

**Prof. Diana L. Robins, Ph.D.** je profesorkou a ředitelkou AJ Drexel Autism Institute na Drexel University. Velká část její práce se soustředila na vývoj, ověřování a zdokonalování široce používaného screeningového nástroje pro poruchy autistického spektra u batolat M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers). Původní práce M-CHAT byla citována více než 2 000krát. Aktualizovaná verze M-CHAT-R s následným přešetřením M-CHAT-R/F, prokázala, že 2-stupňový screeningový dotazník dokáže odhalit mnoho případů autismu. Děti ve studii byly diagnostikovány asi o dva roky dříve, než ukazuje národní medián, což zlepšuje včasné řešení poruch autistického spektra.

Je nositelkou prestižních cen a vyznamenání, v roce 2017 byla zvolena do statutu člena v American Psychological Association, Division 33 (Intelektuální a vývojová postižení), v letech 2007 až 2012 byla Principal Investigator v National Institutes of Health pro Loan Repayment Program. Její práce byly publikovány v předních pediatrických časopisech a časopisech o autismu. V současné době působí v představenstvu Mezinárodní Společnosti pro Výzkum Autismu.

---

**Prof. Hilary Kennedy, Ph.D.** se dlouhodobě věnuje výzkumné a pedagogické práci v oblasti Video Interaction Guidance (VIG), (v České republice je metoda známa pod názvem Videotrénink interakcí - VTI), je zakladatelkou a vůdčí představitelkou VIG ve Velké Británii, povoláním je pedagogickou psycholožkou a čestnou výzkumnou pracovnící na University College London.

---

**Prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc.** je přední dětský a dorostový psychiatr, věnuje se vědecké a pedagogické práci, výchově pregraduálních a postgraduálních studentů, působí na 1. LF UK a VFN v Praze, je vedoucí Subkatedry dětské a dorostové psychiatrie na IPVZ, vede vlastní ambulanci, je autorem mnoha publikací.

---

**Prof. RNDr. PhDr. Marie Vágnerová, CSc.** je přední odbornicí v oblasti pedopsychologie, vývojové psychologie a psychologie handicapu.

---

**PhDr. Romana Straussová, Ph.D.** je zakladatelkou Centra Terapie Autismu a autorem terapeutické metody O.T.A.®

---

**Doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.** je lékařka s odborností dětská psychiatrie a psychiatrie, vysokoškolská pedagožka na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, členka mnoha odborných lékařských společností a lektorka psychoterapeutických výcviků v kognitivně behaviorální psychoterapii.

---

**Doc. Mgr. Pavlína Janošová, Ph.D.** je pedagogická psycholožka, vysokoškolská učitelka, vědecká pracovnice, řešitelka několika výzkumných projektů, autorka řady publikací a příspěvků na odborných konferencích, členka několika odborných organizací.

---

**Mgr. Martin Nekola, Ph.D.** je výzkumník a pedagog na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy. Je také evaluátor a analytik na „volné noze“ pro různé neziskové, vládní i nadnárodní organizace; od roku 2017 v rámci projektu [evaluuj.cz](http://evaluuj.cz).

---

**MUDr. Alena Šebková** je praktická lékařka pro děti a dorost, předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP.

---

**MUDr. Magdalena Ryšánková** je dětský a dorostový psychiatr a psychoterapeut. Má dlouhodobou zkušenost s diagnostikou i léčbou dětí i dospívajících s PAS, v posledních letech se zaměřuje převážně na časnou diagnostiku PAS.

---

**Mgr. Kateřina Šilhánová** je lektorka, supervizorka, konzultantka, VTI terapeutka; spoluzakladatelka a předsedkyně neziskové organizace SPIN, z.s. - asociace pro videotrénink interakcí® v České republice.

---

**PaedDr. Lenka Pospíšilová, Ph.D.** je klinická logopedka, zřizovatelka a ředitelka Demosthena – dětského centra komplexní péče v Ústí nad Labem, které svým mezirezortním uspořádáním (zdravotnictví, školství a sociální služba) a koordinovaným prolínáním jednotlivých oborů a pracovišť poskytuje více než 20 let péči dětem s neurovývojovými poruchami.

---

**Beata Ignaczewska** je certifikovaná terapeutka a behaviorální supervizor, speciální pedagog, školitelka a přednášející v oblasti aplikované behaviorální analýzy, ředitelka Centra pro behaviorální terapii v Gdaňsku a v Gliwicích v Polsku.

---

**Mgr. Přemysl Mikoláš** je psycholog, certifikovaný psychoterapeut, který dlouhodobě podporuje rodiny dětí a dospívajících s neurovývojovými poruchami. Jedná se především o děti a dospívající na autistickém spektru (PAS) a spektru poruch pozornosti (ADHD). Rovněž podporuje děti a dospívající a jejich rodiny, které prošli traumatickou událostí ve svém životě a nacházejí se v institucionální péči.

---

O autorech více na <https://www.autismus-terapie.eu/> - Přednášející

## **SOUHRN PŘÍSPĚVKŮ:**

### **Prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc.: Neurovývojové přístupy v dětské a dorostové psychiatrii se zvláštním zřetelem k infantilnímu autismu.**

Neurovývojové aspekty zahrnují přístupy biologické, v posledních letech také behaviorální a další metody. Naše studie obsahují výsledky farmakoterapie, psychoterapie a také specifických raných intervencí. Sdělení se zabývá nejen terapeutickými výsledky, ale také teoretickými základy biologických a intervenčních přístupů. Zvláštní důraz je kladen na integraci uvedených metod.

### **Prof. Diana Robins, Ph.D.: Screening detects autism in toddlers:**

Včasně odhalení autismu je klíčové pro usnadnění přístupu k metodám založeným na důkazech, specifickým pro autismus, které následně vedou k lepším výsledkům v průběhu života. Poskytovatelé primární péče jsou těmi odborníky, kteří nejpravděpodobněji vidají velmi malé děti, ale při zdravotních prohlídkách je náročné pozorovat řadu projevů chování, jež jsou spojeny s autismem. Proto standardizovaný screening, vyplněný rodičem, je důležitým doplňkem k odbornému sledování vývoje ze strany poskytovatele. Naše data ukazují, že náš standardizovaný screening s Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up (M-CHAT-R/F) identifikuje mnoho dětí s autismem před dosažením dvou let věku, což je mnohem dříve, než je průměrný věk při stanovení diagnózy. Standardizovaný screening je také důležitý nástroj pro snižování rozdílů v přístupu k diagnostice znevýhodněných rodin.

### **MUDr. Alena Šebková.: Včasný záchyt v ordinacích PLDD – praxe v ČR:**

Předpokladem pro včasné zahájení intervence při podezření na PAS je včasné zachycení příznaků, které by mohly v diagnózu PAS vyústit. Od podzimu 2016 je prováděn v ordinacích praktických dětských lékařů (PLDD) včasný záchyt M-CHAT-R. Ve svém sdělení seznámím posluchače s metodikou provádění tohoto úkonu v ordinacích PLDD.

