jednotlivých úkonů péče o vlastní osobu a samostatnost se posuzuje zda je osoba schopna úkony vykonávat: *dlouhodobě* (hodnotí se v perspektivě měsíců, let), *samostatně, spolehlivě, opakovaně*, hodnotí se zda osoba je schopna *rozpoznat potřebu úkonu* (př. dodržovat pitný režim), *úkon vykonat* (nalít si vodu a samostatně se napít), a *rozpoznat správnost tohoto úkonu* (napil jsem se vody a ne čistícího prostředku). Jestliže selže v jednom z uvedených bodů, pokládá se úkon za nezvládnutý.

Dle mého názoru je právě ergoterapeut tím nejkompetentnějším pracovníkem interdisciplinárního týmu, který je schopen objektivně posoudit výkon jednotlivých činností pADL a iADL a určit tak stupeň závislosti klienta na jiné fyzické osobě.

Bohužel v ČR v tomto směru chybí zakotvení legislativní podpory určitých částí ergoterapeutické intervence.

## 6.5 Ergoterapeutický proces zaměřený na oblast ADL u dětí s PAS

### 1. Příjem

- zjištění základních anamnestických informací o klientovi, medikace
- seznámení se s dokumentací jiných členů interdisciplinárního týmu

### 2. Vstupní vyšetření

- nezbytné pro plánování terapie, stanovuje vhodnost klienta pro ergoterapii
- *hodnocení* jednotlivých ADL (metody: pozorování, rozhovor s rodiči, testování); důležité je vždy zohlednit místo, čas a kontext vykonávání jednotlivých ADL tzn. respektovat přirozený čas a prostředí (nechtít po dítěti, aby si čistilo zuby na jiném místě a v jiném čase, než je obvyklé apod.)
- *analýza dat* – interpretace testů, stanovení *silných* a *slabých stránek* ve výkonu ADL (co je dítě schopné zvládnout samo, co s dopomocí apod.)
- *identifikace problémových oblastí*

### 3. Plánování

- *krátkodobé cíle* – jsou orientované na úkol, činnost, funkci, odbourání určitého deficitu (př. Zvýšení samostatnosti při oblékání)
- *dlouhodobé cíle* – vycházejí z krátkodobých cílů, jsou globálnější (př. Nezávislost v pADL)
- určení priorit
- stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů terapie a určení cílů prioritních by mělo probíhat společně s rodiči (pro rodiče může být některá činnost ADL důležitější než jiná, proto je nezbytné se ptát – Co považují za největší problém a co chtějí zlepšit?)

Cíle a očekávání musí být tzv. **SMART** (simple – jednoduché, measurable – měřitelné, accessible – dostupné, realistic – realistické, trackable – sledovatelné)

- navržení samotného programu (vychází ze silných stránek dítěte, směřuje k naplnění stanovených priorit a cílů)



- definice metod, přístupů, technik a potřebných pomůcek, určení frekvence a délky terapií.

Program musí být pochopen a navržen také s ohledem na kognitivní a percepční funkce, celkovou mobilitu a fyzický potenciál (důležité vyšetřit před samotným hodnocením ADL).

#### **4. Vlastní terapie**

- postupuje se podle stanoveného plánu

#### **5. Průběžné hodnocení (evaluace)**

- dělá se periodicky v průběhu terapie, zaznamenává vývoj a změny v oblasti výkonu na úrovni úkolů, podúkolů, komponent činností

#### **6. Znovuhodnocení (reevaluace) získaných dat**

- dokumentuje průběh terapie a reakce klienta na terapii (na základě výsledků je možné program přizpůsobit, změnit plán terapie, popřípadě i přerušit program)

#### **7. Závěrečné hodnocení a doporučení**

- zhodnocení zda byly cíle dosaženy či nikoli (pokud cíle nebyly dosaženy je třeba identifikovat proč? a znovu pokračovat od bodu č. 3)
- srovnání funkčního stavu na začátku a na konci terapie
- na základě výsledků se zvolí další postup (pokračování, přerušování programu, propuštění)
- definice následné péče a doporučení (domácí cvičení, pomůcky, úpravy, návaznost dalších služeb apod.)

## 7 Aplikace programu TEACCH do ergoterapie

Podobně jako program TEACCH, který pracuje se strukturou činností (např. procesuální schéma – zobrazuje jednotlivé kroky činnosti) využívá i ergoterapie struktury resp. analýzy jednotlivých činností. Analýza činnosti rozebírá jednotlivé kroky aktivity tak, jak po sobě následují a je nezbytnou součástí ergoterapeutické intervence. Program TEACCH pak dává těmto krokům činnosti vizuální podobu.

Analýza činnosti patří k důležitým nástrojům ergoterapeuta a měla by se stát součástí jeho každodenní práce s klienty. Pomáhá ergoterapeutovi pochopit a lépe porozumět interakci mezi klientem a činností, kterou klient vykonává a na základě toho navrhnout vhodnou terapii nebo adaptaci tak, aby jedinec mohl danou činnost vykonávat samostatně či s dopomocí.

Díky porozumění klientovým možnostem a zároveň i limitům a detailní znalosti obtížnosti činnosti může ergoterapeut vybrat vhodné činnosti pro terapii či nalézt způsob, jakým by mohl jedinec s disabilitou potřebnou činnost vykonávat. Je základem pro výběr, adaptaci a stupňování aktivit, které jsou sestavené přesně na „míru“ .

Na analýzu činnosti lze nahlížet ze 2 pohledů: (Hamáčková, 2004)

### **Analýza zaměřená na klienta (z pohledu klienta)**

- provádíme pozorování při činnostech v reálném kontextu
- zaznamenáváme oblasti reálných i předpokládaných problémů
- hodnotíme silné a slabé stránky
- využívá se nejčastěji pro identifikaci a hodnocení problémů v oblasti ADL
- zahrnuje:
  - o **oblast výkonu:**
    - ADL
    - práce a produktivní aktivity
    - hra a volný čas
  - o **komponenty výkonu:** základní lidské schopnosti, které jedinec používá při provádění činnosti
    - motorické komponenty (sval. síla. rozsah pohybů, úchopy...)

- senzoricke (čítí taktílní, algické, termické, diskriminační, stereognosie, propiocepce...)
  - kognitivní komponenty (paměť, pozornost, řešení problému, orientace...)
  - psychosociální komponenty (hodnoty, zájmy, sebekontrola...)
  - **existenční analýza:**
    - význam činnosti pro klienta (musím, měl bych, chci...)
    - frekvence vykonávání činnosti (jak často za den, týden...)
  - **analýza výkonu:**
    - způsob vykonávání činnosti
    - jaké člověk používá pomůcky (výrazné u lidí s PAS a u seniorů – mají své zvyky, změna je pro ně náročná)
  - **analýza role**
    - význam a frekvenci činnosti ovlivňují role (role, které klient zastává, zastával a bude zastávat)
    - každá role má jakoby svůj scénář, jak se chovat, zahrnuje určitá práva a povinnosti, mění se v průběhu let (role dcery je jiná po narození a v dospělosti), je ovlivněna sociálním a fyzickým prostředím
  - **kontext výkonu:** situace, ve které jedinec činnost provádí (ovlivňuje kvalitu výkonu)
    - časové hledisko (chronologický věk jedince, vývojový věk, životní cyklus - péče o někoho, vzdělávání, profese, stav s disabilitou – akutní fáze, chronická)
    - hledisko prostředí (*fyzické* - bariéry, zvířata, předměty, pomůcky, *sociální* – společnost, která ho ovlivňuje, *kultura prostředí* - právní zákony, zvyky, náboženství, ekonomické zajištění...)
- **Analýza zaměřená na činnost (z pohledu činnosti)**
    - identifikace dovedností, které jsou potřebné pro výkon dané činnosti běžným způsobem
    - zahrnuje:
      - **analýzu zaměstnání** (rozdělení činností dle významu - někdy je tatáž činnost brána jako práce, jindy jako zábava):
        - ADL

- práce, produktivní aktivity
- hra + volný čas
- **analýza aktivity:**
  - rozdělení do jednotlivých kroků (zkoumají se stabilní součásti a součásti, které lze obměňovat)
  - definice pomůcek, materiálu, prostředí potřebné pro činnost, stupeň možného rizika zranění, pádu, bezpečnostní opatření
  - hodnotí terapeutický potenciál činnosti
- **analýza úkolu:**
  - rozdělení na podúkoly
  - analýza běžných složek činnosti (senzorické, motorické, kognitivní, psychosociální)
  - důležitá pro výběr vhodné činnosti, která bude pomáhat ke splnění terapeutického cíle
  - prostředek, který ergoterapeutovi pomáhá zjistit oblasti či příčiny problému při výkonu činnosti
- **analýza dovedností:**
  - rozdělení jednotlivých dovedností na subdovednosti a jejich komponenty, aby mohlo dojít k co největšímu porozumění mezi prováděním činnosti a příčinou dysfunkce

## **Adaptace**

provádíme ve dvou případech:

- klient není schopen provést činnost žádným způsobem (bez pomůcky či jiné úpravy)
- klient je schopen činnost provést, ale potřebuje delší čas nebo kvalita výkonu je snížena (adaptace mu umožní rychlejší a kvalitnější provedení)

nejčastější adaptace:

- **prostředí** (typ místnosti, rozmístění nábytku...)
- **pomůcky** (množství, pomůcek, náradí, materiálu, úprava nástrojů...)
- **sociální** (počet klientů na terapii, stupeň vyžadované interakce mezi klienty...)
- **fyzická** (pracovní pozice, náročnost na sílu, potřebný rozsah pohybů...)
- **kognitivní** (ucelenost, poslušnost, potřeba instrukcí, náročnost na paměť...)
- **emocionální** (zájem, význam činnosti, sebevyjádření...)

- *času/doby* (trvání, přestávky, opakování...)
- *struktury* ( pořadí, části úkolu, vynechávání nepodstatných úkolů...)

### **Stupňování**

- zahrnuje postupné zvyšování, příp. snižování nároků při vykonávání činnosti
- provádí se pro dosažení co největšího terapeutického efektu (podporujeme poškozené funkce nebo se zaměřujeme na funkce nepoškozené či jejich kombinaci)
- vyžaduje flexibilitu ergoterapeuta (schopnost reagovat na aktuální stav klienta)
- při stupňování se můžeme zaměřit na činnost jako celek nebo můžeme zvyšovat či snižovat obtížnost v určitém kroku činnosti

příklady stupňování:

- pořadí úkolů, součásti úkolů
- tvar a velikost nástrojů, umístění nástrojů, pomůcek (klient si je může připravit sám nebo mu je připravíme), nábytku
- množství a typ materiálu
- rychlost, doba provádění, opakování činnosti
- požadování přesných pohybů
- požadavek svalové síly
- požadavek na percepci
- kognitivní složka (požadavky na paměť, logické myšlení, komunikaci)
- jednoduchost, ucelenost
- způsob a množství podávaných instrukcí, demonstrace, ukázka výrobku
- místo, kde bude činnost prováděna
- počet klientů
- možnost výběru, kreativita, rozhodnutí se, plánování, řešení problému

### **Výběr činnosti**

Provádíme vždy podle terapeutického záměru s ohledem na dovednosti klienta v souladu s potřebami a přáními klienta i jeho rodiny.

Při aplikaci programu TEACCH do ergoterapie jde ve své podstatě o využití **adaptačního přístupu**. Adaptační přístup využívá procesu učení a adaptace dle

schopností klienta, tudíž respektuje poruchu a hledá strategii ke snížení vlivu poruchy na provádění ADL.

Základní technikou adaptačního přístupu je:

### ***kompence***

- *vnější* – využití asistence (fyzická, slovní X úplná, částečná), kompenzačních pomůcek
- *vnitřní* – využívání individuálních strategií klienta, mnemotechnických pomůcek, asociací, apod. (Aby klient mohl používat vnitřní kompenzaci, musí mít alespoň částečný náhled na svou situaci).

### ***adaptace***

- Obvykle je spojena s kompenzací. Snaží se využít co nejvíce zbývajících schopností klienta. Přizpůsobuje prostředí tak, aby kompenzovalo poruchu.
- Příklad: analýza činnosti, barevné odlišení, piktogramy, procesuální schémata, fyzická úprava prostředí a předmětů apod.

Adaptační strategie v kombinaci s vnější kompenzací tak vedou k samostatnějšímu a tím tedy nezávislejšímu výkonu klienta ve všech oblastech činnosti, což je jedním z nejdůležitějších cílů jak ergoterapie tak zastánců programu TEACCH.

## **7.1 Návrh ergoterapeutického postupu a hodnocení nácviku ADL**

Viz. podkapitoly 8.1, 8.2 a 9.1, 9.2.

## **7.2 Metody sběru informací**

Pro získání dat byly použity metody přímého pozorování, analýzy dat zdravotní dokumentace a nestrukturovaný rozhovor se speciálními pedagogy a rodiči dětí s autismem, kteří souhlasili s uveřejněním získaných výsledků. Pro ochranu osobních údajů jsou jména klientů smyšlená. Data jsou získána ze SMŠ Fialka a SMŠ Štíbrova v Praze, kde jsou vybudovány speciální třídy pro děti s autismem.

## 8 Kazuistika č. 1

**Jméno:** Matyáš

**Rok narození:** 2000

### **Diagnóza:**

Atypický autismus /F 84.1/ (suspektní dětský autismus)

- vývojová porucha expresivní i receptivní složky řeči

Nerovnoměrný opožděný psychomotorický vývoj

- JM a HM odpovídá věku 30-36 měsíců

Těžká až středně těžká mentální retardace

- rozumové schopnosti odpovídají věku 2 let a 2 měsíců (dle Stanforrd-Binetovy zkoušky)

DMO

- spastická incipidální diparéza DK, axiální svalová hypotonie

Makrocefalie

- celkové urychlení růstu přítomno od 2 let – nyní v mezích širší normy

Hypogonadismus

Heterochromie duhovek

**Rodinná anamnéza:** otec VŠ vzdělání – dg. DMO; matka SŠ vzdělání; sestra (1997) - zdravá

**Osobní anamnéza:** Dítě z druhého těhotenství, porod klešťový, v termínu. Kříšen, podán kyslík k inhalaci. Po porodu nález malformace genitálu. Psychomotorický vývoj opožděn (překulování od 11 měsíců, plazení od 14 měsíců, chůze s oporou od 2 let, problematický vývoj řeči). 2/03 pád – povrchní poranění čela. Diagnóza autismu potvrzena 9/04. Indikovány opakované pobyty v lázních Luže Košumberk. Od roku 2004 navštěvuje SMŠ Štíbrova. V letech 2004 - 2006 držel bezlepkovou a bezmléčnou dietu, která neprokázala požadované výsledky, tudíž byla vysazena.

**Sociální anamnéza:** Bydlí v rodinném domě s rodiči. Byly mu přiznány Mimořádné výhody pro TZP III. stupně (průkaz ZTP/P).

**Kompenzační pomůcky:** Nosí ortopedickou obuv a vložky do bot.

## HODNOCENÍ

### 1. Společenské vztahy, sociální chování:

Matyáš navázal sociální kontakt spontánně obejmutím, nastavením na pusu a uchopením za ruku. Obecně má rád jakékoli návštěvy a zpočátku vyžaduje jejich pozornost. Oční kontakt je krátkodobý. Bývá velmi dobře naladěný, v kontaktu je převážně přátelský, poměrně dobře se adaptuje na změny, chybí separační anxieta. Na procházkách rád kontroluje, zda jsme všichni. Někdy venku rád utíká jiným směrem a nereaguje na pokyn stůj! Při komunikačních chvílích je velmi aktivní, trpělivý, soustředivý a rád se zapojuje. Začíná být negativistický, což je nejspíše důsledkem vývojového období. Neumí se dělit s ostatními. Při výtce, zákazu či při odebrání hračky se zlobí, vokálně protestuje, případně někoho bouchne. Při škádlivé hře se směje. Často se objevují záchvaty smíchu bez zjevné souvislosti. Při zákazu se občas kousne do ruky či do rukávu – mírný projev sebezraňování. Při canisterapii velmi dobře reaguje na psa, při odměňování se dokáže se psem i rozdělit. Zvýšený zájem věnuje čumáku psa, uším a očím, se kterými vyhledává kontakt (pro psa občas nebezpečné).