### **Doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.: Role pedopsychiatra v diagnostice a terapii PAS:**

Diagnostika dětského autismu prodělala v posledních dekádách výrazné změny. Medicína se zaměřuje na včasné odhalení a léčbu řady poruch. Například zachycení závažné vrozené metabolické poruchy a zavedení včasné léčby může zabránit vzniku pozdějších komplikací. Dětský autismus, který je vážnou neurovývojovou poruchou, je ovšem nemocí, u které zatím neznáme jednoznačné příčiny, a proto nejsme schopni zacílit léčbu na příčinné mechanismy. Proto zatím provádíme pouze podpůrnou léčbu, ať jde o doporučení psychologické terapie nebo nabídku farmakologické pomoci pro některé patologické projevy dítěte. Víme, že i podpůrné postupy mohou zlepšit kvalitu života autistického dítěte, zejména časná intervenční terapie.

Americká Pediatrická Akademie doporučila používat pro včasný záchyt dětí s PAS dotazník M-CHAT. Dotazník prošel vývojem a jeho současná verze zvýšila specifitu dotazníku na 99% a senzitivitu na 85%. Proto je právě dotazník M-CHAT R/F považován za kvalitní nástroj pro záchyt dětí s PAS v populaci. Víme ovšem, že pozitivní výsledek testu nemusí zdaleka prokazovat PAS, ale může poukázat na jinou neurovývojovou nebo vrozenou poruchu. Dítě musí být dále cíleně vyšetřováno, aby byla objasněna příčina jeho atypického psychosociálního vývoje.

Vzhledem k tomu, že jde u dětského autismu o nemoc, která je v mezinárodních klasifikačních systémech zařazena mezi duševní nemoci, stanovuje diagnózu duševní nemoci lékař-psychiatr/

psychiatr pro děti a dorost, ve spolupráci s klinickým psychologem. Psychiatr musí u každé posuzované nemoci zvažovat jiné možné duševní nemoci a provádět rozvahu, které další nemoci by mohly připadat v úvahu, než bude stanovena diagnóza základní. Jde o odborný proces, provádění tzv. diferenciální diagnostiky. K tomu je zapotřebí řady informací, které mu mohou poskytnout další odborná vyšetření jako psychologické, pediatrické, logopedické, audiologické, popřípadě genetické. Teprve zhodnocením nálezů a doplněním informací o tom, jak se dítě vyvíjelo doposud, zda plnilo klasické vývojové milníky a zda mělo či nemělo problémy v psychosociálním vývoji, lze uzavřít diagnostický proces. Psychiatr musí zhodnotit, zda klinický obraz naplňuje diagnostická kritéria PAS nebo kritéria jiné neurovývojové nebo duševní nemoci. Je zapotřebí odlišit, zda bylo dítě v rodinném prostředí dostatečně vývojově stimulované, zda nejsou jeho problémy součástí nějakého geneticky podmíněného syndromu, atd. Do dětské psychiatrické ambulance přicházejí děti nejčastěji kolem 30. měsíce věku, kdy je nejvyšší čas rozhodnout, zda dítě může nastoupit do mateřské školy, zda je schopno rozumět řeči, zda je schopno samo svoje potřeby sdělit, apod. V současnosti máme možnost zahrnout do celkového klinického zhodnocení všechny přítomné nemoci a popsat tzv. komorbiditu, např. přítomnost několika neurovývojových poruch dohromady. Nejčastější komorbiditami jsou vývojové poruchy řeči, popřípadě celkové opoždění intelektového vývoje, častá je i komorbidita s ADHD (Hyperkinetickou poruchou).

Psychiatr je lékař, který obvykle nemá vzdělání ve specifických behaviorálních a psychotherapeutických postupech. Součástí jeho práce je, ale informovat rodiče o podpůrných intervenčních metodách, logopedických přístupech, strukturovaném učení, a podobně. Děti bývají ještě před návštěvou dětské psychiatrické ambulance často v péči Centra pro ranou péči, kde je rodičům poskytována první pomoc v případě, že se dítě ve vývoji opožďuje. Přes specifickou erudici kvalifikovaného psychiatra pro děti a dorost, je někdy velmi obtížné potvrdit jednoznačně diagnózu PAS. Je to tehdy, kdy dítě sice má autistické symptomy, ale nejsou naplněna diagnostická kritéria pro jednoznačnou diagnózu. Pak hovoříme o podezření na PAS a dítě sledujeme-další vývoj obvykle potvrdí nebo vyvrátí podezření na diagnózu PAS. Úkolem dětského psychiatra je vydat doporučení k přidělení pedagogického asistenta do MŠ, pokud dítě nenastoupí přímo do speciální MŠ. Průběžné hodnocení vývoje dítěte, stejně jako posouzení, zda zvládá základní životní potřeby úměrně věku, popřípadě poskytnutí informací OSSZ ve směru přidělení příspěvku na péči o dítě, to jsou další aktivity, které v této oblasti dětský psychiatr vykonává. Domníváme se, že kvalitní mezioborovou spoluprací, lze poskytnout jak odborné rady, tak zodpovídat otázky, se kterými se na nás rodiče obracejí. Psychiatři, kteří jsou absolventi lékařských fakult a mají rozsáhlé všeobecné medicínské znalosti, musí vždy svoje názory a zkušenosti opírat o vědecké poznatky. Zatím je hledání příčin PAS skládáním jednotlivých dílů mozaiky a my doufáme, že budoucnost nabídne nemocným dětem mnohem víc, než dokáže současná medicína.

## **VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO PROJEKTU K OVĚŘENÍ RANÉ INTERVENCE O.T.A.®**

- **prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc.:** Autismus – možnosti pozitivního ovlivnění dítěte, rodiny, komunity
- **PhDr. Romana Straussová, Ph.D., Mgr. Martin Nekola, Ph.D.:** Představení Rané intervence O.T.A.® a hodnocení její účinnosti
- **prof. RNDr. PhDr. Marie Vágnerová CSc., doc. Mgr. Pavlína Janošová, Ph.D.:** Role rodičů – výsledky šetření

## **Romana Straussová, Martin Nekola: Představení rané intervence O.T.A.<sup>®</sup> a hodnocení její účinnosti:**

Od poloviny minulého století byly ověřovány a vylepšovány postupy pro práci s dětmi s autismem, široce prověřovaná byla především intenzivní terapie založená na principech aplikované behaviorální analýzy (ABA), principy klientsky přívětivého TEACCH programu Schoplera, založeného na vizualizaci, strukturování času a prostoru. V novém století klesá věk dětí v intervenčních programech, v batolecím věku je efekt terapií účinnější. Nadále však přetrvával důraz na intenzitu a počet poskytnutých hodin, převahu přímého vedení profesionálem, přestože větší efekt terapií opakovaně vykazují děti rodičů více zaangażovaných v programu (Volkmar 2017, Pizzano et Kasari 2020). V současnosti i v závislosti na narůstající prevalenci PAS je kladen důraz na nalezení efektivnějších řešení.