### 2. Motorické dovednosti:

- *Lokomoce, sed* – Chůze není příliš stabilní, přítomno nůžkovité držení DKK. Nedošlapuje na paty, špičky jsou mírně vtočené dovnitř. Při chůzi do/se schodů s přidržením zábradlí či s dopomocí dospělé osoby střídá nohy. Paže jsou při chůzi ohnuté v lokti a v zápěstí. Rád běhá. Běh je však značně nekoordinovaný. Jezdí na tříkolce (šlape bez problémů, ale směr udrží pouze v krátkém časovém úseku a neumí brzdit). Nevládne jízdu na koloběžce. Na zemi sedí mezi patami, nevládne sed s nataženými nohama, neumí sedět v tureckém sedu, sedí na židli s podsunutou pánví (zhroucený sed).
- *Hrubá motorika* – Chytá a hází míč dolním i horním obloukem, netrefí však cíl. S dopomocí udělá kotrmelec, statečně překonává všechny překážky. Umí válet sudy, plazit se, skáče snožmo i z výšky (s dopomocí). Zvládne stoj na jedné noze s oporou, přejde lavičku, leze po žebříku. Udělá dřep a postaví se na špičky s oporou. Při



kopání do míče je méně obratný, úspěch je spíše náhodný, preferuje pravou nohu. Zvládne otevřít a zavřít dveře.

- *Jemná motorika* – Negativně ovlivněna diagnózou DMO. Používá špetkový, kulový, válcový a pinzetový úchop, neumí však nasadit kolíček na okraj krabice => chybí síla stisku a neví z jaké strany má kolíček uchopit). Nezvládne nehtový úchop, lžičku drží horním způsobem v pěsti pravé ruky. Při manipulaci s drobnými předměty a při cíleném pohybu (přebírání luštěnin, navlékání korálků, vkládání předmětů do otvorů) se objevuje intenzivní tremor. Pracuje téměř samostatně s tyčinkovým lepidlem, umí krájet nožem modelínu, s pomocí rozkrojí i tvrdší materiály. Při ořezávání tužky je třeba plná asistence, otevře a zavře fixu. Zapichuje špejle do hroudy, postaví na sebe 3-5 kostek. Našroubuje a odšroubuje víčka různých velikostí, navlékne korále na bužírku i tkaničku – potřebuje delší čas, je však trpělivý. Zvládne roztrhnout a zmačkat papír, neumí samostatně stříhat – neví jak nůžky uchopit, často je drží vodorovně. Dominance pravé ruky je zřejmá.

### 3. Personální ADL:

- *WC* - Od tohoto školního roku pleny nenosí, je pravidelně vysazován a občas i sám naznačí („Ee“), když potřebuje na toaletu (není však spolehlivý, zvláště pokud je zaujatý nějakou činností). Sám se neutře a nezavolá pomoc, rovnou se oblékne, někdy sám spláchne. Při delších plánovaných vycházkách a na spaní pleny má.
- *Mytí rukou* – Není automatické, ale s dopomocí mydlení rukou a s otočením kohoutku zvládne. Na pokyn si umyje ruce, ale někdy celý proces prodlužuje a hraje si s vodou, stříká kolem sebe, má z toho radost. Problematické je otočení kohoutku správným směrem (jiné uzávěry zvládne otevřít i zavřít => problém generalizace dovednosti). Zpravidla zavírá vodu na druhou stranu a slovnímu pokynu „Otoč kohoutek na druhou stranu“ nerozumí, je potřeba fyzická dopomoc. Nastaví ruce pod pumpičkové mýdlo, ale je obtížné úkol dokončit (problém je stisk a koordinace pohybu, při kterém každá ruka dělá něco jiného). Často si při mytí rukou namáčí i pusku (stereotyp). Najde

si svůj ručník, utření rukou je však nedokonalé. Nezapomíná si letmo utřít i pusku.

- *Oblékání* – Obecně si lépe svléká/obléká svrchní díly oblečení – lépe se k nim dostane. Sám si stáhne a vytáhne slipy a kalhoty, není ale upraven. S pomocí (s nasazením přes hlavu a někdy i s pomocí jednoho rukávu) si oblékne tričko. Při odchodu/příchozu z vycházky a před/po spaní se obléká/svléká v sedě dle otočného procesního schématu. Snaží se rozepínat zip, rozvazovat tkaničky, ale ne vždy se podaří. V tomto případě často používá ruku druhé osoby, která mu má pomoci. Zvládne rozepnout lehce chodící knoflíky a suché zipy na bačkorách, které pak shodí z nohou. Pokud nemusí, tak ruce při oblékání používá minimálně. Při nazouvání bot potřebuje plnou dopomoc, ale spolupracuje nastavením nohy. Při oblékání/svlékání bot a ponožek je spolupráce výrazně lepší, když může činnost provádět na nízké matraci, jelikož se lépe dostane k chodidlům. Lépe se tak trefuje do otvorů pro suché zipy (problematické, jelikož při cíleném pohybu je přítomný tremor). S nasazením si oblékne pouze dobře průchodné, široké kalhoty. Pokud mají kalhoty užší nohavice, neumí si je vyhrnout. Kalhoty si obvykle natahuje s nenapnutým chodidlem, tudíž se v nohavici zaklíní a nemůže dovnitř ani ven. Pak se většinou začne vztekat a vyžaduje pomoc druhé osoby, chytá ji za ruku. Na pokyn zvládne uklidit své oblečení a bačkory na příslušné místo.
- *Jídlo* - Většinou se nají sám s minimální asistencí (potřeba spíše při krájení a při dojívání jídla, polévky – neumí si přidržit jednou rukou talíř a druhou jíst), vždy po sobě zanechá nepořádek. Ke konzumaci oběda používá lžici, kterou drží v pěsti pravé ruky horním způsobem. Celý pohyb od talíře k ústům je méně koordinovaný, tudíž se často ušpiní, proto nosí velký bryndák. Rád si při jídle pomáhá rukama, kterými často sahá do talíře (někdy je to z důvodu, že nemůže jídlo na lžici nabrat, jindy při jídle pospíchá). Většinou konzumace jídla rukama převládá. Matyáš jí velice rád, hodně a v jídle není zpravidla vybíravý. Nemá však rád kousky zeleniny, které jsou na namazaném pečivu – vždy je odstraní. Často si přidává. Na komunikační destičce, kde má výběr ze dvou piktogramů, umí ukázat, zda chce přidat jídlo

nebo pít a přitom říká „Co chceš?“. Pokud už přídavek není, nerozumí tomu a stále se jej dožaduje. Samostatně pije z hrnečku. Někdy na pokyn, jindy sám odnese nádobí na určené místo. Jídlo je pro něj opravdovou odměnou a poměrně dobře se dá využít jako motivační prvek.

#### 4. Komunikace:

- *Neverbální* – oční kontakt je nestabilní, krátkodobý, není však letmý. K účelové komunikaci používá ruku druhé osoby. Umí vyjádřit emoce – libost/ nelibost, mění výrazy tváře vzhledem k situacím. Chybí imperativní i deklarativní ukazování. Nesouhlas vyjadřuje vztekáním se, souhlas většinou pasivním přijetím. Přítomna schopnost sdílet pozornost. Při hře aktivně používá výběrovou destičku s fotkami. Z komunikační destičky si umí vybrat odměnu - v tomto případě přítomno deklarativní ukazování. Na výzvu zamává.
- *Verbální*
  - *expresivní*: objevují se neartikulované vokalizace (nedovírá rty), kterým lze někdy porozumět z melodie a rytmu řeči => umí napodobit melodii a intonaci písně, řeči. Po otázce „Co chceš?“ je naučený, že vždy dostane nějakou materiální odměnu, proto když něco potřebuje, říká: „Co chceš?“ = echolálie. Občas si sám pobroukává písničky, které slyšel při komunikační chvíli nebo ty, které má rád. Umí odpovědět na pozdrav, který je zaintonován př. „Áááhóóój“ => odpoví (spíše zopakuje) „Ááájóóój“. Vyjmenuje číselnou řadu téměř bezchybně do 10, ale jednotlivé hlásky nejsou diferencované a počítání nemá funkční charakter.
  - *receptivní*: celkem dobře reaguje a rozumí (je však kolísavé) i některým dvoustupňovým pokynům, které jsou často používané a intonované př. Odes talíř, obuj si boty, otevři dveře apod.

#### 5. Volná / pracovní činnost, hra:

Rád si hraje sám, kolektivní, sociální a imitační hra není rozvinuta (sociálně imitační hry je schopen pouze po předvedení, neobjevuje se spontánně). Převažuje manipulační hra. Hraje si rád s hračkami, které může třídit.

rozkládat/skládat, má rád různé typy vkládaček, rád staví předměty do řady. Začíná se objevovat konstruktivní hra (ježdění autíčkem, stavění kostek) a kooperace s dospělým (házení míčem, posílání autíčka). Při kooperační hře je velmi dobře naladěný, ale sám ji nevyhledává a neinicuje. Rád si hraje na honěnou, často utíká a chce být chyčen. Opačně tato hra nefunguje. Miluje všechny hračky, které vydávají nějaký zvuk (zvířecí farma apod.), jeho oblíbenou hračkou je hrací mobilní telefon, se kterým si hraje vždy (tendence ulpívání na činnosti) ve volných chvílích nebo při odpoledním odpočinku v posteli, při kterém nikdy neusne. Rád poslouchá pohádky a písničky z rádia, má několik oblíbených televizních příběhů a počítačových programů, kde se jednotlivé postavy pohybují a mluví či zpívají. Při jejich sledování a poslechu se pohupuje do rytmu. Nejráději by se na takovéto činnosti díval neustále dokola a zlobí se, když se činnost ukončí – v tomto případě je problematický přechod k jiné činnosti. Se zaujetím pracuje s novými výtvarnými technikami a materiály. S oblibou ukazuje za pomoci ruky druhé osoby (sám neukáže) jednotlivé obrázky v knížce a chce je pojmenovávat. Někdy opakuje melodii slova, ale sám aktivně obrázek nepojmenuje. Na místo, které je určeno pro pracovní činnost si sedá sám a očekává zaúkolování. Při úspěchu je vytrvalý, produkce záměrné pozornosti na jednu činnost je až 10 minut. Neúspěch ho rychle odradí. Nespokojenost vyjadřuje vokalizací a mírnými brachiálními projevy (smetení předmětů ze stolu).

## 6. Imitace:

- *Motorická* – Napodobí jednoduché pohyby (tleskání, mávání, ruce nad hlavu) a činnosti (česání, čištění zubů). Napodobuje některá gesta „Ty, ty, ty“. „Ne, ne, ne“. Nenapodobí mimiku tváře – pokud předvádím mračení, tak se směje. Po předvedení si sáhne na nos (nedotkne se přesně) a různé části těla. Vytleská 2-3 slabičná slova, nepostaví z kostek jednoduchou stavbu podle vzoru. Přeloží papír, zazvoní na zvonek, ale nedodrží počet zazvonění.
- *Verbální* – Imituje zvuky zvířat (ne spontánně), zaintonuje jednotlivá slova, která jsou též intonována (hlásky nejsou zpravidla diferencované), zabrouká melodii písničky.

- *Sociální* – Napodobí manipulaci s panenkou (nakrmí ji, učeše, uloží do postele). Usměje se jako odpověď na úsměv. Napodobí užívání domácích předmětů (nalévání z konvičky do hrníčku, zamíchání čaje lžičkou). Napodobí jednoduché dětské hříčky (např. při schovávané se šátkem si zakryje oči a udělá „baf“).

#### 7. Abstraktně-vizuální myšlení:

Třídí obrázky do skupin, přiřazuje obrázky s protiklady. třídí předměty podle barev, tvaru, velikosti, druhu. Umí přiřadit předmět k piktogramu (předpoklad k práci s piktogramovým režimem). Nerozpozná předměty v neprůhledném sáčku hmatem. Přiřadí k sobě půlené obrázky, občas se splete. Nedoplní řadu dle posloupnosti, nesloží jednoduché puzzle ze 3 kostiček, ani s předlohou. Na otázku: „Čím se češeš?, Čím jíš polévku?“ podá správný předmět a předvede jeho funkci (spontánně pouze v těchto 2 případech). Chápe jednoduché vztahy (vyndat/zandat, navléct, otočit).

#### 8. Percepce:

- *Zraková percepce*: Zraková kontrola a fixace u činností, které ho zajímají je velice dobrá (př. jídlo, komunikační chvílka). Dokáže sledovat bubliny z bublifuku, dráhu míče. Najde schovanou odměnu pod kelímkem i po zamíchání. Sleduje televizi.
- *Sluchová percepce*: Otočí se za silným zvukem (bubínku, píšťalky), hluk mu nevadí. Na oslovení jménem reaguje kolísavě.
- *Algické čítí*: Na bolestivý podnět reaguje mračením, zlobí se vždy na konkrétní věc, ruku, která mu nepříjemnost způsobila.

#### 9. Grafomotorika:

Převládá dominance pravé ruky. Spontánně drží tužku jako štětec. Při správném nasazení tužky a prstů chvíli užívá správný úchop palce proti prstům. Někdy se stane, že tužku přendá do druhé ruky. S dopomocí nakreslí svislou a vodorovnou čáru, s šablonou zvládne sám pouze vodorovnou čáru. Samostatně rovnou čáru nenakreslí. Bez šablony vybarvuje s velkým přetahováním. S dopomocí naznačuje spojení dvou bodů. Při kreslení

geometrických tvarů dle předlohy naznačuje kolo. Kresba je na úrovni čmáranice, maluje se zájmem.

### **Silné stránky:**

- bydlí v rodinném domě s rodiči
- většinou spontánně navazuje sociální kontakt
- bývá velmi dobře naladěn
- poměrně dobře se adaptuje na změny
- při komunikačních chvilkách je velmi aktivní, trpělivý, soustředivý a rád se zapojuje
- velmi dobře reaguje na psa, při odměňování se dokáže se psem i rozdělit
- chytá a hází míč dolním i horním obloukem
- umí válet sudy, plazit se, jezdit na tříkolce, zvládne otevřít a zavřít dveře
- umí krájet nožem modelínu, s tyčinkovým lepidlem pracuje téměř samostatně
- otevře a zavře fixu, postaví na sebe 3-5 kostek, zvládne roztrhnout a zmačkat papír
- přítomen krátkodobý oční kontakt
- umí vyjádřit emoce (libost/ nelibost), mění výrazy tváře vzhledem k situacím
- v případě zájmu přítomna schopnost sdílet pozornost
- umí si vybrat z komunikační destičky odměnu, přídavek jídla a pití
- na výzvu zamává, umí odpovědět na pozdrav, který je zaintonován
- občas naznačí pokud chce na toaletu
- vyjmenuje číselnou řadu do 10 téměř bezchybně
- celkem dobře reaguje a rozumí i některým dvoustupňovým pokynům, které jsou často používané a intonované
- začíná se objevovat konstruktivní hra, kooperace s dospělým
- rád poslouchá pohádky a písničky, má několik oblíbených televizních příběhů a počítačových programů
- se zaujetím pracuje s novými výtvarnými technikami a materiály
- zajímá se o jednotlivé obrázky v knížce a vyžaduje jejich pojmenování
- na místo, které je určeno pro pracovní činnost si sedá sám a očekává zaúkolování
- při úspěchu je vytrvalý, produkce záměrné pozornosti na jednu činnost je až 10 minut

- nenosí celodenně pleny
- s dopomocí zvládne mytí rukou, najde si svůj ručník
- při oblékání spolupracuje, sám si stáhne a vytáhne slipy a kalhoty, s dopomocí si oblékne tričko
- snaží se rozepínat zip, rozvazovat tkaničky, zvládne rozepnout lehce chodící knoflíky a suché zipy
- na pokyn zvládne uklidit své oblečení a bačkory na příslušné místo
- většinou se nají sám s minimální asistencí, jí velice rád a není většinou vybíravý
- samostatně pije z hrnečku, někdy na pokyn, jindy sám odnese nádobí na určené místo
- napodobí jednoduché pohyby a činnosti, napodobuje některá gesta, dětské hříčky, napodobí manipulaci s panenkou, ukáže části těla (ne spontánně)
- po předvedení imituje zvuky zvířat, zaintonuje jednotlivá slova, která jsou též intonována, zabrouká melodii písničky
- usměje se jako odpověď na úsměv
- třídí obrázky do skupin, přiřazuje obrázky s protiklady, třídí předměty podle barev, tvaru, velikosti, druhu
- umí přiřadit předmět k piktogramu, přiřadí k sobě některé půlené obrázky, chápe jednoduché vztahy
- zraková kontrola a fixace u činností, které ho zajímají je velice dobrá
- s fyzickou dopomocí nakreslí svislou a vodorovnou čáru, s šablonou zvládne vodorovnou čáru sám, s dopomocí naznačuje spojení dvou bodů
- maluje se zájmem