V r. 2010 bylo v ČR zřejmé, že postupy práce s dětmi staršími 3 let jsou známé, ale chybí vhodná metoda pro děti mladší, pro batolata. Raná intervence O.T.A.<sup>®</sup> vznikla v této době. Základem metodiky bylo pozorované znejistění primárních pečovatelů způsobené změnou odpovědi dítěte s PAS na sociálně komunikační výzvy rodičů a následné cyklení vzniklých vzorců chování, a související snižování frekvence recipročních interakcí. Metoda pracuje s předpokladem, že vylepšením interakcí rodič-dítě může rodič pomoci dítěti nalézt důvěru ve svět, v sebe sama a záměrnou stimulací dovedností potřebných ke zdravému vývoji a ve správném pořadí, může pozitivně ovlivnit další vývoj dítěte. Samotná metodika vycházela z principů VTI (videotrénink interakcí), teorie intersubjektivní, teorie zrcadlových neuronů, teorie změněné konektivity mozkových oblastí (Minschew 2007). Teoretické odpovědi na výzkumné otázky přinášela neurověda, vliv změn v synapsích na proces učení při vytváření pamětní mapy mozku (Kandel 2000), neuroplasticita, epigenetika. Tento směr uvažování byl v té době u PAS ojedinělý, širší ověřování podobných intervencí pro PAS začalo až později, především ve Velké Británii a Austrálii (Green 2020).

**Raná intervence O.T.A.<sup>®</sup> nepracuje s dítětem, během přibližně 10 setkání v průběhu 2 let** (často méně), učí rodiče novým interakcím rodič - dítě (často za využití video-feedforward a video-feedback) a efektivním výchovným postupům. Intervence sleduje přísně vývojové hledisko, zahrnuje dítě s PAS, oba rodiče a posléze také sourozence. Pilotní studie Rané intervence O.T.A.<sup>®</sup> u 16 dětí s PAS proběhla v letech 2012-2016 na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy jako součást doktorského studia autorky metody, pod vedením prof. RNDr. PhDr. Marie Vágnerové, CSc. s velmi nadějnými výsledky. Studie, probíhající v období 2019-2021, má tyto výsledky ověřit.

**Hodnocení účinnosti metody zahrnuje objektivizaci příznaků metodou ADOS-2 dětským psychiatrem a dlouhodobé sledování a standardní léčbu dalším nezávislým erudovaným dětským psychiatrem** (v indikovaných případech děti léčeny lege artis farmakologicky). V průběhu intervence byly u některých dětí diferencovány další specifické poruchy z oblasti neurovývojových poruch (nejčastěji vývojová dysfázie, ADHD, také poruchy intelektu).

Kvazi-experimentální design byl založen na srovnání závažnosti symptomatiky PAS 1) pre-testu a post-testu u intervenční skupiny a 2) post-testu u intervenční a kontrolní skupiny. Intervenční skupinu (IS) tvořilo 50 dětí (13 dívek a 37 chlapců, průměrný věk post-testu 54,5 měsíců), kontrolní skupina (KS) byla sestavena také z 50 dětí (11 dívek a 39 chlapců, průměrný věk post-testu 48,6). Skupiny byly vytvořeny nenáhodně a v obou případech byla rozhodujícím kritériem pro zařazení výsledky screeningového testu M-CHAT-R z **18 měsíců věku (M-CHAT-R  $\geq$  7)**. Způsobilost IS pro zařazení do intervence byla dále posouzena na základě věku (18 až 36 měsíců).

Srovnání závažnosti symptomů na základě vážených skóre ADOS-2, resp. 3 kategorií závažnosti jednoznačně prokázalo účinnost metody. Závažnost poklesla o 31 % v případě celkového skóre (velikost efektu  $d = 0,96$ ) a o 32 % v případě sociálních aspektů ( $d = 1,12$ ). Pro repetitivní chování nebyl

rozdíl statisticky významný. Z hlediska kategorií závažnosti (NS – nesplňuje podmínky; ASD – autistické spektrum; AUT – autismus) nedošlo u žádného dítěte ke zhoršení kategorie, **8 dětí se posunulo o jednu kategorii** (3 z ASD do NS, 5 z AUT do ASD), **11 dětí potom dokonce o kategorie dvě, tj. z AUT do NS.**

Tyto výsledky podporuje i srovnání s KS. V tomto případě měla intervence malý efekt na celkový skóre a repetitivní chování, střední efekt na sociální aspekty. V případě kategorií závažnosti byla provedena ordinální logistická regrese a poměr šancí (odds ratio, OR) byl odhadnut na 3,6. **Pro děti z IS je tedy šance na zlepšení o jednu či obě kategorie závažnosti 3,6krát větší, než pro děti z KS.**

**Diskuse:** U dětí, které se dostaly do kategorie „nesplňuje podmínky“ mohou stále přetrvávat residua poruchy. Z těchto důvodů bude vhodné jejich longitudinální sledování (zhodnocení po dalších přibližně dvou letech) a ověření konzistentnosti výsledků.

### **Prof. Hilary Kennedy, Ph.D.: Intersubjectivity: why is this concept so important for interventions?**

#### **Intersubjektivita: proč je tento koncept tak důležitý pro intervenci?**

Intersubjektivita a VTI – vznik Colwyn Trevarthen, profesor dětské psychologie a psychobiologie na Univerzitě v Edinburghu, na počátku 80. let, si během pozorování rodičů a novorozenců všiml, že “miminka se rodí, aby komunikovala.” Teorie intersubjectivity se shodovala s jeho pozorováním, že “V jakékoli interakci jsou dva stejně důležité subjekty.” Colwyn si díky detailní mikroanalýze interakcí rodičů s jejich miminky všiml univerzálního způsobu, jak rodiče z celého světa reagují a podporují iniciativy svých dětí, pokud jsou s nimi v naladěné interakci. Z této etologické studie vychází Principy naladěné interakce a vedení, které vznikly v Nizozemsku, odkud se rozšířily na počátku 90. let do Spojeného království a České republiky. Tyto Principy, spolu s teorií intersubjectivity, tvoří základy evidence-based intervenční metody Videotrénink interakcí (VTI). Intersubjektivita v intervenci Kateřina Šilhánová bude prezentovat, jak v praxi fungují myšlenky intersubjectivity. Ukáže změny u matky a chlapce, kterému byla diagnostikována porucha autistického spektra.

Proč je intersubjektivita tak důležitá? Tento příspěvek bude zakončen diskusí o možných důvodech, proč intervence zaměřená na vztah mezi rodiči a dětmi, vytváří větší šanci na trvalé pozitivní změny u rodiče, dítěte, tak v jejich vzájemném vztahu.

### **Prof. RNDr. PhDr. Marie Vágnerová, CSc.: Rodičovství s PAS:**

Narození dítěte s postižením představuje pro rodiče značnou zátěž, s níž se musí nějak vyrovnat. Při zvládání této zátěže procházejí několika adaptačními fázemi, které na sebe navazují. Důležité je i to, o jaké postižení jde a jaké má projevy. A stejně tak i doba, kdy je postižení dítěte diagnostikováno. Zvládání tohoto problému závisí i na sebezpojetí rodičů a na možnosti přispět ke zlepšení jeho stavu. Případné psychické problémy rodičů mohou negativně ovlivňovat i dítě, a proto je třeba pracovat i s nimi.

## **SOBOTA: WORKSHOPY**

### **WORKSHOP 1 – PaedDr. Lenka Pospíšilová, Ph.D.: Vývojová dysfázie a porucha autistického spektra**

ÚVOD - Vývojová dysfázie (VD) je vývojovou poruchou jazyka, ač s vysokou prevalencí, tak s nízkým publikačním indexem a záměnami pojmů v definici (včetně české verze MKN – porucha „řeči“, namísto „jazyka“). Vědecký pohled prošel vývojem od symptomu přes specifickou nozologickou jednotku až k dnešnímu názvu Developmental language disorder a zařazení mezi onemocnění nové kategorie v ICD-11 (existující v DSM-5), označené jako Neurodevelopmental disorders. Jinou poruchou s charakteristickou patologií v komunikaci je porucha autistického spektra (PAS), která je zařazena mezi onemocnění stejné kategorie jako VD. Oproti VD má vyšší publikační index, nižší prevalenci, a ještě závažnější důsledky. Shodné jsou i záměny pojmů tří rozdílných domén: „řeč“, „jazyk“, „komunikace“, které PAS provázejí, nevyjímaje současné podtypy v ICD-11 s termínem „funkční jazyk“. V České republice je studií zabývajících se pacienty s VD velmi málo, jejich profil klinického obrazu dosud nebyl zpracován. I přes nárůst českého výzkumu PAS chybí řečový, jazykový a komunikační profil těchto jedinců, který je předmětem dlouhodobé a dosud neukončené diskuse světové vědy. Cílem naší studie bylo popsat klinický obraz dětí s VD, tj. vytvořit řečový, jazykový a komunikační profil, analogicky postupovat u dětí s PAS a porovnáním profilů zjistit vzájemný vztah obou diagnóz.

METODY - Studie vychází z víceoborového projektu, který porovnával probandy pomocí neurozobrazení (magnetické rezonance DTI). Soubor tvořilo 36 dětí s VD (24 chlapců a 12 dívek, průměrného věku  $8,92 \pm 2,20$  let), které byly porovnány se 34 zdravými kontrolami (16 chlapců a 18 dívek, průměrného věku  $8,95 \pm 1,52$  let) a 37 dětí s PAS (33 chlapců a 4 dívky, průměrného věku  $8,10 \pm 2,44$  let). Vyloučeny byly děti s poruchou intelektu a jinými závažnými psychiatrickými či neurologickými onemocněními. Skupina PAS byla diagnostikována pomocí metod zlatého standardu ADOS a ADI-R. Pro nedostatek českých standardizovaných testů z oblasti domén jazyka a komunikace jsme použili zčásti ověřenou diagnostickou baterii, složenou z dostupných zdrojů: Token testu, Heidelberského testu řečového vývoje, NEPSY-II, Vyšetření fatických funkcí, Addenbrookského kognitivního testu, zkoušky fonologické smyčky, testu gramatiky aj. Byly testovány oblasti: receptivní a expresivní fonologie, morfosyntaxe a lexikonu, dále sémantika, fonetika, výbavnost pojmů, verbální paměť, lexie, diskurs a pragmatika; dohromady 34 položek. Za účelem minimalizace dopadů strukturálního jazyka na komunikaci jsme se při testování pragmatiky přizpůsobili naměřené úrovni receptivní morfosyntaxe, sémantiky a fonologické smyčky.

VÝSLEDKY - V doméně řeči byla u dětí obou poruch prokázána porucha artikulace fonologické i motorické etiologie. Zjistili jsme, že nejzávažnějším subtypem poruchy artikulace verbální dyspraxií trpí 75 % dětí s VD a 39 % dětí s PAS ve věku našich probandů. Výsledky z domény jazyka přinesly ve všech specifikovaných oblastech signifikantní rozdíly mezi dětmi s VD a zdravými kontrolami a přiblížily skupiny poruch. Skupinu PAS zřetelně rozdělily na dvě podskupiny: větší (70 %) s narušeným jazykem a menší (30 %) bez narušeného jazyka. V doméně komunikace se ukázalo, že děti s VD se od neurotypiků významně neodlišují, ale liší se od autistů. V diskursu (na hranici mezi jazykem a komunikací) se projevily signifikantní rozdíly mezi VD a kontrolami a podobnost mezi poruchami: avšak jen v jeho fluentnosti, nikoliv v koherenci. Podobnost ve fluenci byla pravděpodobně ovlivněna komorbidní ADHD se svými podtypy, a to vyrovnaně u obou poruch. Zato z pohledu koherence a informační hodnoty přinesl diskurs podobnost dysfatických s neurotypiky a významnou odlišnost od autistů. Přestože skupina PAS oproti skupině VD měla u všech položek domény komunikace vyšší skóre, kromě shody v logoree, signifikantní rozdíl se projevily jen u echolálie, mimiky, gestiky a expresivní prozodie. V subtestu, který testoval propojení strukturálního a pragmatického jazyka (přiřazování výroků s emotivním podtextem k tvářím s emočním výrazem) bez možnosti přizpůsobení se úrovni strukturálního jazyka, se děti s VD přiblížily dětem s PAS více než ke zdravým kontrolám (podpora ve formě receptivní prozodie dětem s VD nepomohla).

ZÁVĚR - V této studii bylo testováno šest nulových hypotéz s následujícími výsledky: 1. „Dysfatické děti se v řeči neliší od zdravých dětí“ byla zamítnuta, neboť u dysfatických dětí byl zjištěn významně vyšší výskyt poruch artikulace. 2. „Dysfatické děti se v jazyku neliší od zdravých dětí“ byla zamítnuta

z důvodu výrazně horšího jazykového skóre. 3. „Dysfatické děti se v komunikaci neliší od zdravých dětí“ nebyla zamítnuta, protože dysfatické děti se zdravým kontrolám podobaly. 4. „Dysfatické děti se v řeči neliší od dětí autistických“ byla zamítnuta, u dysfatických dětí jsme prokázali statisticky významný rozdíl ve vyšším výskytu závažné poruchy artikulace. 5. „Dysfatické děti se v jazyku neliší od dětí autistických“ byla zamítnuta, protože ve skupině PAS byly identifikovány dvě podskupiny: jedna s jazykovým narušením, druhá bez jazykového narušení. 6. „Dysfatické děti se v komunikaci neliší od dětí autistických“ byla zamítnuta pro signifikantní rozdíl u základních testovaných položek.

## **WORKSHOP 2 – MUDr. Magdalena Ryšánková: Rozpoznání PAS u batolat**

Poruchy autistického spektra (dále PAS) řadíme mezi neurovývojové poruchy. PAS je geneticky heterogenní skupina a liší se svými projevy u různých jedinců i v různých fázích jejich vývoje. I v prvních letech života se tedy u dětí setkáváme s různými kombinacemi autistických projevů, s rozdíly v jejich závažnosti i s variabilitou jejich příznaků v čase i v kontextech.

Projevy PAS mohou být u některých dětí zjevné již během prvního roku života, u jiných se naopak začínají projevovat někdy mezi 1.-3. rokem života buď postupným rozvojem nebo v podobě regresu. Pro včasnou diagnostiku PAS je třeba vzdělání, zkušenost, delší časový úsek sledování během vyšetření a někdy i delší době sledování vývoje dítěte.