#### **Slabé stránky:**

- oční kontakt je nestabilní
- venku rád utíká a nereaguje na pokyn stůj!
- začíná být negativistický
- neumí se dělit s ostatními
- při výtce, zákazu či při odebrání hračky se zlobí, vokálně protestuje, případně někoho bouchne, občas se kousne do ruky či do rukávu – přítomny mírné projevy sebezraňování

- chůze není příliš stabilní, běh je značně nekoordinovaný, nezvládne jízdu na koloběžce
- sedí na židli s podsunutou pánví (zhroucený sed)
- jemná motorika – negativně ovlivněna dg. DMO
- nezvládne pinzetový a nehtový úchop, lžici drží horním způsobem v pěsti pravé ruky
- při manipulaci s drobnými předměty a při cíleném pohybu se objevuje intenční tremor
- neumí samostatně stříhat, ořezat tužku
- chybí imperativní i deklarativní ukazování
- nesouhlas vyjadřuje vztekáním a mírnými brachiálními projevy
- přítomny echolálie (řeč je nefunkční)
- jednotlivé hlásky nejsou diferencované
- počítání nemá funkční charakter
- kolektivní, sociální a imitační hra není rozvinuta
- objevují se tendence ulpívání na činnosti
- neúspěch ho rychle odradí
- na toaletě není samostatný, nezavolá pomoc, naznačení potřeby není spolehlivé, na spaní a delší procházky nosí pleny
- mytí rukou není automatické, problematické je otočení kohoutku správným směrem a manipulace s pumpičkovým mýdlem, utření rukou je letmé
- při oblékání používá ruce minimálně, obtížněji si obléká dolní polovinu těla, neumí se upravit, nezvládne si nazout boty
- po jídle vždy po sobě zanechá nepořádek, často sahá rukama do talíře, obtížně nabírá jídlo, někdy při jídle pospíchá
- lžici drží v pěsti pravé ruky horním způsobem, pohyb od talíře k ústům je méně koordinovaný, často se ušpiní
- nenapodobí mimiku tváře
- nepostaví z kostek jednoduchou stavbu podle vzoru, nerozpozná předměty v neprůhledném sáčku hmatem
- nedoplní řadu dle posloupnosti, nesloží jednoduché puzzle ze 3 kostiček ani s předlohou
- bolestivé podněty cítí méně
- špatný úchop tužky, samostatně nenakreslí rovnou čáru



- kresba je na úrovni čmáranice

## ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN

### DLOUHODOBÉ CÍLE

- Rozvoj a upevňování sociálního chování.
- Podpora správného sedu a lokomoce bez patologických vzorců.
- Zlepšení dovedností hrubé motoriky.
- Zlepšení dovedností jemné motoriky.
- Zvýšení samostatnosti v pADL.
- Podpora a rozvoj neverbální komunikace.
- Podpora a rozvoj verbální komunikace.
- Rozvoj imitace.
- Rozšiřování herních a pracovních dovedností.
- Podpora abstraktně-vizuálního myšlení.
- Upevňování a nácvik grafomotorických dovedností.

### KRÁTKODOBÉ CÍLE

#### Sociální chování

- Upevňovat reakce na slovní pokyny stůj, počkej tady, běž apod.
- Nácvik schopnosti se dělit s ostatními (půjčení a vrácení hračky).
- Hrát společenské hry, kdy se bude muset střídat s ostatními např. pexeso.
- Nácvik jednoduchých pokynů např.: „Dones klíče Míle“.
- Učení se vhodnému chování k psovi.

#### Motorické dovednosti

##### *Lokomoce, sed*

- Posílení trupového svalstva pomocí rytmické stabilizace.
- Cvičení s gymnastickým míčem – podpora aktivního sedu.
- Uvolňování a protahování HK – měkké techniky.
- Chůze po nestabilním povrchu (molitan, pytel s kaštany).
- Samostatná chůze po schodech.
- Nácvik bezpečného ježdění na tříkolce (brždění a udržení směru).

- Zkusit jízdu na koloběžce.

### *HM*

- Procvičování hodu na cíl.
- Zvýšit samostatnost při cvičení, opičí dráze.
- Návčik napodobování pohybů těla a končetin.
- Malování na tabuli (zvýšení rozsahu pohybů).
- Procvičování samostatného stoje na jedné noze, na špičkách, kopání do míče.

### *JM*

- Práce s terapeutickou hmotou či modelínou (válení, mačkání, protlačování, uštipování, tvarování, krájení), postupné zvyšování tvrdosti – posílení svalové síly a koordinace.
- Návčik stříhání a správného úchopu nůžek, ořezávání tužky.
- Lepení obrázků na určené místo, vkládání předmětů do otvorů, navlékání korálků (cílený pohyb).
- Návčik správného úchopu lžice a některých jemných úchopů.
- Procvičování manipulace s kolíčky.

## **Komunikace**

### *Neverbální komunikace*

- Upevňovat oční kontakt.
- Návčik imperativního a deklarativního ukazování.
- Návčik kývnutí hlavou při vyjadřování ano/ne.
- Používání některých gest z Makatonu - ahoj, díky, prosím, hotovo.

### *Verbální komunikace*

- Mluvit na Matyáše v první osobě (případně echolálie se budou objevovat ve správné osobě).
- Rozšiřovat repertoár písní.
- Snaha o aktivnější používání slov Ahoj, „Ee“, „Ham“.
- Upevňování dvou a víceúrovňových pokynů.
- Při vyslovování se snažit mu dovřít rty, aby jednotlivé slabiky byly zřetelnější.
- Rytmizace jednotlivých slabik pomocí vytleskávání.

## **Pracovní činnost, hra**

- Podpora rozvoje konstruktivní, sociálně imitační, kooperační a kolektivní hry.
- Limitovat oblíbené aktivity kuchyňskou minutkou (umožní jasnější přechod na jinou aktivitu).
- Pokračovat ve výtvarných technikách, zařazovat nové.
- Rozšiřovat repertoár říkadel, písniček, pohádek.
- Používání oblíbené aktivity jako motivačního prvku (za odměnu).
- Zavést používání dvojitého piktogramu např. Nejprve práce u stolu, poté práce na PC (odměna).

## **Personální ADL**

### *WC*

- Rozšiřovat větší samostatnost na toaletě.
- Upevňovat signalizaci malé i velké potřeby.
- Pokoušet se úplně vysadit pleny.
- Učit se zavolat o pomoc.

### *Mytí rukou*

- Postupné zautomatizování činnosti.
- Zvýšení samostatnosti.
- Nácvik správného používání pumpičkového mýdla, případně použití mýdla tuhého.
- Pokračovat v nácviku otevři/zavři vodu.
- Eliminace prodlužování celého procesu a hraní si s vodou.
- Pokusit se rozlišovat, kdy je třeba umýt si i pusou.
- Nácvik důkladnějšího utírání rukou.

### *Oblékání*

- Postupně zavést pevné procesuální schéma.
- Snižovat dopomoc při oblékání horní poloviny těla.
- Snaha zapojovat více HK.
- Odměňovat při každém úspěchu při rozvazování tkaniček, rozepínání zipu, natažení kalhot.
- Podporování převlékání na nižší ploše => adaptace úpravou prostředí.

### *Jídlo*

- Zvýšit čistotu při stolování.

- Nácvik přidržení si talíře, nebo jeho podložení.
- Upevňování úklidu místa a nádobí po jídle.
- Odstranění sahání si do jídla rukou (např. používáním vidličky a lžice nebo šikmým sedem ke stolu).
- Používání příborů se zesílenou rukojetí.
- Dbát na fixaci lokte a správný sed při jídle.

## **Imitace**

### *Motorická imitace*

- Stavět jednoduché stavby ze 2 a více kostek podle modelu.
- Napodobování série pohybů (vzpažit, rozpažit atd.).
- Napodobovat tleskání, ťukání dřívky v rytmu víceslabičných slov a písniček.
- Nácvik napodobování mimiky s využitím zrcadla.

### *Verbální imitace*

- Opakování krátkých intonačních frází (Ahoj mami, prosím, děkuji, dej mi).
- Zkusit opakování slov, která nejsou intonovaná.

### *Sociální imitace*

- Nadále pokračovat v napodobování jednoduchých činností a dětských hříček, rozšiřovat jejich repertoár.
- Nechat iniciaci imitace na Matyášovi a pokusit se ho napodobovat.

## **Abstraktně-vizuální myšlení**

- Sestavování a skládání dle vzoru, algoritmy barev a tvarů.
- Vybrat ze skupiny předmětů ten, který tam nepatří (klíč mezi kostkami apod.).
- Sestavování jednoduchých puzzlí ze 2-3 dílků, u složitějších puzzlí doplňování posledních 2-3 dílků, využití zvukových puzzlí.
- Rozlišování předmětů hmatem (v uzavřeném sáčku).
- Kompletování půlených obrázků.
- Skládání dvojic obrázků – příčina a následek.
- Doplňování řady dle posloupnosti.
- Umisťování předmětů v prostoru dle pokynů – do, nad, před, za atd.
- Upevňování chápání funkce jednotlivých předmětů.

## **Percepce**

### *Zraková percepce*

- Prohlížení se v zrcadle.
- Sledování pohybu terapeuta.

### *Sluchová percepce*

- Rozlišování různých druhů a intenzity zvuků (nahlas/potichu, bubínek/dřívka).
- Upevňovat reakci na oslovení.

### *Algické čítí*

- Rozlišování různých druhů doteků, materiálů, hladkého/drsného povrchu, tvrdé/ měkké, studené/teplé...

## **Grafomotorika**

- Nácvik správného úchopu psacích potřeb (s využitím trojhranných, kulovitých, válcových a jiných nástavců).
- Procvičování svislé a vodorovné čáry.
- Spojování dvou bodů.
- Rýsování čar podle pravítka.
- Kreslení kola a jiných geometrických tvarů dle předlohy.
- Procvičování obkreslování a vybarvování šablony.
- Používání tužek se zesílenou rukojetí pro snazší úchop.

## **DOPORUČENÍ**

- Ke snazšímu navázání komunikace v domácím prostředí zavést komunikační knihu s fotografiemi spolužáků, personálu a s piktogramy činností, které jsou běžně na programu dne. Snadněji se nalezne společné téma komunikace s rodiči, sestrou, návštěvou apod.
- Zavést komunikační sešit pro výměnu informací mezi školkou a rodiči.
- Zakoupit terapeutickou hmotu (vhodné pro nácvik svalové síly, koordinace, cílených pohybů, imitace, tvořivosti).
- Pro snazší úchop psacích a kreslicích potřeb zakoupit či vyrobit (z molitanu či modelíny apod.) vhodný nástavec.
- Pro nácvik oblékání dolní poloviny těla pořídit nízkou matraci (snazší přístup k DKK).

- Používat lžičky se zesílenou rukojetí (umožní lepší úchop a snížení tremoru).
- Při jídle používat plastovou obrubu na talíř (proti obrubě se lépe nabírá jídlo).
- Ke správnému sedu přispěje pořízení vyššího stolu a židle (k podpoře vzpřímeného sedu lze využít polonafouknutý overball, který umístíme do bederní oblasti páteře).

## 8.1 Návrh ergoterapeutického postupu při nácviku ADL s využitím strukturovaného učení TEACCH

**Problémové oblasti:** časté zapojování rukou do jídla, problematické nabírání jídla lžičkou, při cíleném pohybu je přítomen mírný tremor, nečistota stolování

**Dlouhodobý cíl:** Zlepšit samostatnost a čistotu při jídle, nácvik správného stolování.

**Krátkodobý cíl:** Snížit používání prstů při jídle.

**Pomůcky:** hluboký talíř s obrubou (proti talířové obrubě se snadněji nabírají potraviny), lžičky se zesílenou rukojetí (pro lepší úchop a snížení tremoru popřípadě k zaměstnání druhé ruky), komunikační destičky s piktogramy (stanovují jasná pravidla), brindák, odměna

**Frekvence:** Každý den v přirozené situaci (při obědě ve školce a večeři doma) po dobu jednoho měsíce.

**Návrh postupu:**

### *a) Pomocí demonstrace a komunikačních destiček*

Když se Matyáš posadí ke stolu, nedáme mu hned talíř s jídlem. Posadíme se také ke stolu a budeme se snažit přilákat jeho pozornost (například tím, že talíř s jídlem položíme před Matyáše na stůl, ale tak, aby na něj nedosáhl) a řekneme: „Dnes jím pouze lžičkou“ a současně mu ukážeme komunikační destičku, na které bude znázorněno: „Když budu jíst lžičkou, dostanu odměnu“ (viz níže obr. 1). Můžeme mu celý postup ukázat i se svým jídlem. Poté položíme talíř a lžičku před Matyáše a znovu zopakujeme „Jím lžičkou“. Jestliže se Matyáš pokusí jíst rukou, odtáhneme mu talíř doprostřed stolu a ukážeme mu komunikační destičku č. 2, kde bude zobrazeno: „Když budu jíst rukama, nedostanu odměnu“ (viz níže obr. 2). Lze také celý postup jení lžičkou znovu demonstrovat. Opět položíme talíř před Matyáše a řekneme: „Dnes jím lžičkou“. Pokud začne jíst lžičkou, tak ho důrazně pochválíme a řekneme:

„Výborně, Matyáši“. Jestliže opět použije ruku, tak mu opět jídlo vezmeme a ponecháme ho uprostřed stolu déle. Poté znovu opakujeme celý postup od začátku (ukážeme mu komunikační destičku č. 1...)

#### ***b) Pomocí taktilního guidingu a komunikační destičky***

Doneseme jídlo a řekneme: „Dnes jím lžící“ a ukážeme mu komunikační destičku č. 1. („Když budu jíst lžící, dostanu odměnu“). Poté se postavíme za Matyáše a několikrát využijeme taktilní guiding, který budeme postupně snižovat až celý pohyb bude Matyáš vykonávat sám. Ve chvíli, kdy začne jíst rukama ho zastavíme a řekneme: „Jím lžící“. Pokud začne jíst lžící, výrazně jej pochválíme. Pokud opět bude jíst rukama, použijeme znovu taktilní guiding a znovu zopakujeme celý proces od začátku. Taktilní guiding použijeme pouze v případě, že dítěti s PAS nevádí fyzický kontakt. Tento přístup lze také využít u postupu a) a c).

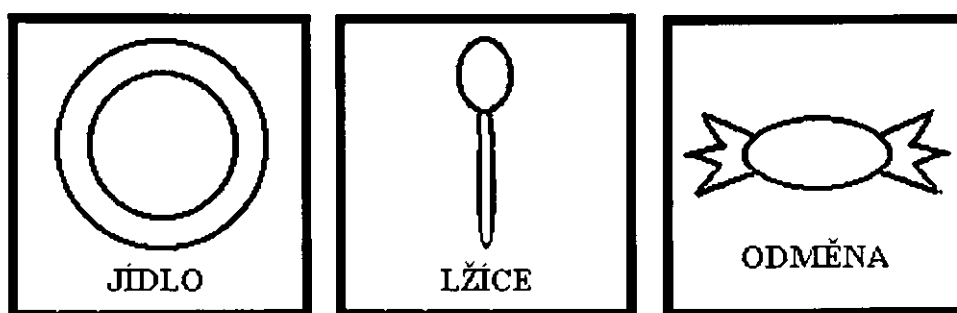
#### ***c) Pomocí adaptace a stupňování***

Začneme s jídlem, které lze obtížně jíst prsty (jídlo samo o sobě by mohlo snížit používání prstů). Později lze zařadit i jídlo tužší. Posadíme Matyáše šikmo ke stolu, čímž vyloučíme dosah levé ruky. Tímto způsobem zároveň umožníme, aby si opřel loket pravé ruky o stůl (lze jej také zafixovat pomocí pásky), čímž získá větší stabilitu, sníží se tremor a zvýší se tak čistota při stolování. Pokud se i nadále bude snažit zapojit do jídla levou ruku, tak mu do ní umístíme lžící. Použití levé ruky se tak díky lžící stane přijatelnější.

Tento přístup lze využít buď samostatně či je vhodné jej použít v kombinaci s předchozími dvěma postupy.

Pomocí těchto strategií by Matyáš mohl pochopit, že chce-li jíst, musí používat lžící. Proto je důležité pro nácvik vybrat oblíbené jídlo (Matyáš je schopen výběru ze 2 piktogramů, tudíž mu můžeme dát jídlo vybrat). Aby byl výsledek co nejlepší, tak samozřejmě nesmíme zapomenout na důslednost! Jestliže bychom Matyášovi jednou dovolili jíst rukama a podruhé ne nebo bychom mu mezi jídlem dovolili vzít si nějakou sladkost, byl by z toho s největší pravděpodobností zmatený. Při každém pokusu jíst lžící ho výrazně pochválíme, ale odměníme jej pouze v případě, když celou činnost provede správně. Během celého nácviku bude vhodné používat jednoduchý jazyk a jasné pokyny, které záměrně uvádím v 1. os. jč. kvůli případným echoláliím.

K fixaci činnosti je nezbytná propojenost s domácím prostředím. Jelikož rodič tráví se svým dítětem více času než-li terapeut a cíle terapie jsou navrženy v souladu s přáním rodičů. Je tedy nutné informovat rodiče (nejlépe prostřednictvím osobní konzultace, praktických ukázek) o způsobu nácviku dané činnosti a stejného postupu využívat i v domácím prostředí. Při jakýchkoli nejasnostech je žádoucí, aby rodič využil konzultace či komunikačního sešitu. K zautomatizování činnosti bude jistě zapotřebí mnoho pokusů. Při správném provedení je možné vynechat demonstraci či fyzický guiding a ponechat pouze komunikační destičky s piktogramy, které mohou vypadat například takto:



obr. 1



obr.2

## 8.2 Návrh ergoterapeutického hodnocení nácviku ADL

Hodnocení se skládá ze 4 částí. Nejprve si stanovíme výchozí situaci (1), kterou v závěru (3) porovnáme se získanými výsledky při nácviku ADL (2) a stanovíme případná doporučení (4).

### 1. Výchozí situace:

Do předem připravené tabulky (viz tab. níže) si během čtrnácti dní zaznamenáme každé použití prstů při jídle.



**Jméno:** Matyáš

**Datum narození:** 28. 6. 2000

Datum	Typ jídla	Kolikrát byly použity prsty	Celkem
12. 2. 2007	těstoviny		12
13. 2. 2007	rýže		8

## 2. Výsledky hodnocení ergoterapeutické intervence:

**Jméno:** Matyáš

**Datum narození:** 28. 6. 2000

**Dlouhodobý cíl:** Zlepšit samostatnost a čistotu při jídle, nácvik správného stolování.

**Krátkodobý cíl:** Snížit používání prstů při jídle.

Datum	Typ jídla	Kolikrát byly použity prsty	Celkem	Jaká metoda byla použita	Odměna
26. 2. 2007	krupicová kaše		5	taktilní guiding, komunikační destička + adaptace a stupňování	Ne
<b>Poznámky</b>	Matyáš poměrně brzy zjistil, že se kaše nedá jíst prsty, proto se raději snažil použít obě lžice. Čistotu při stolování se nepodařilo udržet i přesto, že třes PHK byl výrazně nižší.				
27. 2. 2007	brambory a řízek		7	taktilní guiding, komunikační destička + adaptace a stupňování	Ne
<b>Poznámky</b>	Nabírání lžící je díky talířové obrubě snazší, nicméně jíst prsty je stále				

	rychlejší způsob, který Matyáš často preferuje. Díky šikmému sedu se podařilo snížit používání prstů levé ruky, tudíž častěji zapojuje prsty pravé ruky. Čistotu se nepodařilo zachovat.				
<b>Poznámky</b>					

### 3. Závěr:

Po zásahu ergoterapeutické intervence s využitím strukturovaného učení TEACCH bylo zjištěno, že používání prstů při jídle se snížilo. Nepodařilo se nám ho však zcela eliminovat. Díky kompenzačním pomůckám (lžice se silnější rukojetí, talířová obruba) se zlepšil třes a samotné nabírání jídla lžicí. Čistotu při stolování se nepodařilo zachovat. Celkem dobrých výsledků se podařilo dosáhnout stupňováním konzistence jídla (čím byla konzistence tužší tím bylo používání prstů častější a naopak). Také se velmi osvědčil šikmý sed, který nejvíce ovlivnil používání prstů levé ruky, ale Matyáš zároveň začal více používat prsty ruky pravé. Během taktálního guidingu byl Matyáš mírně neklidný, nejspíše nerozuměl tomu, proč terapeut/rodič během jídla nesedí u stolu (vyžadování zažitého stereotypu). Cíle byly naplněny pouze částečně.

### 4. Doporučení:

Nadále pokračovat v nácviku stejnými metodami (potřeba trpělivosti) tak, aby vedení prsty bylo skutečně minimalizováno. Pokusit se do nácviku začlenit ještě třetí osobu, která bude uplatňovat pouze fyzický guiding. Postaví se za Matyáše a zpočátku bude fyzického vedení využívat několikrát během celého procesu a později také v případě, že Matyáš bude chtít jíst prsty (je třeba ho včas zachytit). Tím získá terapeut větší prostor pro komunikaci a upoutání pozornosti Matyáše žádoucím směrem.

Pozn. Uváděné výsledky jsou smyšlené.

## 9 Kazuistika č. 2

**Jméno:** Jonáš

**Rok narození:** 2002

### **Diagnóza:**

Dětský autismus /F 84.0/

➤ vývojová porucha expresivní i receptivní složky řeči

Nerovnoměrný opožděný psychomotorický vývoj

➤ mentální věk 10-30 měs.

Sluchová vada

➤ mírná nedoslýchavost, tubulární dysfunkce

**Rodinná anamnéza:** oba rodiče mají VŠ vzdělání, sourozenci trojčata (2000) – všichni zdraví

**Osobní anamnéza:** Těhotenství i porod bez rizikových faktorů, porod císařským řezem (kvůli předchozímu vícečetnému porodu), bez poporodních komplikací. prospíval dobře. Do roka se zdál rodičům vývoj běžný, po roce zaznamenána stagnace vývoje a regrese řeči. Ve 2,5 letech poslán dětskou lékařkou na foniatrii a psychologické vyšetření – vyslovení podezření na autismus, diagnostikována mírná sluchová vada, která nemá přímý vliv na vnímání řeči. Primárním znepokojením byl opožděný vývoj řeči a lhostejnost k verbálním pokynům a okolí (odvracel se) a zvláštní způsob hraní. Opakované konzultace u logopeda, nespolupracuje, pouze kontroly.

**Sociální anamnéza:** Bydlí v panelákovém bytě s rodiči. Zatím mu nebyly přiznány žádné sociální výhody.

## HODNOCENÍ

### 1. Společenské vztahy, sociální chování:

Dříve silná fixace na matku, dnes jen občas nespokojen, když odchází (pláče, čeká v šatně, leží na zemi a odmítá kontakt s jinou osobou). Nyní přijímá i otce a babičku. Rád je sám, je spíše uzavřený. Děti spontánně nepozoruje a nenapodobuje, pouze občas se dokáže zapojit do fyzických her se sourozenci (běhání, škádlení). Při volné hře netouží sdílet své zájmy, hraje si sám. Při individuální práci občas vyžaduje pohledem pozornost druhé osoby a potvrzení, že plní úkol správně. Udržení pozornosti je kolísavé. Na procházkách se často zastavuje u lampy a nechce jít dál nebo se z něčeho nic otočí a utíká jiným směrem, na zavolání nereaguje. Při výtce, zákazu či při odebrání hračky reaguje naštváním, vokálně protestuje, případně někoho bouchne (kohokoliv kdo je zrovna na blízku). Při škádlivé hře se dokáže smát. Často se objevují záchvaty smíchu bez zjevné souvislosti. Sebezraňování není přítomno.

Kontakt s druhou osobou navazuje pouze účelově – pokud něco chce. Například když vyžaduje nějakou hračku, která je mimo jeho dosah, tak si někoho přitáhne (bez očního kontaktu) a dovede ho k místu, kde hračka leží a za „vokálního pobídnutí“ mu natáhne ruku směrem k předmětu. Tělesný kontakt akceptuje, rád se chová, ale musí sám chtít.

### 2. Motorické dovednosti:

Nyní jsou bez nápadných pohybových stereotypů (dříve se neustále střefoval dudlíkem do nosu).

- *Lokomoce, sed* – Chůze je stabilní, bezproblémová. při chůzi ze schodů střídá nohy. Skáče snožmo, jezdí na odrážedle, umí vylézt na zvýšenou plochu (skříňka, židle apod.). Sed je stabilní.
- *Hrubá motorika* – Staví velké kostky na sebe, zvládne kopnout do míče, hodit jej a kutálet, ale jakákoliv hra s míčem není jeho oblíbenou činností. Nezvládne stoj na jedné noze.
- *Jemná motorika* – Zvládne téměř všechny druhy úchopů (kulový, válcový, mincový, pinzetový – spíše zasouvá kolíček na okraj papírové

krabice => chybí stisk). Nezvládne nejjemnější nehtový úchop, umí zašroubovat a našroubovat víčka různých velikostí. Lžiči i tužku drží střídavě v pěsti levé a pravé ruky. Při ořezávání tužky je třeba plná asistence, neumí použít nůžky – chybí stisk. Nerad pracuje s modelínou a materiály, kterými se může ušpinit.

### 3. Personální ADL:

- *WC* – Nosí celodenně pleny, je pravidelně vysazován, potřebu nenaznačí. Na záchodě sedí nerad, proto doba vyhraněná pro použití WC se většinou označuje pomocí kuchyňské minutky + je potřeba ho zabavit nějakou nejlépe točící se hračkou či říkankou apod. Někdy s dopomocí spláchně.
- *Mytí rukou* – Mytí rukou např. po WC není samozřejmostí, zvládá jej někdy s úplnou jindy s částečnou asistencí a slovním doprovodem. Občas si najde svůj ručník, jindy se utírá do ručníků svých spolužáků a to i přesto, že svůj ručník má označený fotografií. Samotné utírání rukou je letmé.
- *Čištění zubů* - Nemá rád (možná proto, že se pasta vždy trochu dostane z úst a tak jej ušpiní). Probíhá za úplné asistence, přičemž v ruce musí mít alespoň jeden kartáček na hraní, aby byl schopen celý proces absolvovat. Neumí vyplivnout vodu – polyká ji.
- *Oblékání* – Občas si dokáže na slovní pokyn sundat kalhoty (musí chtít), nandá si je jen pod zadek (nepřetáhne je přes plínku a ani se o to nesnaží). Při oblékání horní poloviny těla někdy spolupracuje (nastavením ruky), sám však nezvládá. Umí si uklidit bačkůrky, s minimální dopomocí si umí sundat/nandat boty, zapnout/rozepnout suchý zip, ale vyžaduje delší čas.
- *Jídlo* – U jídelního stolu má každý svou židli označenou jménem a svojí barvou, spolehlivě ji pozná a samostatně se usadí. Nají se sám s minimální asistencí (potřeba asistence při krájení a při polévce – lžiči drží střídavě v pravé a levé ruce horním způsobem, nestabilně, tudíž se většinou „pobrindá“, což nemá rád). Při jídle je velice čistotný, sebere každý drobeček, který spadne mimo talíř. Jídlo si velice rád vychutnává. Jí rád a dlouho (z tohoto důvodu jej doma raději krmí). Nádobí po jídle si uklidí pouze s plnou fyzickou dopomocí. Samostatně se napije – pije

z lahve. Miluje ovoce, které „neumí“ ukusovat, ale strká ho celé do pusy.  
Má bezlepkovou dietu.

#### 4. Komunikace:

- *Neverbální* – Oční kontakt je nestabilní, letmý, neplní komunikační funkci. K účelové komunikaci používá ruku druhé osoby. Chybí imperativní i deklarativní ukazování. Nesouhlas vyjadřuje vokálně, souhlas pasivním přijetím. Schopnost sdílet pozornost není vytvořena. Mimika je méně výrazná, vyjádří však pláč, smích, naštvání.
- *Verbální*
  - *expresivní*: Užívá několik desítek slov (máma, táta, babi, děda, jména sourozenců např. „Popopek“ = Prokopek, některá jména rodinných příslušníků a jeho oblíbených věcí jako jsou brýle, hodiny, lampa, letadlo, kolo = „loko“, namydlit). Řeč je echolalická, špatně artikuluje, slova se často poznávají z melodie a rytmu řeči. Opakuje některá často slýchaná spojení jako např. „Metoději nesmíš“. Někdy vydrží celý den mlčet, jindy často opakuje jména svých sourozenců, která vyslovuje ve 4. pádě (echolálie).
  - *receptivní*: Většinou nereaguje na slovní pokyny, rozumí jen jednoduchým, často používaným pokynům (bačkůrky, hami, ven, máma, táta, babi, autem, jména sourozenců), někdy rozumí a splní pokyn např. „uklid’ si bačkůrky“, jindy pokyn ignoruje a „neslyší“.

#### 5. Volná / pracovní činnost, hra:

Rád si hraje sám, sociální a imitační hra není rozvinuta. Přítomna pouze hra manipulační. Rád jezdí s autíčky, sleduje točení koleček, staví koleje, otvírá či prudce zavírá dvířka od skříněk, staví značky do řady. Miluje mechanické, pohyblivé hračky, všechno co se točí či vydává nějaký zvuk, nemá rád knihy. Samostatně si hračky neuklidí. Rozlišuje kostky podle barev (barvy však nepojmenuje), rozlišuje tvary, navléká větší korálky, roztřídí 2 různé předměty. Vhazuje předměty nejrůznějších tvarů a velikostí do krabičky, pomocí širokého štětce vybarví danou předlohu. Baví ho vkládačky,

geometrické tvary vkládá spolehlivě. Stavění z lega dle jednoduché předlohy se zatím moc nedaří. Má rád vše, co připomíná kolo (lampy, hodinky, brýle apod. – ulpívavý zájem), zajímají ho šroubovací věci. Rád manipuluje s vypínačem, rád si zahraje „Kolo kolo mlýnský“, kdy občas říká „loko“, předčasně dělá báb. Často se objevují tendence ulpívání na činnostech.

#### 6. Imitace:

- *Motorická* – Nenapodobí jednoduché pohyby (tleskání, mávání, ruce nad hlavu) a činnosti (česání, čištění zubů), neukáže na jednotlivé části těla – pravděpodobně nerozumí co je po něm požadováno. Napodobí některá gesta „Ty, ty, ty“, „Ne, ne, ne“. Nenapodobí mimiku tváře. Směje se jednotlivým výrazům. Nevytleská jednoslabičná slova. Nepostaví podle vzoru ze 3 kostek jednoduchou stavbu. Nepřeloží a nezmačká papír. Zazvoní na zvonek, ale nedodrží počet zazvonění.
- *Verbální* – Imituje zvuky zvířat (ne spontánně), zaintonuje jednotlivá slova (hlásky nejsou zpravidla diferencované), zopakuje krátkou melodii písničky.
- *Sociální* – Nenapodobí manipulaci s panenkou a užívání běžných domácích předmětů. Téměř vždy se usměje jako odpověď na úsměv. Napodobí některé jednoduché dětské hříčky.

#### 7. Abstraktně-vizuální myšlení:

Přiřadí nejrůznější barvy, tvary. Zvládá jednoduché obrázkové skládačky. Přiřadí předměty k fotografiím a některým piktogramům, ale nepředvede jejich správnou funkci. Složí puzzle ze 2-3 dílků, občas ale chybuje. Chápe jednoduché vztahy (vyndat / zandat, navléct, otočit).

#### 8. Percepce:

- *Zraková percepce*: Zraková kontrola a fixace u činnostech, které ho zajímají je celkem dobrá. Při malé motivaci je velmi obtížné upoutat jeho pozornost.
- *Sluchová percepce*: Někdy má člověk pocit, že neslyší, jindy zase reaguje na tichý hlas. Hluk mu nevadí.
- *Algické čítí*: Na bolestivý podnět reaguje mračením a zlobí se vždy na konkrétní ruku, předmět, která mu nepříjemnost způsobila.

## 9. Grafomotorika:

Manipulaci s tužkou spíše odmítá. Tužku drží horním způsobem, střídavě v pravé a levé HK. Dominance není zatím vyhraněna i když častěji preferuje PHK. Tlak na tužku je velmi slabý. Zvládne obkreslit velkou šablonu šneka, čára však není jednotná. Celkově o činnosti spojené s tužkou nejevil příliš velký zájem.