Dostupná studie prevalence PAS u batolat ve Švédsku (Nygren at al, 2012) uvádí prevalenci u 2 letých dětí 0,8 %. Budeme-li zdrženlivější, a po vyhledání prevalence z různých zdrojů (pohybuje se mezi 1-2 %), vybereme konzervativnější pohled, za minimum je považována prevalence 1 % (ESCAP,2020). V ČR roce 2020 se narodilo 110 000 dětí (Český statistický úřad) = tj dle aproximace by mezi nimi mohlo být asi 880-1980 dětí s PAS.

Studie (Siu, at al, 2016) uvádí, že většina dětí, které byly později diagnostikovány s PAS byly v 18 měsících "přehlédnuty" a (Ozonoff, et al, 2015), že téměř polovina dětí s pozdějším PAS nebyla diagnostikována ve 2 letech, ale nedostala diagnózu ani do 3 let.

Zajímavý poznatek (v souvislosti viz výše) přinesla práce Gabrielsen, 2015, kde se 89 % pozorovaných dětí s ASD v prvních 10 minutách pozorování neprojevovalo typickými autistickými projevy. Dokonce i zkušení odborníci během prvních 10 minut detekovali pouze 61 % dětí s ASD. Matoucí může být mimo jiné i fakt, že bezpečná vazba (secure attachment), charakterizovaná spontánní explorační herny a hraček v přítomnosti rodiče nebo vyhledání fyzické blízkosti s rodičem po krátké separaci nepatří k typickým projevům PAS (Willemsen-Swinkels, Bakermans-Kranenburg, Buitelaar, van Ijzendoorn, and van Engeland, 2000, Naber at al 2007, Rogers, Ozonoff and Maslin-Cole, 1993). 47 -53 % dětí s PAS oproti 60 % dětí s typickým vývojem vykazuje bezpečnou vazbu. Attachmentové odlišnosti jsou nejspíše méně zjevné při pocitu ohrožení dítěte s PAS, tedy např. i v situaci vyšetření u lékaře, než v situacích, kdy se dítě cítí bezpečně. Tam již lze v delším časové úseku pozorovat nižší frekvenci i atypickou kvalitu vyhledávání kontaktu.

K diagnostice PAS byly vyvinuty různé nástroje. Mezi screeningové nástroje "Level 1" které vycházejí z dotazníku, vyplňovaného rodiči, patří světově nejrozšířenější M-CHAT-R, i přesto, že u dětí mladších 20 měsíců je jeho sensitivita výrazně nižší než u dětí mezi 20-40 měsíci. Podobných dotazníků bylo vyvinuto více, pro zajímavost z mnoha uvádím např. PDDST-II Stage 1 (Pervasive Developmental Disorders Screening Tests) pro děti mezi 18-48 měsíci nebo ITC (Infant Toddler Checklist) pro děti mezi 6-24 měsíci, nebo FYI (First Year Inventory) pro děti v 1 roce věku, který je ve vývoji.

" Level 2" screening, který je řazen k diagnostickému "mezistupni", patří kombinace informací od rodičů s pozorováním hry a chování dítěte trénovaným pracovníkem. Patří k nim např. v ČR dobře známý CARS (Childhood Autism Rating Scale), zaměřený na děti mezi 2-6 lety. Ve světě dále např. STAT (Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds) či SCQ.

Ke komplexní diagnostice ASD náleží podrobná anamnéza, podrobné informace o dosavadním vývoji dítěte, psychologické testy k upřesnění vývojové úrovně a administrace specifických diagnostických Level 3 nástrojů, jako např. ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule).

Časně příznaky PAS nemusí být zpozorovány. Např. (ne)reagování na jméno nebo na jiné sociální podněty k získání pozornosti dítěte, omezená iniciace sociálních interakcí dítětem, či absence



neverbální komunikace (ukazování, očního kontaktu) většinou nejsou plně absentující, ale buď omezená nebo především využívána nekonzistentně, tedy v některých situacích či kontextech a v některých ne.

Ani sebevíce zdokonalené screeningové dotazníky nenahradí dobré klinické "oko" a "vnímavost" klinických pracovníků k vnímavosti či obavám rodičů ohledně vývoje svých dětí. Tento workshop by měl přispět k prohloubení vnímavosti odborníků vůči příznakům PAS.

Ve vývoji dětí pečlivě sledujeme vývoj tzv. sociálně kognitivních dovedností (social cognitive skills). K nim patří např. sdílená pozornost, imitace a používání gest a jsou považovány za důležité prekurzory vývoje řeči. Sledujeme i rozvoj funkčních a symbolických her. I jejich opoždění koreluje s opožděním nástupu řeči (Carpenter, Pennington and Rogers, 2002, ASELCC Team, 2013). Je popsán prediktivní vztah mezi imitací a expresivním jazykem, zatímco odezva na sdílenou pozornost predikuje receptivní řečové schopnosti (Luyster et al., 2008)

Workshop bude přednostně zaměřen na praktické ukázky projevů sociálně kognitivních dovedností u dětí s typickým vývojem oproti dětem s PAS a jejich různé nuance.

Znalost a vnímavost vůči časným projevům poruch autistického spektra napříč odbornostmi a jejich následná včasná diagnostika jsou v současné době nadějí pro děti s PAS a jejich rodiny. Ve světě jsou dostupné a dále se zdokonalují různé metody včasných intervencí, např. ABA-EIBI (Early Intensive Behavioral Intervention), ESDM (Early Start Denver Model), JASPER (Joint Attention, Symbolic Play, Engagement and Regulation) SCERTS (Social Communication, Emotional Regulation and Transactional Support), CST (Caregiver Skills Training) a v ČR se postupně některé z nich prosazují také.

A proč včasná intervence? Čím mladší dítě na počátku rané intervence, tím lepších dosáhne sociálních, komunikačních a adaptivních dovedností (Grandpeesh, Dixon, Tarbox, Kaplan and Wilke, 2009, Rogers, 2012).

### **WORKSHOP 3 – Mgr. Přemysl Mikoláš: Dítě nebo rodič? Role terapeutických pobytů v systému rodin dětí s PAS**

Děje-li se jedna věc členovi rodiny, děje se všem členům rodiny. Životní událost každého člena rodiny ovlivňuje celý jeho rodinný systém a to včetně diagnózy poruchy autistického spektra. Intervence zaměřené pouze a jenom na dítě na autistickém spektru je nesmysl. Porucha autistického spektra představuje velkou zátěž pro rodinu dítěte s PAS. Nestačí pouze poslat dítě "do opravy", je třeba podpořit nejen dítě, ale celý jeho rodinný systém a to včetně sourozenců a prarodičů. Cílem terapeutických pobytů je nabídnout možnosti zvládnání a řízení procesu „zvykání“ si na život rodiny s diagnózou. V terapeutickém bezpečném prostředí členové rodiny sdílí svoje pocity, získávají zpět svoji sebeúctu a zjišťují, že nejsou na TO sami. Cestou rodičovské skupin, terapeutických setkání pro muže, pro ženy a sourozence objevují členové rodinného systému zdroje ke zvládnání a řízení životního příběhu své rodiny. Pro takovou práci poskytuje terapeutický pobyt jedinečný prostor.