S Jonáškem jsem každý den pracovala dle piktogramového denního režimu, který obsahoval pouze bazální položky ADL, které Jonášek znal. Jonášova reakce na výzvy tranzitními kartami byla rozdílná. Někdy šel k dennímu režimu sám, jindy (častěji) se musel pobízet a fyzicky vést. Jednotlivé krabicové úlohy byly Jonáškově zapotřebí předkládat, jelikož si sám vybíral činnosti, které měl rád a nechtěl se jich vzdát (tendence ulpívání na činnostech). Při odebrání oblíbené činnosti se občas zlobil, vztekal se a plácal nejbližší osobu. Někdy nebylo možné pokračovat, jindy přistoupil na další úlohy. Při ukončení jakékoliv pracovní činnosti dostával odměnu v podobě kukuřičných lupínků. Někdy se dožadoval odměny dříve a pokud ji nedostal, zlobil se. Téměř vždy bylo nutné ho dovést na konkrétní místo, kde se dané činnosti měly vykonávat. Nevýhodou je, že chybí tendence experimentovat ve všech oblastech činnosti, tudíž učení se novým dovednostem je dosti problematické.

### Silné stránky:

- přijímá i ostatní členy rodiny (sourozence, otce, prarodiče)
- občasné zapojování do fyzických her se sourozenci
- někdy vyžaduje pohledem pozornost
- není přítomno sebezraňování
- nejsou přítomny stereotypní pohyby
- lokomoce bezproblémová, chůze stabilní
- zvládne jednoduché činnosti s míčem
- umí stavět kostky na sebe
- jezdí na odrážedle
- zvládne většinu úchopů
- našroubuje a vyšroubuje víčka různých velikostí
- schopen vyjádřit určité emoce (smích, pláč, naštvání)
- užívá několik slov



- rozumí některým často používaným pokynům
- rozliší předměty podle barev, tvarů, skupin
- navléká větší korálky, vybarví štětcem předlohu
- zvládne jednoduché puzzle, baví ho vkládačky
- uklidí si bačkůrky, občas spolupracuje při oblékání
- občas si na pokyn svlékne a nandá kalhoty (pouze pod zadek)
- někdy s částečnou asistencí zvládá mytí rukou, najde si ručník
- s minimální dopomocí si zvládne obout/zout boty, zapnout suchý zip
- najde si svou židli
- nají se s minimální asistencí, při jídle je čistotný
- rád jí, má rád ovoce
- napodobí některá jednoduchá gesta
- po předchozí ukázce imituje zvuky zvířat, zaintonuje jednoduchá slova a melodie
- téměř vždy se usměje jako odpověď na úsměv
- napodobí některé jednoduché dětské hříčky
- přiřadí předměty k fotografiím a některým piktogramům
- chápe jednoduché vztahy (vyndat/zandat, navléct, otočit)
- dobrá zraková fixace na činnosti, které ho zajímají
- nevadí mu hluk
- obkreslí šablonu

### **Slabé stránky:**

- občas přetrvává fixace na matku
- spontánně nepozoruje ani nenapodobuje
- nesdílí své zájmy, je spíše uzavřený
- udržení pozornosti je kolísavé
- oční kontakt je nestabilní, letmý, neplní komunikační funkci
- kontakt s druhou osobou navazuje pouze účelově (používá ruku druhé osoby)
- při výtce, zákazu či při odebrání hračky reaguje naštváním vokálně protestuje nebo někoho plácne
- nezvládne stoj na jedné noze, pinzetový a nehtový úchop
- neumí použít nůžky, ořezávátko
- nerad pracuje s materiály, kterými se může ušpinit

- chybí imperativní i deklarativní ukazování
- schopnost sdílet pozornost není vytvořena
- mimika je méně výrazná
- řeč je echolalická, špatně artikuluje (nespolupracuje s logopedem)
- na slovní pokyny většinou nereaguje
- sociální a imitační hra není rozvinuta
- nemá rád knihy
- nepojmenuje barvy, neukáže části těla
- často se objevují tendence ulpívání na činnostech
- celodenně nosí pleny
- mytí rukou není samozřejmostí
- nemá rád čištění zubů (neumí vyplivnout vodu)
- sám nezvládá oblékání
- lžiči drží nestabilně, horním způsobem
- neumí pít z hrnečku (pije z lahve)
- podle vzoru ze 3 kostek nepostaví jednoduchou stavbu
- manipulaci s tužkou spíše odmítá, tlak na tužku je velmi slabý
- chybí tendence experimentovat ve všech oblastech činnosti

## ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN

### **DLOUHODOBÉ CÍLE**

- Rozvoj a upevňování sociálního chování.
- Podpora vyššího stupně lokomoce.
- Rozšíření dovedností hrubé motoriky.
- Zlepšení dovedností jemné motoriky.
- Zvýšení samostatnosti v pADL.
- Podpora a rozvoj verbální i neverbální komunikace.
- Rozvoj hry a pracovních dovedností.
- Rozvoj řízené imitace.
- Rozvoj abstraktně-vizuálního myšlení.
- Rozvoj a podpora percepce.
- Upevňování a nácvik grafomotoriky.

## **KRÁTKODOBÉ CÍLE**

### **Sociální chování**

- Upevňovat reakce na slovní pokyny stůj, počkej tady, běž apod.
- Podpora sociálního kontaktu a sdílené pozornosti.
- Omezení používání ruky druhé osoby jako nástroje – používáním piktogramů konkrétních věcí, činností či osvojením si základních sociálních pravidel (prosím a děkuji - vyjádření gestem či verbálně).
- Návčik schopnosti dělit se s ostatními (půjčení a vrácení hračky).
- Hrát společenské hry, kdy se bude muset střídat s ostatními např. pexeso.

### **Motorické dovednosti**

#### *Lokomoce*

- Chůze po špičkách.
- Skákání snožmo do dálky (po vyznačených místech).
- Zkusit šlapací tříkolku.

#### *Hrubá motorika*

- Rozvoj hry s míčem (hod na cíl, kutálení, kopání).
- Návčik napodobování pohybů těla a končetin.
- Dřepy (sebrat něco ze země).
- Stoj na jedné noze s přidržením (holubička).

#### *Jemná motorika*

- Navlékání menších korálků, skládání menších kostiček.
- Nehtový úchop (rozevřená kancelářská sponka).
- Mačkání a přeložení papíru.
- Návčik ořezání tužky, stříhání nůžkami.
- Procvičování manipulace s kuličky.
- Zařadit práci s terapeutickou hmotou (nešpiní).

### **Personální ADL**

#### *WC*

- Rozšiřovat větší samostatnost na toaletě (samostatné sezení, spláchnutí).
- Začít s návčikem signalizace potřeby.

- Pokusit se vysadit pleny.
- Zařazovat piktogram WC do denního režimu častěji.
- Postupně prodlužovat dobu, kdy bude Jonáš samostatně sedět na WC (vyhraněnou dobu vymezit vždy kuchyňskou minutkou).

#### *Mytí rukou*

- Postupné zautomatizování činnosti.
- Ubírání fyzického vedení.
- Zvýšení samostatnosti ve všech krocích činnosti.
- Návčik důkladnějšího utírání rukou do vlastního ručníku.

#### *Čištění zubů*

- Čištění zubů bez pasty nebo s minimálním množstvím pasty (vyhneme se riziku ušpinění – mohl by si tak postupně zvyknout).
- Zkusit používat elektrický zubní kartáček (vydává zvuk, sám se pohybuje – mohlo by ho to zaujmout).
- Postupně ubírat fyzickou pomoc, nechat prostor pro samostatné tahy kartáčkem.
- Zkoušet plivat vodu na cíl (nejlépe venku).

#### *Oblékání*

- Začít s návčikem svlékání / oblékání trika, kalhot.
- Snižovat pomoc při oblékání.
- Snaha o větší spolupráci při oblékání (odměňovat při každém úspěchu).
- Upevňovat zouvání/obouvání bot a úklid bačkor do své přihrádky.
- Návčik různých druhů zapínání pomocí kostky, která je opatřena různými knoflíky (lze cvičit i v rámci rozvoje jemné motoriky).

#### *Jídlo*

- Zdokonalení samostatnosti při jídle.
- Návčik správného držení lžice, pití z hrnku, nalévání tekutiny, ukusování ovoce.
- Samostatné odnášení talíře po obědě.

### **Komunikace**

#### *Neverbální komunikace*

- Upevňovat oční kontakt.
- Návčik imperativního a deklarativního ukazování.

- Návčik kývnutí hlavou při vyjadřování ano/ne.
- Návčik sdílené pozornosti.
- Rozšiřování a samostatnější používání základních piktogramů.

#### *Verbální komunikace*

Rozšiřovat repertoár písni, říkanek.

Pojmenování rodinných příslušníků dle fotografií;

Rozšíření základní slovní zásoby (děkuji, prosím, pozdrav).

*receptivní*: Upevňování reakce na oslovení, slovní pokyny, pozdrav.

#### **Volná / pracovní činnost, hra**

- Návčik úklidu hraček.
- Podpora rozvoje konstruktivní, sociálně-imitační a kooperační hry.
- Několikrát denně nechat prostor pro oblíbené činnosti, ale limitovat oblíbené činnosti například hudbou.
- Neustále zařazovat nové úkoly.
- Používat oblíbené činnosti jako motivačního prvku, odměny.

#### **Imitace**

##### *Motorická imitace*

- Stavět jednoduché stavby ze 3 a více kostek dle předlohy.
- Napodobovat jednoduché pohyby (tleskání, mávání, ťukání dřívky).
- Ukazování jednotlivých částí těla.
- Návčik napodobování mimiky s využitím zrcadla.

##### *Verbální imitace*

- Opakování běžně užívaných slov (ahoj, prosím, děkuji).
- Imitace zvuků zvířat, dopravních prostředků apod.
- Opakování jednoduchých říkadel, písni, slovních hříček

##### *Sociální imitace*

- Napodobování jednoduchých funkcí předmětů (hřeben- česání, hrneček- pití, kartáček- čištění zubů...)
- Napodobování jednoduchých činností (pochovat, nakrmit, pohladit panenku).
- Nechat iniciaci imitace na Jonášovi a pokusit se ho napodobovat.

## **Abstraktně-vizuální myšlení**

- Sestavování a skládání dle vzoru, algoritmy barev a tvarů.
- Třídění odlišných předmětů do skupin.
- Vybrat ze skupiny předmětů ten, který tam nepatří (klíč mezi kostkami apod.).
- Sestavování jednoduchých puzzlí ze 3-4 dílků, u složitějších puzzlí doplňování posledních 2-3 dílků, využití zvukových puzzlí.
- Rozlišování předmětů hmatem (v uzavřeném sáčku).
- Kompletování půlených obrázků.
- Skládání dvojic obrázků – příčina a následek.
- Prohlubovat jednoduché vztahy (nahoru / dolů, sem / tam...)
- Umisťování předmětů v prostoru dle pokynů (do, nad, před, za...).

## **Percepce**

### *Zraková percepce*

- Prohlížení se v zrcadle.
- Sledování bublin z bublifuku.
- Hledání odměny po splnění úkolu.

### *Sluchová percepce*

- Rozlišování různých druhů a intenzity zvuků (nahlas/potichu, bubínek/dřívka).
- Otáčení se za zdrojem zvuku.
- Vyřukávání rytmu.
- Upevňovat reakci na oslovení.

### *Algické čítí*

- Rozlišování různých druhů doteků, materiálů, hladkého/drsného povrchu, tvrdé/ měkké, studené/teplé.

## **Grafomotorika**

- Častěji zařazovat do denního programu práci s tužkou.
- Nácvik správného úchopu psacích potřeb (využití trojhranných tužek).
- Podpora jednoduchého čmárání - čmárání na zem, do písku, využití tabule a kříd, vlhké houby apod.

## DOPORUČENÍ

- Ke snazšímu navázání komunikace v domácím prostředí zavést komunikační knihu s fotografiemi spolužáků, personálu a s piktogramy činností, které jsou běžně na programu dne. Lépe se tak podaří najít společné téma komunikace se sourozenci, rodiči, prarodiči, návštěvou apod.
- Zavést komunikační sešit pro výměnu informací mezi školkou a rodiči.
- Začít používat dvojitý piktogram např. Nejprve práce s výtvarnou technikou (není oblíbenou činností), poté hra s autíčkem (za odměnu).
- Zakoupit terapeutickou hmotu (využití pro nácvik imitace a dovedností jemné motoriky, podněcuje tvořivost).
- Zakoupit elektrický kartáček.

### 9.1 Návrh ergoterapeutického postupu při nácviku ADL s využitím strukturovaného učení TEACCH

**Problémové oblasti:** Při oblékání spolupracuje, sám však neprovede.

**Dlouhodobý cíl:** Nácvik samostatného oblékání.

**Krátkodobý cíl:** Oblékání horní poloviny těla s minimální dopomocí.

**Pomůcky:** tričko s krátkým rukávem (kratší rukávy se lépe navlékají, dříve je vidět úspěch) a s potiskem (ke zřetelnějšímu rozlišení přední a zadní strany), otočné procesuální schéma (ukazuje vždy aktuální krok činnosti, snáze se v něm orientuje), odměna

**Frekvence:** Každý den po dobu jednoho měsíce v přirozené době oblékání (ráno doma, odpoledne ve školce).

#### Návrh postupu:

Následující postup je třeba opakovat vždy, když se Jonáš bude oblékat. K fixaci činnosti bude nezbytná propojenost s domácím prostředím.

Zpočátku bude nejspíše nutné mu pomáhat najít přední stranu trika a navléknout ruku do správného rukávu. Za každý částečný úspěch ho pochvalte a snažte se, aby postupně dělal více a více kroků samostatně. Vždy mu připravte triko stejným

způsobem, aby si byl jistý, která strana je přední. Pokud bude pro něj obtížné najít otvor pro hlavu (resp. jej odlišit od otvoru pro rukáv) použijeme triko s dlouhým rukávem či mu vždy triko připravíme nařasené tak, aby otvor pro hlavu byl zřetelný (snížení nároků činnosti). Při zvládnutí všech kroků činnosti lze ještě jako další stupeň obtížnosti zařadit krok 0 či 6, který bude bez předchozí přípravy trika (zvýšení nároku činnosti = vyšší samostatnost = větší nezávislost v pADL).

K dalším krokům činnosti přejdeme vždy až ve chvíli, kdy si budeme jisti, že Jonáš ovládá krok předchozí, byť s procesuálním schématem či jinou nápovědou.

Otočné procesuální schéma a jednoduchý slovní doprovod používáme během celého postupu. Při nácviku bude zpočátku nejspíš zapotřebí použít taktilní guiding, později částečnou fyzickou asistenci. V nejlepším případě budeme moci dopomoc snižovat a nakonec použít pouze pevné procesuální schéma (jen s několika kroky činnosti, které budou nejvíce obtížné) či slovní doprovod.

#### **a) *Princip shora – dolu***

1. krok: Připravíme mu tričko přední stranou dolu a požádáme ho, aby našel otvor pro hlavu. „Otvor pro hlavu“
2. krok: Poté ho požádáme, aby si tričko přetáhnul přes hlavu. „Triko přes hlavu“
3. krok: Vyzveme ho k tomu, aby rukávem provlékl nejprve jednu ruku. Volný rukáv můžeme držet a říct „Podej mi ruku“ nebo „Ruku do rukávu“.
4. krok: Stejný jako krok č. 3, ale budeme provlékat druhou ruku. „Podej mi ruku“ nebo „Ruku do rukávu“.
5. krok: Požádáme Jonáše, aby si tričko stáhnul do pasu. „Triko dolu“.

#### **b) *Princip zdola – nahoru***

Je prakticky stejný jako výše uvedený princip shora – dolu. Liší pouze v tom, že začneme s nácvikem jednotlivých kroků činnosti v opačném pořadí, tedy od posledního kroku činnosti.

1. krok: Nejprve Jonášovi oblékneme tričko a požádáme ho, aby si triko stáhnul do pasu. „Triko dolu“.
2. krok: Oblékneme mu tričko do fáze, kdy bude mít volný pouze jeden rukáv např. pravý a požádáme jej, aby jím prostrčil pravou ruku. Volný rukáv můžeme držet a říct „Podej mi ruku“ nebo „Ruku do rukávu“.