### **WORKSHOP 4 – PhDr. Romana Straussová, Ph.D.: Raná intervence O.T.A.®**

Workshop představí metodu, přiblíží některé techniky využívané v rodinách batolat s PAS.

Oslabení v sociálně-komunikační oblasti patří k nejraněji sledovaným symptomům autismu u malých dětí. Jde o schopnost sdílené pozornosti, používání komunikačních gest (ukazování, kývání na souhlas) a imitace (okamžitá i odložená imitace pohybů těla i mimiky obličeje). Jde o základní stavební kameny budoucího sociálně-komunikačního vývoje, dotýká se také vývoje jazyka a teorie mysli, podílí se na schopnosti vcítit se, rezonovat s druhým (South et al. 2008). Zrcadlení je pravděpodobně jedna z vývojově prvních forem učení malých dětí. Učí se zrcadlit pohyby druhého, ale také dostávají odpověď od svého rodiče o svých pohybech, o svém žvatlání, úsměvu a hlavně emocích. Jde o zpětnou vazbu matky k dítěti, bez které se vývoj každého kojence opoždí a která u dětí s autismem výrazně chybí. Základ problému PAS vidí O.T.A.® především v raném deficitu sociálních interakcí a primární intersubjektivitě matka – dítě. Stimulace zrcadlových neuronů rodičem dítěte, způsobem

odpovídajícím kojeneckému věku, podpora protokonverzace a primární intersubjektivitě může pomoci dítěti s autismem.

Raná intervence O.T.A.<sup>®</sup> pracuje s dítětem prostřednictvím rodičů jako hlavních terapeutů, k podpoře potřebných interakcí využívá v prvních měsících video-feedback i video-feedforward. Metoda byla nazvána O.T.A.<sup>®</sup> Open Therapy of Autism podle cílů, které si dala: otevírání dítěte směrem k sociální komunikaci, porozumění řeči, rozvoji imitace a kooperace ve hře. Vychází z principů kontaktu metody VTI, sleduje přísně vývojové hledisko a důležité vývojové milníky. Preferuje nástup dovedností, byť opožděně, v pořadí, které odpovídá jejich návaznosti u zdravého vývoje. Nezaměřuje se primárně na dovednosti vývojově vyššího stupně, které by mohly vypadat pro rodiče v danou chvíli žádoucí. Příkladem může být důraz na neverbální komunikaci před verbálním vyjádřením potřeby (včetně alternativního).

Raná intervence O.T.A.<sup>®</sup> se zaměřuje na stimulaci dovedností, které u PAS nejsou samovolně aktivovány, ale které jsou nezbytné pro zdravý vývoj dítěte a jeho chápání okolí. U poruch autistického spektra nemůže být účinná rehabilitace zaměřena pouze na jednu oblast postižení, ale musí vnímat problematiku pervazivního působení poruchy jako součást komplexního přístupu, kde jednotlivé oblasti vývoje ovlivňují jedna druhou a působí ve vzájemné součinnosti. Zvolená metoda práce proto vždy respektuje všechny aspekty zdravého vývoje a zároveň stimuluje rozvoj dovedností nezbytných pro další pozitivní vývoj dítěte. O.T.A.<sup>®</sup> využívá především stimulaci přirozenou cestou prostřednictvím primární vazební osoby, nikoliv terapeuta (sledování iniciativ dítěte, zpomalení tempa interakcí, spoluprožívání a emoční rezonance, naladění se, radostnost), jinde volí kompenzační metody (alternativní komunikace znakem nebo obrázkem, v některých případech i práce s vizualizací), využívá behaviorálních technik nácviku, ale na podkladě vývojových hledisek. Práci v rodině doplňuje nácvikem hry pomocí videoscénářů, kterou vyvinula autorka metody (Straussová et Knotková 2011).

O.T.A.<sup>®</sup> vnímá zdravou vazbu rodič-dítě jako základní podmínku pozitivního vývoje, rodinu jako prostor pro možný růst nebo stagnaci jedince. Správně fungující interakce v rodině jsou jediným možným prostorem pro pozitivní vývoj dítěte. Při neefektivních interakcích se dítě s PAS uzavírá do svého světa rychleji. Je třeba změnit přístup rodičů, místo snahy o učení dítěte praktikovat prosté spoluprožívání. Podmínkou úspěchu je práce s celým rodinným systémem. Rodina, která není schopna integrovat postižení svého dítěte, nepřijímá dítě jako takové. (Vágnerová 2009). Dítě tak má menší šanci na zlepšení, a to nezávisle na zvolené terapii.

#### **WORKSHOP 5 – Beata Ignaczewska: Mateřská škola pro děti s poruchou autistického spektra, kde se pracuje pouze jednou formou přístupu, aplikovanou behaviorální analýzou.**

V prezentaci bych vám ráda představila způsoby aplikace behaviorální terapie v mateřských školách. Sama již 30 let pracuji s lidmi s poruchou autistického spektra a mentálním postižením. Pracuji pouze s vědecky ověřenými terapiemi. Díky mým dlouholetým zkušenostem jsme mohli zřídit dvě mateřské školy pro děti s PAS, kterým v Polsku říkáme „Niebieskieprzedszkola“ – Modré mateřské školy. Představím organizaci v MŠ tak, jak by měla být optimálně zajištěna, aby terapie byla efektivní. Velice důležitá je role celého profesionálního týmu, včetně ředitele této instituce.

Pracuji jako supervizor s licencií ABA, a proto mám možnost vidět práci v MŠ v Polsku. Myslím si, že v současné době můžeme nastavit lepší podmínky pro děti s PAS i jejich učitele. Naše dlouholeté zkušenosti ukazují pozitivní přínos terapeutického působení. Modré školky jsou odpovědí na dnešní přeplněné a málo efektivní vzdělávací instituce.

Ve videoukázkách jsou zachyceny individuální a skupinové nácviky na začátku terapie, dále po 6 týdnech a 3 měsících. Ukáží techniky zaměřující se na zlepšení koncentrace pozornosti a sociálních dovedností. Také představím strukturu MŠ, kde je efektivita učitelů stále na vysoké úrovni. V Polsku vzniká síť Modrých mateřských škol na principu franšizy.

V našich mateřských školách testujeme, jako první v Polsku, multimediální program, v němž je zdůrazňována úzká spolupráce školky a rodiče. Díky aplikaci asdhelp.pl má rodič přehled o tom, co se jeho dítě aktuálně učí a to pak může procvičovat doma. Dnes již víme, že spolupráce školka - rodina a

naopak je velice efektivní a v terapii důležitá. Modrá školka považuje tuto spolupráci za klíčovou pro zvýšení efektivity práce celého týmu MŠ.

## **WORKSHOP 6 – Mgr. Kateřina Šilhánová: Videotrénink interakcí® a jeho využití v raném věku**

**METODA** - Metoda Videotrénink interakcí® (dále jen VTI) je využívána jako prevence, krátkodobá intervence nebo terapie při poruchách v oblasti komunikace s cílem identifikovat, aktivovat a rozvíjet konstruktivní interakci, podpořit stávající zdroje a zároveň podnítit vývojové procesy všech zúčastněných v daném systému a tím využít co nejlépe jejich vlastní kapacitu a potenciál. Podstatou metody VTI je zaměření na interakční dyádu "já-ty". Podobně jako řada příbuzných metod (Marte Meo, Video Feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPPP), Intuitive Parenting (IP), Intensive Interaction a dalších) využívá VTI metodu videoanalýzy (resp. mikroanalýzy) interakce na základě na videozáznam zachycených běžných komunikačních situací, po níž následuje rozhovor vyškoleného pracovníka (VTI trenéra) s klientem nad vybranými (editovanými) momenty úspěšné interakce (tzv. videofeedback). Pro VTI je zásadní aktivní zapojení rodičů do možného procesu změny, nezaměřujeme se na diagnózu dítěte, ale společně s rodiči hledáme řešení obtížných nebo problémových situací v interakci s takovým dítětem.

Hlavním médiem intervence je videozáznam běžných situací, nejdůležitější částí práce s klientem je pak rozhovor nad vybranými úseky takového videozáznamu. Pracovník dochází do rodiny a natáčí krátké sekvence interakcí, z nichž pak vybírá ty, které pomáhají vytvářet významný a konstruktivní rozdíl oproti dosavadnímu pohledu rodiny (pečujícího). Takové úseky se silnou výpovědí si poté společně s klienty prohlížejí a reflektují je s důrazem na možné zdroje. Předností tohoto přístupu je posilování toho, co již funguje a rozvíjení velmi konkrétních možností volby jednání, dochází k uvědomování si interakčních vzorců, které byly běžnému vnímání utajeny.

Metoda VTI má široké možnosti uplatnění, a zejména v posledním desetiletí je významným terapeutickým prostředkem využívaným v oblasti péče a podpory rodin s dítětem s PAS. Ve VTI nepracujeme přímo s dítětem s projevy PAS, ale s rodiči či dalšími pečujícími, např. pedagogy apod.

Významným hlediskem a výhodou metody VTI je intenzita a efektivita při práci s rodinou. VTI řadíme mezi krátkodobé formy terapie (poradenství), práce s rodinou je často ukončena v rozmezí 3 - 5 měsíců od domluvení si cíle spolupráce s rodinou (často stačí k dosažení cíle nebo k významnému zlepšení komunikační situace 4-6 cyklů VTI práce v rodině).

**VÝZNAM VYUŽITÍ METODY VTI V RANÉM VĚKU** - Poruchy autistického spektra (PAS) zastřešují termín často používaný k popisu spektra diagnóz, které zahrnují autistickou poruchu, atypický autismus, Aspergerův syndrom, pervazivní vývojovou poruchu a jiné pervazivní poruchy. Společně jsou PAS charakterizované nedostatkem schopnosti komunikovat (na neverbální i verbální úrovni), poruchami v sociálních interakcích a omezenými a opakujícími se vzorci chování, nedostatkem aktivního zájmu a rigiditou aktivit. Jedním ze základních a nejdůležitějších deficitů u jedinců s PAS je deficit emocí, přitom zpracování afektu je považováno za základ lidské zkušenosti a základ lidských interakcí v každodenním životě. Tento složitý proces zahrnuje schopnost vnímat, rozumět a reagovat přiměřeně na emocionální podněty, tudíž neschopnost interpretovat tato sociální vodítka a neschopnost pochopit projevy druhých brání rozvoji smysluplných sociálních vztahů. V důsledku toho jsou jedinci s PAS vystaveni významnému riziku sociálního odmítnutí, které vede až k sociální a fyzické izolaci.

Ve VTI se snažíme zaměřit na interakci rodič - dítě s PAS, zejména na neverbální komunikaci, tzn. na gesta, výraz obličeje, schopnost navázat a udržet oční kontakt, pokoušíme se identifikovat aktuální zájem dítěte, zaměření na věci, události, osoby, na motivaci v každodenních komunikačních aktivitách. Zajímá nás spontánní vokalizace (slova, zvuky, broukání) a zejména to, jak na tyto signály reaguje komunikační partner, jakým způsobem je schopen těchto signálů využít k otevření "dialogu" s osobou s PAS. Na základě naší zkušenosti je možné konstatovat, že využití VTI v rodinách s dítětem s PAS může redukovat "senzoričtý chaos" a stres, který mnoho jedinců s PAS během interakce zažívá a nastavit úspěšnou interakci, jejímž základem je vzájemnost, respekt a komunikující vztah.

**OČEKÁVANÝ PŘÍNOS** - VTI je velmi efektivní jako podpora rodin i odborníků, kteří pracují s dětmi s PAS. Základním přínosem pro rodiče je navázání a udržení kontaktu s dítětem, často nečekané otevření

možností a nových strategií, jak kontakt s dítětem navázat a udržet, ev. zapojení dalšího dítěte - sourozence do smysluplného kontaktu, hry, učení se novým věcem. Dodatečným přínosem může být rozvoj vokalizace a významnější využívání neverbální a verbální komunikace ze strany dítěte s PAS, schopnost zaměřením se dítěte na smysluplnou činnost apod. Přínosy se odvíjejí pochopitelně od počátečního stavu dítěte a jeho schopnosti vstupovat do sociálního kontaktu. Pro rodiče je významné sledovat pozitivní vývoj, jak u dítěte, tak u sebe, což vede ke zvyšování pocitu vlastní kompetence. Ne bezvýznamným efektem VTI je i možnost upřesnění diagnózy v oblasti PAS, zejména tehdy, když existuje mezioborová spolupráce odborníků.

## **SOBOTA: VIDEOKAZUISTIKY DĚTÍ S POZITIVNÍMI VÝSLEDKY INTERVENCE O.T.A.®**

V sobotu vystoupí rodiče 3 dětí, u kterých byla v batolecím věku diagnostikována porucha autistického spektra, a které po necelých dvou letech od vstupu do Rané intervence O.T.A.® již nespĺňovaly diagnostická kritéria pro tuto poruchu. Kazuistiky ukáží postup intervence, její úskalí i přednosti. Představí průběh intervence u 2 chlapců a 1 dívky. Příspěvky přednese:

**Ing. Bc. Hana Janušková**

**PhDr. Ivana Forejtář**

**Mgr. Magdalena Čížková**

---

### **Ivana Forejtář: PŘÍBĚH DAVÍDKA**

Syn David od narození prakticky v kuse plakal. Spal pouze 3-6 hodin denně u mě v náručí. Situaci jsme se řešili s lékaři. Všechno se svedlo na bolest břicha, Měl ABKM. Neznali jsme nic jiného než pláč dlouhé měsíce. Necháпали jsme, co se děje. Na čtrnácti měsících věku byl schopen spát už i dvě hodiny v kuse, my doufali, že už bude jenom lépe.