3. krok: Stejný jako krok č. 2, ale tentokrát zůstane volný levý rukáv a budeme provlékat ruku levou.
4. krok: Podáme mu tričko přední stranou dolu a s připraveným otvorem pro hlavu. Vyzveme ho k tomu, aby si triko přetáhl přes hlavu. „Triko přes hlavu“.
5. krok: Tričko mu připravíme rozložené na židli (přední stranou dolu) a požádáme ho, aby našel otvor pro hlavu. „Otvor pro hlavu“

## 9.2 Návrh ergoterapeutického hodnocení nácviku ADL

**Jméno:** Jonáš

**Datum narození:** 26. 5. 2002

**Dlouhodobý cíl:** Zvýšení nezávislosti v pADL.

**Krátkodobý cíl:** Samostatné oblékání horní poloviny těla.

**Princip:** zdola – nahoru

Jednotlivé kroky činnosti (dílčí cíle)	Datum splnění a použitá technika							
Najít otvor pro hlavu								
Přetáhnout tričko přes hlavu							31.3.07 TG	5.4.07 TG
Prostrčit jednu ruku do rukávu							23.3.07 NV	31.3.07 S
Prostrčit druhou ruku do rukávu			27.2.07 TG	5.3.07 TG	10.3.07 ČA	15.3.07 ČA	23.3.07 NV	28.3.07 S
Stáhnout tričko do pasu	25.2.07 TG	26.2.07 ČA	27.2.07 NV	28.2.07 S				

TG...taktilní guiding (dítě splní úkol za plného fyzického vedení)

ČA...částečná asistence (dítě splní úkol za částečného fyzického vedení)

NV...náповěda vizuální (dítě splní úkol s procesuálním schématem)

NS...náповěda slovní (dítě splní úkol se slovní náповědou)

S...splněno (dítě splní úkol samostatně, bez jakékoli dopomoci či náповědy)

Pozn.

Do tabulky zaznamenáváme data buď sestupně či vzestupně v závislosti na použitém principu. Z tabulky by mělo být zřejmé, jak dlouho trval nácvik jednotlivých kroků činnosti, jaká byla použitá technika dopomoci, jakého dílčího cíle bylo dosaženo a na jakém kroku činnosti se právě pracuje.

Výsledky uváděné v tabulce jsou smyšlené.

## 10 Diskuse

Názory a povědomí o lidech s autismem se ve společnosti velmi různí a skutečnou představu o tomto onemocnění má velice málo lidí. Ačkoli již bylo o autismu napsáno mnoho knih a nejrůznějších pojednání, vznáší se kolem něj stále řada otazníků. Především proto, že pod tímto souhrnným názvem se skrývá velmi složité postižení s celou škálou nejrůznějších příznaků jdoucích od těžké poruchy s mentální retardací až po lehké formy, které lze jen stěží rozeznat od běžné širší normy v populaci.

V minulosti byli lidé s autismem převážně izolováni v ústavech sociální péče a psychiatrických léčebnách. Dnes se díky vyšší informovanosti, dostupné literatuře a vzdělanosti odborníků najde mnoho rodičů, kteří těmto dětem chtějí věnovat lásku a péči v prostředí domova. Podmínky k tomu však nemají ideální. Stát na podporu těchto rodin věnuje pouze zlomek prostředků, které by musel vynaložit v případě pobytu dítěte v ústavu.

V dnešní době existuje velká škála teorií, metod, rozdílných terapií a přístupů k lidem s PAS, ale často se zdá, že chybí propojenost s praxí. Rodiče dítěte se tak ocitají v situaci, kdy jsou přinejmenším zmateni a ovlivněni a tak zkouší cokoli, jen aby svému dítěti pomohli. Bludiště, kde je akceptován určitý přístup, stejně jako přístup protichůdný dokazuje, kolik toho ještě o autismu nevíme.

Teorii, kterou obhajují v této práci má jak vědecký základ, tak své místo v praxi. Zastánci TEACCH modelu netvrdí, že autismus vyléčí, ale místo toho uvádí, že hlavním cílem programu je pomoci dětem maximalizovat jejich autonomii skrze zvětšené komunikační dovednosti, sociální uvědomění a nezávislé schopnosti rozhodování (srovnej [www.asatonline.org](http://www.asatonline.org)).

Domnívám se, že autismus není pouze problémem samotných lidí s PAS a jejich rodin. Jedná se o problematiku mnohem globálnější. Samotné porozumění potřebám dětí s autismem není nic platné, pokud neexistují vhodné podmínky a legislativní podpora. Abychom mohli pomoci lidem s PAS, je nezbytná propojenost teoretických znalostí s praxí. K tomuto kroku je však zapotřebí nejen již zmiňované legislativní zakotvení, které zatím v ČR není dostačující, ale i nemalé finanční prostředky. Vezmeme-li v úvahu fakt, že se jedná o celoživotní poruchu, která vyžaduje celoživotní specializovanou péči, je k tomu zapotřebí vytvořit příslušné zajištění a

zázemí. Abychom mohli naplnit komplexní potřeby lidí s PAS, je tedy nutné vytvořit síť komplexních služeb napříč všemi resorty od diagnostických center, zdravotní péče, center ranné a respitní péče přes systémy výchovy, vzdělání, sociální a asistenční služby, po chráněné domovy, podporované zaměstnání a mnoho dalších nejrůznějších služeb.

Při aplikaci programu TEACCH do ergoterapie se dostává do popředí otázka, zda tato metoda volby je pro ergoterapeutickou praxi skutečně relevantní?

Domnívám se, že ano, jelikož mezi ergoterapií a programem TEACCH lze najít mnoho společného. K tomuto přesvědčení jsem dospěla hned z několika důvodů:

- Základní filosofie tohoto programu je v souladu s filosofií, ze které též vychází ergoterapie. Především zohledňuje individualitu každého jedince v kontextu s jeho prostředím, schopnostmi i nedostatky. Základem obou přístupů je tedy holistické pojmání jedince.
- Teoretické znalosti ergoterapeuta jsou odvozeny z několika rozsáhlých vědních oblastí, včetně biologických věd, nauce o chování, sociologie, antropologie a medicíny. Znalosti v těchto oblastech se stále rozšiřují a modifikují, což nutí ergoterapii, aby se také vyvíjela podobně jako zastánci programu TEACCH, kteří využívají nejnovějších poznatků ze shodných vědních oborů.
- Základní intervenční strategií programu TEACCH je strukturované učení TEACCH, rozvíjející schopnosti a dovednosti, čímž minimalizuje problémové chování (shodné cíle s ergoterapií). K tomuto cíli využívá vizualizaci a strukturalizaci činností na základě jejich podrobné analýzy, která je též základním nástrojem ergoterapeutického procesu.
- Využívá procesu učení a adaptace, respektuje poruchu a hledá strategie ke snížení vlivu poruchy na provádění aktivit v různých oblastech činnosti (kompenzační a adaptační přístup v ergoterapii).
- V neposlední řadě existuje též přímý vztah mezi hodnocením a intervencí, využívá silných stránek klienta, snaží se o úzkou spolupráci s rodinou a o generalizaci dovedností do domácího prostředí.

Nový přístup k autismu ukazuje, že děti s autismem se od mentálně retardovaných dětí velmi liší a tudíž potřebují i jiný způsob pomoci. Pravdou je, že tato dvě postižení se často kombinují, primárně se však jedná o dítě s autismem a

mentální retardací, nikoli o dítě s mentální retardací a přidruženými autistickými rysy. I přesto ještě dnes není výjimkou, že děti s autismem najdeme mezi dětmi mentálně retardovanými, kde nejsou brány v úvahu jejich speciální potřeby. Může se tak zdát, že kvalita života člověka s autismem nemusí nutně záležet pouze na hloubce jeho postižení, ale že závisí spíše na prostředí, ve kterém se narodil, a na tom, jak je společnost o autismu informována.

## 11 Závěr

Domnívám se, že cíl práce byl naplněn. Čtenáře jsem v teoretické části seznámila s nynějším i minulým pojetím autismu, poskytla jsem několik informací o programu TEACCH a o možnosti využití strukturovaného učení TEACCH v ergoterapii zaměřené na děti s poruchou autistického spektra. V praktické části jsem z pohledu ergoterapeuta vypracovala 2 kazuistiky dětí s autismem, u nichž jsem následně navrhla konkrétní postupy a hodnocení při nácviku ADL.

V úvodu své bakalářské práce jsem si kladla mnoho otázek. Jednotlivé odpovědi, které jsem hledala se nyní pokusím stručně shrnout.

### **Co znamená pojem „autismus“?**

Autismus je zjednodušený, souhrnný název pro různé, často obtížně diferencovatelné varianty s podobnými projevy. Slovo „autismus“ může budít dojem, že se jedná pouze o jednu konkrétní poruchu. Dnes je však zřejmé, že se týká mnohem většího počtu lidí - proto se často setkáme s termínem „Poruchy autistického spektra“ (PAS), popřípadě „Pervazivní vývojové poruchy“ (PVP).

V literatuře můžeme najít mnohé definice autismu, které však mají vždy jedno společné. Všechny shodně označují triádu problémových oblastí, kterou tvoří: sociální vztahy, komunikace a chování. Zároveň bývá upřesňováno, že se jedná o komplexní neurovývojové onemocnění.

### **Jaké je autistické dítě?**

Dítě s autismem vidí, slyší, cítí, ale přesto je jiné. Od svých vrstevníků se liší svým vývojem i navzdory tomu, že ve 30% případů, u nichž byl diagnostikován autismus, existuje období prokazatelně normálního vývoje. Bývá to období zhruba mezi 15-24 měsíci věku.

Vývoj dětí s autismem je narušen jak kvantitativně, tak kvalitativně. Jedním z prvních znepokojení rodičů bývá zvláštní způsob hraní, nezájem o interakci a komunikaci. Do kolektivu ostatních dětí se zapojují jen velice zřídka, spíše jsou samotářské. Frekvence symptomů a tíže poruchy se u každého dítěte velmi liší. V rámci poruch autistického spektra se tak setkáváme s dětmi s různou řečovou vybaveností (dětmi nemluvicí, dětmi s dysfázií, dětmi s dobrou slovní zásobou i děti

výrazně jazykově nadané), různými intelektovými schopnostmi (děti s MR, děti s podprůměrnými či ostrůvkovitými schopnostmi, děti průměrné, s nerovnoměrným vývojem i děti nadprůměrně nadané) i různým stupněm zájmu o sociální kontakt (mazlivé, pasivní, netečné, fixované na blízké osoby, aktivní, ale neschopné dodržovat pravidla sociálního chování). Symptomy se kombinují v nesčetných variacích a tak prakticky nenajdeme dvě děti se stejnými projevy, což jistě v praxi velmi ovlivňuje názory a vysvětlení.

### **Jedná se o poruchu, kterou lze vyléčit?**

Jedná se o celoživotní disabilitu, která v dnešní době není vyléčitelná i přesto, že mnohé teorie a přístupy se tváří, že našly zaručený recept na uzdravení. Jako nejúčinnější pomoc se doposud jeví strukturované, vizualizované a adaptační programy v kombinaci se speciálními behaviorálními technikami a vzdělávacími postupy.

### **Jde o vzácné onemocnění?**

Z nejrůznějších epidemiologických studií vyplývá, že autismus se vyskytuje ve většině zemí a kultur, nicméně výsledky týkající se skutečné prevalence autismu v populaci se liší. Je to dáno hlavně nejednotností diagnostických kritérií. Dřívější tvrzení, že autismus patří mezi řídce se vyskytující poruchy již dnes neplatí. „*Mezi dětmi se vyskytuje frekventovaněji než Downův syndrom, rakovina, cukrovka nebo rozštěp páteře*“ (Filipek, 1999 podle: Thorová, 2006, s. 223).

### **Jakým způsobem mohu jako ergoterapeut dítěti pomoci?**

V případě autismu se musíme smířit s tím, že je to porucha, která je trvalá. Cílem terapie tedy není být znovu „normální“, jak je tomu např. u některých fyzických postižení či psychiatrických klientů. Cílem ergoterapie je tedy rozvinout všechny potenciaální schopnosti a tím tedy zvýšení nezávislosti a kvality života nejen samotných dětí s autismem, ale i jejich rodin.

Pro jednotlivé děti s PAS je ergoterapie definovaná podle individuálních potřeb, požadavků, cílů a priorit dětí s autismem a jejich rodin. V zájmu našeho snažení je co nejvyšší aktivní účast na aktivitě v jednotlivých oblastech činnosti, kterými jsou: aktivity všedních denních činností (pADL, iADL), pracovní a produktivní činnosti,

aktivity volného času a hra. Jde tedy o poskytování možností, které vedou k rozvoji nejrůznějších dovedností.

Ergoterapie u dětí s PAS se zaměřuje na osobní vývoj, výkon činnosti, problémové chování, potřeby rodiny, adaptaci prostředí, prevenci vzniku handicapu, výběr a tvorbu kompenzačních pomůcek, praktickou instruktáž rodičů, poskytnutí informací v oblasti poradenství a nejrůznějších služeb, podporu komunikace a integrace, osvětovou a vzdělávací činnost odborníků i laické veřejnosti, u dospělých lidí s autismem pak na ergodiagnostiku, podporované a chráněné zaměstnání, bydlení apod.

Ergoterapie využívá různé intervence, přístupy a prostředky k stimulaci aktivní účasti na aktivitě, vede k rozvoji schopností a dovedností a následně tak přispívá k ovlivnění dysfunkce a zvládnutí úkolu. Součástí terapie je vzájemná interakce mezi jedincem a prostředím. Spolupráce s rodiči a multidisciplinárním týmem je též nezbytnou součástí ergoterapeutické intervence.

### **Jedná se opravdu o postižení, které je spojováno s fenoménem dnešní doby?**

Mnohým se může zdát, že dětí s autismem je stále více a více, než-li bylo dříve. Avšak tento fenomén je dán neustálým rozšiřováním diagnostických kritérií a postupným zvyšujícím se povědomím o této dříve tolik zanedbávané skupině dětí. To, že lidé s autismem žili na světě jistě již mnohem dříve naznačují i některé dnešní studie. *„Děti, které by dnes s největší pravděpodobností byly považovány za autistické, byly v Hippokratově době označovány za svaté děti, ve středověku naopak za děti posedlé děblem či uhranuté. Někteří odborníci se domnívají, že i mnohé nalezené děti (tzv. vlčí děti), jejichž životní příběhy byly zaznamenány, byly primárně autistické, a nikoli „pouze“ těžce deprivované“* (Thorová, 2006, s. 35).

### **Jaká je podstata programu TEACCH?**

Přístup TEACCH je státní program, který zkouší reagovat na potřeby autistických lidí používáním nejlepších dostupných přístupů a metodik. Jde o program služeb, které používají několika technik, několika metod, v různých kombinacích, v závislosti na aktuálních, odborných znalostech, individuálních potřebách, objevujících se schopnostech a omezení klientů. Neméně důležitou součástí tohoto procesu jsou i rodiče, kteří zde působí jako koterpeuti.



## **Jakým způsobem lze uplatnit strukturované učení TEACCH v ergoterapii dětí s autismem?**

Jednou ze základních oblastí, kterou se ergoterapie zabývá je oblast hodnocení a nácviku všedních denních činností (ADL). Domnívám se, že při nácviku ADL u dětí s autismem lze velmi efektivně využít metodiku tohoto programu tzv. strukturované učení TEACH, které vychází z principů strukturalizace, vizualizace a individualizace. Cílem ergoterapie a strukturovaného učení TEACCH je zajistit co nejvyšší možnou aktivní účast klientů na provádění jednotlivých činností a tím zvýšení jejich nezávislosti na okolí.

Společnost obvykle hodnotí člověka podle toho jak vypadá, jak mluví, jak se chová. Děti s autismem obvykle vypadají velmi dobře, ale jejich způsob komunikace a sociální chování jsou velmi zvláštní, proto často budí dojem, že jsou pouze nevychované či podivné.

Děti s poruchami autistického spektra vyžadují vysoce odbornou péči a zaslouží si z hlediska intervence stejnou míru efektivní a speciální pomoci jako děti s jiným typem handicapu.

Většina lidí s autismem není bez speciální pomoci schopna osvojit si řeč, ani základní návyky a dovednosti. Přesto je možné učinit kroky, které vedou ke zlepšení stavu dítěte a tím pádem i k lepšímu fungování celé rodiny. Naším úkolem je těmto skutečnostem porozumět a nalézt vhodný způsob ovlivnění této tolik závažné poruchy pozitivním směrem. Byla by velká škoda, kdyby pro většinu těchto dětí a jejich rodiny zůstaly potřebné speciální přístupy nedostupné. Vždyť ne nadarmo se dnes moderní společnost posuzuje podle toho, jakým způsobem se umí postarat o své handicapované občany.

Jedním z předpokladů zkvalitnění života lidí s autismem je zlepšení povědomí o jeho podstatě mezi laickou i odbornou veřejností. Na nevidomé upozorňuje jejich bílá hůl, na tělesně postižené berle či invalidní vozík, ale jak lze upozornit na dítě s autismem? V tomto směru je nesmírně důležitá propagační činnost a tak doufám, že jsem svou prací přispěla k celkové informovanosti o tolik závažné problematice jako jsou děti s poruchou autistického spektra.

Svou práci bych ráda zakončila tvrzením, že *„Ergoterapie využívá rozsáhlou znalost poznatků jako teoretický základ a může být efektivní pouze tehdy, jestliže se jim správně přizpůsobuje. Teoretické poznatky nám mohou pomoci, abychom lépe*

*porozuměli funkci, dysfunkci, hodnocení a léčbě*“ (Faktorová, 1999, s. 1). Proto se domnívám, že vzájemnou kombinací ergoterapie s metodikami programu TEACCH můžeme dosáhnout co největší efektivity v praxi s autistickými dětmi. Právě zde vidím možnost rozšíření ergoterapie o další pole působnosti.

## 12 Seznam příloh

<b>Příloha – tabulky .....</b>	<b>100</b>
Tabulka 1 .....	100
Tabulka 2 .....	100
Tabulka 3 .....	101
Tabulka 4 .....	102
Tabulka 5 .....	102
<b>Textové přílohy .....</b>	<b>103</b>
Příloha 1 .....	103
Příloha 2 .....	106
Příloha 3 .....	108
Příloha 4 .....	109
Příloha 5 .....	112
<b>Příloha – fotodokumentace .....</b>	<b>114</b>

## Příloha - tabulky

**Tabulka 1**

### Některé specifické terapie autismu

Son Rise program	Fyzikální terapie
Auditorií trénink	Farmakoterapie (fenfluramin, fenothiazin...)
Terapie pevného objetí (Holding Therapy)	Antifungální terapie
Feingoldova dieta	Elektrokonvulsivní terapie
Megavitaminová terapie Muzikoterapie	Homeopatika a metody léčitelů
Bezlepková dieta (GFC)	Modelování vzorů (patterning)
Terapie řeči	Interaktivní terapie
Terapie hrou	Facilitovaná terapie
Terapie tancem	Regresní terapie
Zooterapie (canisterapie, hippoterapie...)	Averzivní terapie
Oxygenová terapie	Sledování psychogenezy

**Tabulka 2**

### Porovnání světového klasifikačního systému MKN-10 s americkým DSM-IV (Thorová, 2006, s. 60)

MKN-10 (Světová zdravotnická organizace, 1992)	DSM-IV (Americká psychiatrická asociace, 1994)
Dětský autismus (F84.0)	Autistická porucha ( <i>Autistic Disorder</i> )
Rettův syndrom (F84.2)	Rettův syndrom ( <i>Rett's Syndrome</i> )
Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3)	Dětská dezintegrační porucha ( <i>Childhood Disintegrative Disorder</i> )
Aspergerův syndrom (F84.5)	Aspergerova porucha ( <i>Asperger Disorder</i> )
Atypický autismus (F84.1)	Pervazivní vývojová porucha dále nespecifikovaná ( <i>Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified - POD-NOS</i> )
Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)	
Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84.9)	
Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4)	Není ekvivalent

**Tabulka 3**

**Orientační popis protipólů v úrovni adaptability u lidí s Aspergerovým syndromem (Thorová, 2006, s. 191)**

Úroveň adaptability	Projevy chování
<b>Nízko funkční AS</b>	<p>Problémové chování – obtížná výchovná usměrnitelnost, negativismus, vyžadování rituálů od ostatních, nutnost dodržování rituálů se zřetelnou úzkostí, výrazné a obtížně odklonitelné repetitivní chování včetně pohybových stereotypií, nepřiměřená emoční reaktivita – destruktivní chování, nízká frustrační tolerance.</p> <p>Sociální a komunikační chování – nutkavé navazování kontaktu bez ohledu na druhé osoby, agresivita, zarputilá ignorace či odmítání spolupráce, sociální izolovanost, provokativní chování, neustálá snaha testovat hranice, odmítání kontaktu s druhými lidmi, emoční chlad a odstup.</p> <p>Podprůměrné intelektové schopnosti, hyperaktivita, poruchy pozornosti, těžká dyspraxie.</p>
<b>Vysoce funkční AS</b>	<p>Sociální naivita, nikoli „slepota“, pasivita, schopnost spolupráce, přiměřená nebo pouze mírně odlišná emoční reaktivita, chybí výrazné problémové chování, průměrné a nadprůměrné intelektové schopnosti, vyhraněné zájmy jsou přerušitelné, ochota věnovat se i jiným činnostem, zachovaná sociálně-emoční vzájemnost.</p>

**Tabulka 4**

**Frekvence výskytu pervazivních vývojových poruch (Thorová, 2006, s. 224)**

Diagnóza podle MKN-10	Spodní odhad	Horní odhad
Dětský autismus (F 84.0)	10/10 000 (Fombonne, Gillberg, 1999)	17/10 000 (Chakrabarti, 2001) 40/10 000 (Bertrand, 2001)
Rettův syndrom (F 84.2)	1/22 800 (Kozinetz, 1993)	0.96/10 000 (Leonard, 1997)
Jiná dezintegrační porucha v dětství (F 84.3)	1/100 000 (Fombonne, 2002)	6/100 000 (Fombonne, 2002)
Aspergerův syndrom (F 84.5)	10-26/10 000 (Gillberg, Gillberg, 1989)	36/10 000 (Ehlers, Gillberg, 1993)
PAS (poruchy autistického spektra)	20/10 000 (Wing, 1979)	57-67/10 000 (Scott, 2002), (Baird, 2000), (Chakrabarti, 2001), (Bertrand, 2001) téměř 1% (Howlin, 1998)

**Tabulka 5**

**Poměr pohlaví u poruch autistického spektra (Thorová, 2006, s. 227)**

Diagnóza podle MKN-10	Poměr chlapci:dívky
Dětský autismus (F 84.0)	4:1 tradiční pohled 2:1 u těžších mentálních postižení
Rettův syndrom (F 84.2)	pouze dívky
Jiná dezintegrační porucha v dětství (F 84.3)	převažují muži, přesný poměr není znám
Aspergerův syndrom (F 84.5)	4.7:1 (Wing, 1981) 10.3:1 (Howlin, 1997)
PAS (poruchy autistického spektra)	4:1 8.8:1.2 (Baird, 2000) 7.9:2.1 (Chakrabarti, 2001) 7.3:2.7 (Bertrand, 2001) 8.1:1.9 (Thorová, 2003) 8:1 děti integrované (Scott, 2002)

## Textové přílohy

### Příloha 1

#### Základní typy sociální interakce u lidí s PAS (Wing, 1979, s. 11-29)

##### I. Typ osamělý:

- minimální či žádná snaha o fyzický kontakt (mazlení, chování) či aktivní vyhýbání se fyzickému kontaktu, některé fyzické doteky (například lechtání a houpání) však mohou mít rádi
- nezájem o sociální kontakt (nevyhledávají společnost, nestojí o přátele, společnou hru)
- nezájem o komunikaci (dávají přednost sebeobsluze)
- dítě je samotářské, nevěnuje příliš pozornost svému okolí
- vyhýbá se očnímu kontaktu či naváže vágní oční kontakt bez komunikačního záměru
- nevyhledávají útěchu, často mívají snížený práh bolesti
- nezájem o vrstevníky (odmítají kolektivní hry, ve skupině dětí se stahují do ústraní)
- v raném věku neprojevují separační úzkost, nedrží se v blízkosti rodičů
- dítě může být i velmi aktivní, bez schopnosti empatie; vtrhne mezi ostatní děti, ničí hračky, je agresivní, nevnímá reakce dětí, reakce dospělých nemá na jeho chování vliv
- s věkem se většinou kontakt s blízkými osobami zlepšuje

##### II. Typ pasivní:

- omezená spontaneita v sociální interakci (kontaktu se nevyhýbají, ani ho často neinicují)
- sociální chování je méně diferencované
- pasivní akceptace kontaktu, kontakt si většinou musí řídit, nicméně v této skupině je poměrně hodně dětí, které se rády mazlí a těší se z fyzického kontaktu
- malá schopnost projevit své potřeby

- malé potěšení ze sociálního kontaktu (konverzace, společenských akcí, styku s novými lidmi)
- omezená schopnost sdílet radost s ostatními
- omezená schopnost empatie a sociální intuice
- omezená schopnost poskytovat útěchu, podělit se, poprosit o pomoc
- mohou se pasivně účastnit hry s vrstevníky (projevují zájem o vrstevníky, ale málo společné hry), neví jak se do hry účelně zapojit
- sociální komunikace nespontánní nebo zcela chybí, komunikaci využívají hlavně k uspokojení základních potřeb
- poruchy chování méně časté, hypoaktivní

### **III. Typ aktivní – zvláštní:**

- přílišná spontaneita v sociální interakci
- sociální dezinhibice (dotýkání, líbání či hlazení cizích lidí), nedodržování intimní vzdálenosti
- gestikulace či mimika může být přehnaná či bizarní
- omezený, malý či žádný vztah k posluchači
- řečové a myšlenkové perseverace týkající se většinou oblastí vlastních zájmů, někdy bizarního charakteru
- pervazivní a ulpívavé dotazování, často sociálně zahanbující či bez kontextu, zaměřené na předměty a témata zájmů
- sociálně velmi problematické, obtěžující chování
- obliba jednoduchých sociálních rituálů (pozdrav, jak se jmenuješ apod.)
- celková nepřiměřenost sociálního kontaktu
- obtížné chápání pravidel společenského chování
- potíže chápat kontext sociální situace
- často ulpívavý oční kontakt (zíraní do očí) nebo oční kontakt bez komunikační funkce (chybí koordinace očního kontaktu, řeči, gest)
- často se pojí s hyperaktivitou

### **IV. Typ formální, afektovaný:**

- typické pro děti a dospělé s vyšším IQ
- dobré vyjadřovací schopnosti



- řeč příliš formální se sklonem k preciznímu vyjadřování, působí strojeně, projev připomíná „slovník na pochodu“
- chování je velmi konzervativní, často působí chladným dojmem
- odtažitě chování se může projevat i vůči rodinným příslušníkům
- obliba společenských rituálů, až obsesivní touha po jejich dodržování
- pedantické dodržování pravidel, často dochází k afektům při nedodržení společenských předpisů
- mnohé výrazy, rčení slepě imitují po dospělých, nuance jejich přiměřeného užívání jim často unikají
- doslovné chápání slyšeného, potíže s ironií, nadsázkou, žertem
- sociální naivita, pravdomluvnost bez schopnosti empatie, šokující výroky
- encyklopedické zájmy
- přílišná nedětská zdvořilost

#### V. Typ smíšený – zvláštní:

- sociální chování je velmi nesourodé, záleží na prostředí, situaci, osobě, se kterou je kontakt navázán
- vyznačuje se prvky osamělosti, pasivity i aktivního a formálního přístupu
- sociální chování je považováno za zvláštní
- velké výkyvy v kvalitě kontaktu
- často (ne vždy) je méně problémové chování vůči rodičům
- často využívají prvky chování a mnohé slovní výrazy, které imitují po dospělých, budí dojem falešné sociální zdatnosti
- osamělé prvky: „nech mne být, nemám zájem, do toho ti nic není, to je moje tajemství“ (znamená „nevím“, „pozor, tenký led“)
- pasivní prvky: pěkný sociální úsměv, zdvořilé podřídivé chování, četné vyjadřování souhlasu
- aktivní – zvláštní prvky: naučené dotazy a prohlášení, živý zájem i kontakt okolo úzce vyhraněných témat, která dítě zajímají
- formální prvky: naučené fráze, mentorování, pedantické dodržování pravidel

## **Příloha 2**

**Podle MKN-10 (1996) platí pro dětský autismus tato diagnostická kritéria:**

A. Abnormální nebo narušený vývoj je patrný před věkem tří let, a to nejméně v jedné z následujících oblastí:

- (1) receptivní nebo expresivní řeč užívaná v sociální komunikaci.
- (2) vývoj selektivních sociálních vazeb nebo reciproční sociální interakce.
- (3) funkční nebo symbolická hra.

B. Celkem musí být přítomno nejméně šest symptomů uvedených pod bodem (1), (2) a (3), přičemž nejméně dva z bodu (1) a nejméně jeden jak z bodu (2), tak z bodu (3):

(1) Kvalitativní abnormality v reciproční sociální interakci se projevují nejméně ve dvou ze čtyř následujících oblastí:

- (a) neschopnost přiměřeně užívat pohledu z očí do očí, výrazu tváře, postoje těla a gest k sociální interakci,
- (b) neschopnost rozvíjet (způsobem přiměřeným mentálnímu věku a navzdory hojným příležitostem) vztahy s vrstevníky, které se týkají vzájemného sdílení zájmů, aktivit a emocí,
- (c) nedostatek sociálně emoční reciprocity, což se projevuje narušenou nebo deviantní reakcí na emoce jiných lidí, nedostatečné přizpůsobování chování sociálnímu kontextu, nebo slabá integrace sociálního, emočního a komunikačního chování,
- (d) chybí spontánní snaha o zábavu, zájmy nebo aktivity s jinými lidmi (např. ukazovat, přinášet předměty zájmu jiným lidem nebo je na ně upozorňovat).

(2) Kvalitativní abnormality v komunikaci jsou zřejmé alespoň v jedné z následujících oblastí:

- (a) rozvoj mluvené řeči je opožděn nebo úplně chybí a není snaha tento nedostatek kompenzovat používáním gest nebo výrazem tváře jako alternativního způsobu komunikace (často chybí předcházející komunikativní žvatlání),
- (b) relativní neschopnost začít nebo udržet konverzaci (ať už je schopnost řeči na jakékoliv úrovni), kde je třeba recipročně reagovat na komunikaci jiné osoby,
- (c) stereotypní a opakující se používání jazyka nebo idiosyntaktické užívání slov nebo frází,
- (d) nedostatek různých spontánních her "jakoby" nebo (v mládí) společenských her.

(3) Omezené, opakující se a stereotypní vzorce chování, zájmů a aktivit se projevují alespoň v jedné z následujících oblastí:

(a) stálé zabývání se jedním nebo více stereotypními a omezenými zájmy, které jsou abnormální co do obsahu nebo zaměření, nebo jedním nebo více zájmy, které jsou abnormální ve své intenzitě a přesně vymezeném druhu, i když ne v obsahu a zaměření,

(b) zdánlivě kompulzivní lpění na specifických, nefunkčních rutinách nebo rituálech,

(c) stereotypní a opakující se motorické manýry, které zahrnují buď poklepávání, nebo kroucení rukama nebo prsty, anebo komplexní pohyby celého těla,

(d) zájem o části předmětů nebo nefunkční prvky hraček (jako je např. vůně, omak, hluk nebo vibrace, které vytvářejí).

C. Klinický obraz nelze přičíst jiným pervazivním vývojovým poruchám: specifické vývojové poruše receptivní řeči (F80.2) se sekundárními sociálně emočními problémy, reaktivní poruše vztahů (F94.1) nebo dezinhibičnímu typu náklonnosti (F94.2), mentální retardaci (F70-F72) s některou přidruženou poruchou emocí nebo chování, schizofrenii (F20.-) s neobvykle časným vznikem a Rettově syndromu (F84.2).