Davídek nebyl šťastné miminko, které by se na nás usmívalo, nijak zvlášť se kromě pláče neprojevoval. Jeho sestřička velmi trpěla, nikdo na ni neměl čas nebo sílu. V té době jsem spala max 5 hodin denně. Na patnácti měsících začal chodit, vydržel u anglických pořadů pro batolata. Zabavil se sám. Počítal, rozhazoval a řadil věci. Neplakal už tolik. Ale na sedmnácti měsících věku se vše rapidně zhoršilo. Dětské říkanky a hry nesnášel, hračky nepoužíval. Jeho oblíbenou hračkou byly dva barevné plastové kroužky. V každé ruce nosil jeden. Ale říkala jsem si, tak proč ne! Hlavně, když pořád nebrečí. Pak jsme si všimli, že nekouká na nás, ale dívá se za nás. Stále se skoro neusmíval, neopakoval, neukazoval. Vyhledala jsem lékařku, ale byl ještě malý. Všechno, z čeho jsem měla radost, najednou ztratil. Hrál si pouze s kulatými plastovými víčky od boxů na potraviny, která roztáčel. Dělal to hodiny. Přišlo léto, Davídek běhal po zahradě, nikoho si nevšímal, na volání nereagoval (ani na jméno), skoro nespal. Celou dobu jsem JÁ ale měla před očima živé srovnání. Chlapeček mé sestry je totiž jen o dva měsíce starší než Davídek. Touto dobou byl rozdíl mezi oběma chlapci již děsivý. Věděla jsem, že s Davídkem není něco v pořádku. Měl svůj svět, úplně jiný než náš. Pak nastal čas osmnáctiměsíční prohlídky a M-CHAT-R dotazníku. Díky bohu.

Davídek byl nevladatelný, vztekal se. Hodiny stál na mostě nad rychlostní silnicí a díval se dolů na osobní auta, kamiony, autobusy... Nic neřekl, na auta neukazoval, nezamával.. Celé dny, týdny, měsíce, každý den... A já s ním, zoufalá. A najednou si uvědomím, že letní prázdniny jsou dávno pryč a my stojíme pořád na tom stejném mostě, je únor, je mi zima, mrholí, Davídek má druhé narozeniny.... A já naprosto zlomená. Dodnes si pamatuji ten pocit. Nikdy na to nezapomenu.

Zbořil se mi svět. Nechtěla jsem tomu věřit. Vysoká pravděpodobnost poruchy autistického spektra – cože? Davídkův zkušený pediatr ale nechtěl na nic čekat a donutil mě jednat hned. Nechtěla jsem jezdit nikam na terapie, nechtěla jsem tomu vůbec uvěřit! Chtěla jsem počkat, zda se to nezlepší. Chtěla jsem

vyšetření pedopsychiatra, dětského neurologa. Chtěla jsem slyšet, že nemá žádnou poruchu, že je jen pomalejší... Našeho pediatra chovám dlouhé roky ve velké úctě. Poslechla jsem ho. Zavolala jsem do CTA hned. Díky Bohu! Davídkovi bylo 19 měsíců, když jsme se s paní doktorkou Straussovou setkali poprvé. Nevěděla jsem, co si mám ale myslet. Terapie, která je o chování rodiče k dítěti? K dítěti, které svého rodiče nevnímá? Cože? To nezvládnou! Náš syn nám ale již po PRVNÍM setkání ukázal, že to funguje. To nejhorší jsme za sebou ale stále ještě neměli. Davídkův pád byl teprve na začátku a trval dalších dlouhých sedm měsíců. Až za tu dobu jsem si sáhla na dno.

Když už jsem netrávila hodiny na mostě, stála jsem u sudu na vodu, do kterého chlapeček celé dny házel drobné kamínky. Když jsem chtěla, aby šel domů, dostal hodinový záchvat. Ležel v dešti v bahně a kopal. Za dva měsíce naplnil polovinu 300 litrového sudu.

Byly to ty jeho druhé narozeniny, možná měsíc, dva po nich, když jsem se ze dna odrazila. ADOS testování potvrdilo střední příznaky PAS. Byla jsem přítomna testování, viděla sem, co syn dokáže a nedokáže. Neměla jsem pochyb. Po druhých narozeninách se Davídek začal lepšit, slyšel na jméno, usmál se, dokonce ukazoval prstem na oblíbené ovoce. Naděje je tu! Konečně! Naše cesta nebyla jednoduchá, je to příběh obrovského trápení, pláče, strachu a naděje.

To, že řízenou stimulací rodiče lze měnit vývoj mozku dítěte, jsem slyšela už při první terapii. Popravdě, poprvé jsem si to dokázala v reálu představit až při účasti na semináři, kde jiné tři maminky představovaly úspěchy svých dětí s PAS díky terapii OTA. Celou kazuistiku jsem probřečela. Už jsem to konečně pochopila. David je batole s PAS. Ale jeho mozek lze ovlivnit. Jsou mu přesně dva roky, před většinou dětí s PAS má náskok. Prvních sedm měsíců terapie nebylo snadných. Okamžitě ale po první návštěvě v CTA jsem dostala novou naději. Jsem šťastná, že jsme začali s terapií hned. Kdybychom začali s terapií později, ztratil by nejdůležitější měsíce.

V září 2020 začal synek dokonce docházet několikrát v týdnu na dvě hodiny do soukromé školky (děti ve věku 2-3 roky) pro rozvoj hry a kvůli socializaci. Rozdíl mezi ním a ostatními dětmi byl ještě dlouho samozřejmě patrný. Ty dvě hodiny, které ve školce strávil, odpovídaly jeho potřebám. Pokud byl ve školce déle, uchyloval se k nežádoucímu chování. Byl přehlcený podněty a potřeboval si ulevit. Běhal čáru a stáčil oči. Pokud jsme ale trávili čas u přátel s jedním nebo dvěma dětmi, UŽ jsme nežádoucí chování nepozorovali, naopak!

V září 2021 byla synovi přidělena do soukromé školky asistentka a chlapeček pokračuje v dopoledním režimu, navštěvuje školku na 3,5 hodiny. Pokud by ho nepotkávaly dětské nemoci nebo covid karantény, byl by schopen školku navštěvovat každý den. Dle vyjádření paní učitelky je Davídek schopen zapojit se do všech aktivit. Ještě nesvede vyprávět, co ve školce ten den dělal, ale už se s námi snaží dělit o zážitky. Umí oslovit i cizí dítě a navázat s ním kontakt.

A co je nejdůležitější - David se směje! A já se směju s ním. Směje se každý den, perfektně rozumí tomu, co říkám, hraje si sám i s námi – zvládá hry jako domino, člověče nezlob se. Má zájem být s dětmi, zná říkanky, čte a vyjadřuje emoce a krásně mluví! Chce dělat všechno, co dělá jeho starší sestřička.

Když býval ze školky unavený, stavěl věci do řady nebo se točil a díval se na svět tím svým způsobem. To už dnes naštěstí není pravda. Věřím, že ty dny se už nikdy nevrátí. Davídek na 3,5 letech vystupuje z klinického obrazu dítěte s PAS.

Není to vždy perfektní. Když není odpočínutý tak, jak by on sám potřeboval, uchyluje se (k pro nás) nežádoucímu chování. Je svůj, má své záliby, ale pro nás je to všechno obrovský úspěch. Já vím, co všechno jsme společně dokázali a jak jsme to dokázali. A vím, že toho ještě hodně dokážeme.

Jsem vděčná našemu pediatrovi, který mě donutil začít situaci řešit hned, i paní doktorce Straussově a celému jejímu kolektivu v CTA za ZÁZRAK.