### Příloha 3

#### Legislativní problematika autismu

Zdravotní stav dítěte posuzuje posudkový lékař (o posouzení zdravotního stavu žádá úřad nikoli občan). Vychází ze zpráv ošetřujících lékařů a psychologů. Většina posudkových lékařů pracuje v posudkové službě sociálního zabezpečení, jež působí na Okresních správách sociálního zabezpečení, resp. v Pražské správě sociálního zabezpečení (OSSZ, PSSZ), na České správě sociálního zabezpečení (ČSSZ) a na Ministerstvu práce a sociálních věcí ČR (MPSV). Posudková lékařská postupují podle **přílohy č. 2 vyhlášky č. 182/1991 Sb.** (Zákon o sociálním zabezpečení č. 100/1988 Sb.), kde není jmenovitě uveden pojem autismus ani jiné pervazivní vývojové poruchy. Kvůli nejednoznačnosti výkladu mohou být nároky rodičů na přiznání mimořádných výhod III. stupně zamítnuty. Dne 1.1.2006 vešla v platnost novela vyhlášky č. 506/2005, která lépe definuje zdravotní postižení odůvodňující přiznání mimořádných výhod. Na základě novely vyhlášky se mimořádné výhody III. stupně přiznávají lidem s autismem zejména díky příloze 2, odstavec 3, písmeno i): *„střední, těžká a hluboká mentální retardace nebo demence je-li IQ horší než 50, psychické postižení s dlouhodobými těžkými poruchami orientace a komunikace“*

Dále v příloze 2, odstavci 4 je uvedeno, že: *„mimořádné výhody III. stupně lze přiznat také v případech neuvedených nemocí a vad, pokud podstatně omezují pohybovou nebo orientační schopnost, a to podle rozsahu a tíže důsledků srovnatelných s indikacemi u uvedených poruch“*

Autismus, Aspergerův syndrom i ostatní pervazivní vývojové poruchy patří jednoznačně mezi postižení komunikace s dopadem na schopnost orientace. přidělování průkazky ZTP/P by tedy nemělo být již tak problematické. Ministerstvo práce a sociálních věcí ve svém prohlášení ze dne 27. 1. 2006 potvrzuje povinnost posudkového orgánu vždy z funkčního hlediska srovnat dopad poruchy autistického spektra na orientační schopnosti. (zdroj: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz))

#### **Příloha 4**

#### **Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany § 31 (Příloha č. 3 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.)**

Občanům starším jednoho roku s těžkým zdravotním postižením (uvedeným v příloze č. 2 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.), které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost, se podle druhu a stupně postižení poskytují mimořádné výhody I. (průkaz TP), II. (průkaz ZTP) nebo III. stupně (průkaz ZTP/P).

*„Vzhledem k funkčnímu dopadu pervazivní vývojové poruchy na fungování dítěte a jeho rodiny doporučujeme často rodičům dětí s poruchou autistického spektra žádat o přiznání III. stupně zdravotního postižení“ (Thorová, 2006, s. 375).*

#### **Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP):**

- a) nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sezení vázáno na zakoupení místenky;
- b) nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb, ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních;

#### **Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP):**

- a) nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sezení vázáno na zakoupení místenky;
- b) nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb, ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních;
- c) nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem);
- d) sleva 75% jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a sleva 62 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy;

### **Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P):**

- a) nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sezení vázáno na zakoupení místenky;
- b) nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb, ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních;
- c) nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem);
- d) sleva 75% jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a sleva 62 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy;
- e) nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě.

### **Další oblasti, kde lze uplatňovat výhody:**

Držitelům průkazů ZTP a ZTP/P bývá poskytnuta sleva poloviny vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní podniky. Při poskytování slevy držitelům průkazu ZTP/P se poskytne sleva poloviny vstupného i jejich průvodci.

Dále jde o zvýšení částky životního minima potřebné k zajištění nezbytných nákladů na domácnost při posuzování jeho sociální potřebnosti v souvislosti s poskytováním dávek sociální péče, různé daňové úlevy, osvobození od daně ze staveb, minimální vyměřovací základ pro stanovení výše pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, osvobození od poplatků ze psa, který je užíván k doprovodu nebo ochraně, osvobození od některých správních poplatků. Držitelé motorového vozidla a příjemci příspěvku na provoz motorového vozidla je prominut poplatek za užívání dálnic a rychlostních silnic (automobil převážející držitele průkazu ZTP/P po dálnici nemusí mít dálniční známku). Tyto úlevy a slevy jsou upraveny v právních předpisech jiných resortů (např. vyšší sazba, o kterou se snižuje základ pro daň z příjmů, je-li poplatník držitelem průkazu ZTP/P – ministerstvo financí; bezplatné užití dálnic a rychlostních silnic, vyhrazená místa k parkování – ministerstvo dopravy apod.). Žádost o přiznání

mimořádných výhod se podává u příslušného okresního úřadu u referátu sociálních věcí.

(zdroj: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz))

## **Příloha 5**

**Přehled dávek a služeb, o něž se může ucházet rodič dítěte s autismem (občan s autismem) s ohledem na zdravotní stav**

**A/ Dávky sociální péče poskytované v souladu s vyhláškou MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení č.100/1988Sb.:**

- Jednorázové peněžité a věcné dávky (§32)
- Příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla (§35)
- Příspěvek na provoz motorového vozidla (§36)

**B/ Služby sociální péče poskytované v souladu s vyhláškou MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení č.100/1988Sb.:**

- Mimořádné výhody III. stupně - průkaz ZTP/P ( §31)
- Bezúročné půjčky (§§57-58)
- Pečovatelská služba (§59)

**C/ Oprávnění podle vyhlášky o pravidlech silničního provozu č. 99/1989 Sb.:**

- Zvláštní označení č.01 motorového vozidla - invalidní značka (§68 odst.5) - příloha 1- poučení pro užívání značky

**D/ Oprávnění podle zákona o pozemních komunikacích č.13/1997Sb. ve znění zákona č.102/2000Sb.:**

- Zřízení vyhrazeného parkoviště pro osoby těžce zdravotně postižené v blízkosti trvalého bydliště (§25)

**E/ Dávka podle zákona č.117/1995 Sb. o státní sociální podpoře:**

- Rodičovský příspěvek do sedmi let věku dítěte (§30)
- Sociální příplatek (§§20-22)



**F/ Příspěvek na péči podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách: .**

Příspěvek na péči (dále jen "příspěvek") se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Příspěvek se vyplácí měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží. Příspěvek vyplácí obecní úřad obce s rozšířenou působností, který je příslušný k rozhodnutí o příspěvku. Výše příspěvku závisí na stupni závislosti:

- **Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni I** (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 (děti 5) úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.
- **Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II** (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 (děti 10) úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.
- **Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni III** (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 (děti 15) úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- **Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni IV** (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 (děti 20) úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

(zdroje: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz), [www.vysocina.apla.cz](http://www.vysocina.apla.cz) )

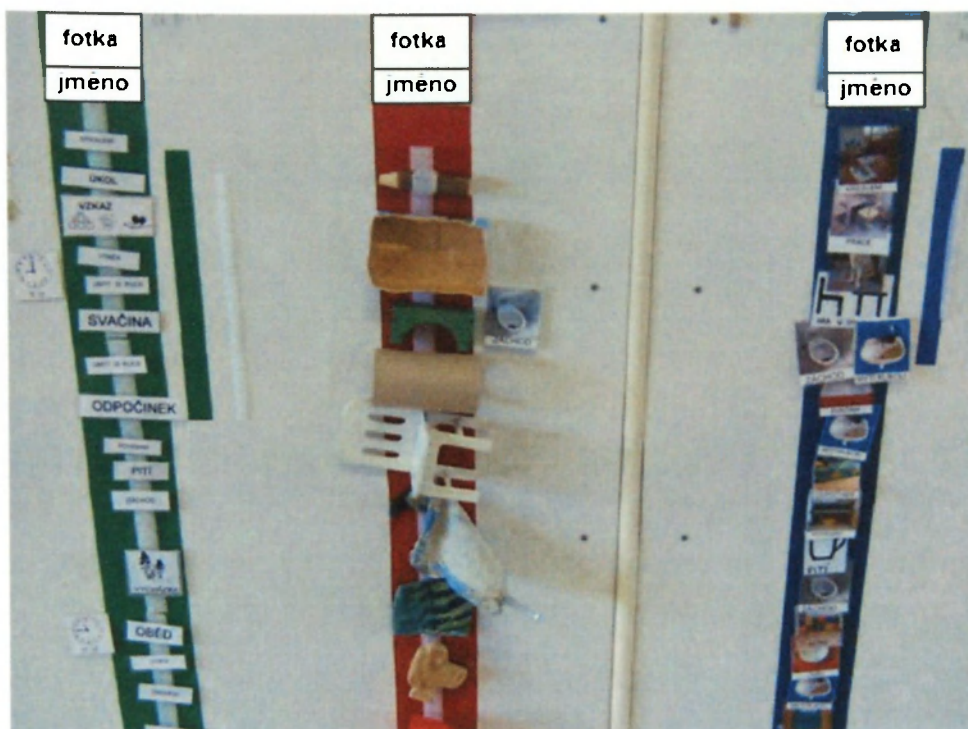
## Příloha – fotodokumentace

Pomůcky vizualizace a strukturalizace používané v SMŠ Štíbrova

Jednoduché procesuální schéma oblékání a svlékání



Denní program – psaný, předmětový, fotografie v kombinaci s některými piktoagramy



Procesuální schéma mytí rukou – jednotlivé kroky činnosti



Komunikační kniha – ukázka činností pro následující týden



Komunikační kniha – výběr oblíbené písničky



## Komunikační destička



## Možnost výběru jídla



Strukturovaná úloha (žetony v horní části stolu ukazují, kolik je potřeba splnit úkolů, aby dítě dostalo odměnu)



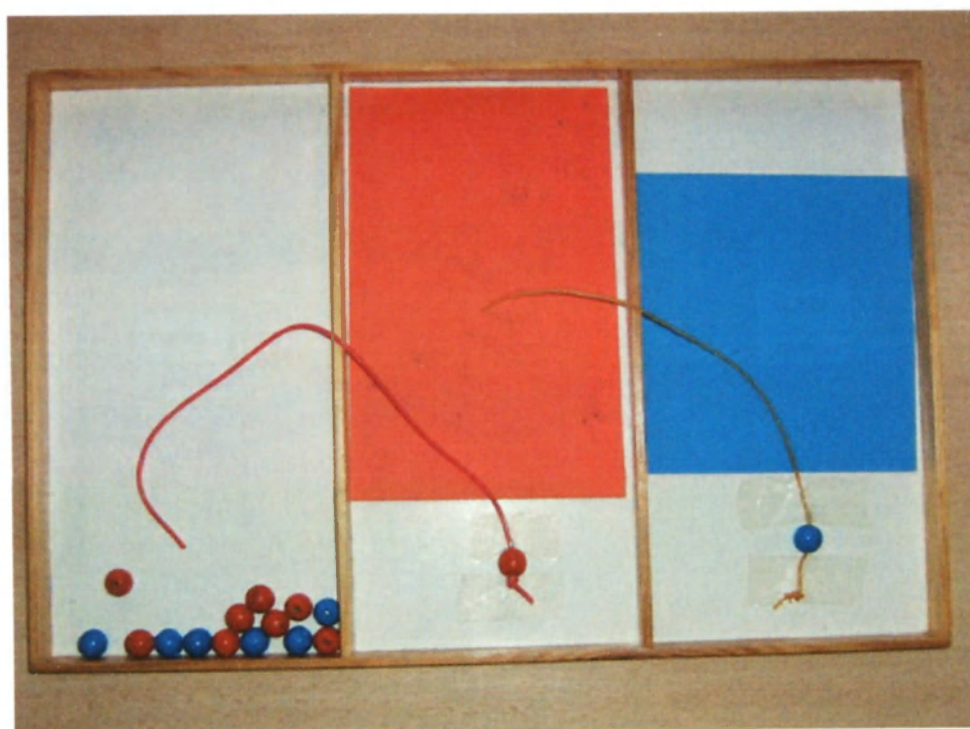
Úloha je splněna, může se odsunout do levé části stolu (zbývá poslední úkol)



Strukturovaná úloha (rozlišení malý/velký)



Strukturovaná úloha (rozlišení barev, navlékání korálek)



Prostor vyhraněný pro odpočinek (vrátka jsou volně přístupná)



Přihrádky rozlišující oblečení - do školky, na ven a na doma





## 13 Seznam literatury

- GILLBERG, CH.** *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. 1. vyd. Praha: Portál, 1995, s. 122. ISBN 80-7178-201-7.
- HAMÁČKOVÁ, L.** *Studijní materiál z přednášek*. 1. LF UK: Klinika rehabilitačního lékařství, 2004.
- HARTL, P.** *Psychologický slovník*. Praha: Budka, 1993, s. 297. ISBN 80-90 15 49-0-5.
- HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. (eds.)**. *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.
- HRDLIČKA, M.** *Historický vývoj, koncepce, terminologie*. In: M. HRDLIČKA, V. KOMÁREK. (eds.). *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004, s. 12. ISBN 80-7178-813-9.
- JELÍNKOVÁ, M.** *Autismus I. Problémy komunikace dětí s autismem*. Praha: IPP ČR, 1999, s. 3
- JELÍNKOVÁ, M.** *Autismus II. Problémy v sociálních vztazích dětí s autismem*. Praha: IPP ČR, 2000.
- JELÍNKOVÁ, M.** *Autismus III. Problémy s představitostí u dětí s autismem*. Praha: IPP ČR, 2000, s. 4.
- KOMÁREK, V.** *Neurobiologický model postižení*. In: M. HRDLIČKA, V. KOMÁREK. (eds.). *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M.** *Současné základy teorie a filosofie ergoterapie*. In: *Úvod do ergoterapie*. Klinika rehabilitačního lékařství, 1. LF UK, 2004.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M.** *Studijní materiál z přednášek*. 1. LF UK: Klinika rehabilitačního lékařství, 2004.
- MESIBOV, G. B, SCHOPLER, E., HEARSEY, K. A.** *Strukturované učení*. In: E. SCHOPLER, G. B. MESIBOV. *Autistické chování*. Praha: Portál, 1997, s. 217.
- MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J.** *Kognitivně-behaviorální terapie – úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999.
- SEDLÁČEK, Z., HAVLOVICOVÁ, M.** *Genetika autismu*. In: M. HRDLIČKA, V. KOMÁREK. (eds.). *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.

**SCHOPLER, E.** *Behaviorální priority u autismu a příbuzných vývojových vad.* In: E. SCHOPLER, G. B. MESIBOV. *Autistické chování.* Praha: Portál, 1997, s. 73, 77. ISBN 80-7178-133-9.

**SCHOPLER, E., MESIBOV, G. B.** *Autistické chování.* Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-133-9.

**SCHOPLER, E., REICHLER, R. J., LANSINGOVÁ, M.** *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami.* Praha: Portál, 1998, s. 8. ISBN 80-7178-199-1.

**SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE.** *Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10. revize). Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum.* Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 179s. ISBN 80-85121-64-6.

**THOROVÁ, K.** *Poruchy autistického spektra.* Praha: Portál, 2006, s. 32 - 375. ISBN 80-7367-091-7.

**VOTAVA, J., a kol.** *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením.* Praha: Karolinum, 2003, s. 36, 37. ISBN 80-246-0708-5.

**WING, L., GOULD, J.** Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1979, 9, s. 11-29. ISSN 0162-3257.

### **Internetové zdroje**

**AOTA.** *Occupational Therapy's Role With Autism.* Dostupné na:

<http://www.aota.org/featured/area6/docs/Autism-fact.pdf> (1.3.2007)

**HÄUSSLER, A.** *Strukturierung als Hilfe zum Verstehen und Handeln: Die Förderung von Menschen mit Autismus nach dem Vorbild des TEACCH - Ansatzes.*

Dostupné na: <http://www.autismus-in-berlin.de/Teacch-Annelaeussler.pdf> (9.2.2007)

**MASOPUSTOVÁ, Z.** *Dětský autismus.* Dostupné na:

<http://autik.blog.cz/0509/detsky-autismus> (13.3.2007)

**RIEDEL, F.** *Was ist TEACCH.* Dostupné na:

<http://www.schule-bw.de/schularten/sonderschulen/autismus/anlage/Excerpt%20TEACCH.pdf> (28.1.2007)

**RUDY, J. L.** *Occupational Therapy and Autism: The Basics*. Dostupné na:  
<http://www.autism.about.com/od/whatisautism/a/OTBasics.htm> (26.1.2007)

**THOROVÁ, K., SEMÍNOVÁ, M.** *Strukturované učení - Základy metodiky práce u dítěte s autismem*. Dostupné na: [http://www.autismus.cz/autismus\\_terapie.html](http://www.autismus.cz/autismus_terapie.html)  
(16.2.2007)

**TREHIN, P.** *Some Basic Information about TEACCH*. Dostupné na:  
[http://www.asatonline.org/about\\_autism/autism\\_info14.html](http://www.asatonline.org/about_autism/autism_info14.html) (8.1.2007)

*Zákon o sociálním zabezpečení č. 100/1988 Sb., Zákon o sociálních službách č. 108/2006 a jejich příslušné vyhlášky*. Dostupné na: <http://www.mpsv.cz>

*Přehled dávek*. Dostupné na:  
[http://www.vysocina.apla.cz/aplajm\\_prehled\\_davek.htm](http://www.vysocina.apla.cz/aplajm_prehled_davek.htm) (1.3.2007)