

STANDARD PÉČE OBORU KLINICKÁ LOGOPEDIE PRO PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Odbornost 903

1. strana standardu:

Autor:	PhDr. Romana Straussová, Ph.D. Mgr.et Mgr. Iva Bajtlerová
Editor:	
Oponent:	doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc. PhDr. Mgr. Lenka Vacková
Kdo péči poskytuje:	Klinický logoped
Odbornost (dle číselníku VZP):	903
Komu je péče poskytována:	Pacienti s poruchou autistického spektra
Poznámky:	Standard může být upravován dle nejnovějších poznatků a studií

Použité pojmy a zkratky:

PAS – porucha autistického spektra

NVP – neurovývojové poruchy

ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou

DSM-5 – diagnosticko-statistický manuál – 5. revize

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

M-CHAT-R – modifikovaný checklist pro autismus u batolat revidovaný; /F – Follow Up

CARS – The Childhood Autism Rating Scale

AAK – alternativní a augmentativní komunikace

ABA – Applied Behaviour Analysis; aplikovaná behaviorální analýza

O.T.A. – Open Therapy of Autism; otevřená terapie autismu

TEACCH – Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children;

PECS – The Picture Exchange Communication System; Obrázkový výměnný komunikační systém

VOKS – výměnný obrázkový komunikační systém

Definice onemocnění – vymezení pojmu:

PAS je soubor heterogenních neurovývojových změn, charakterizovaný časným nástupem obtíží v sociální interakci a komunikaci, neobvyklými omezenými zájmy a repetitivním chováním. Jde o vážné celoživotní duševní postižení pervazivního charakteru, komplikující začlenění do běžného života.

Patofyziologie:

Etiologie autismu je předmětem zkoumání, příčiny jsou multifaktoriální – to dokazuje značná variabilita v projevech ¹. Vzniká na genetickém podkladě, roli hraje také vnitřní a vnější prostředí. To ukazuje zkoumání jednovaječných dvojčat, kdy je pravděpodobnost výskytu poruchy u obou sourozenců 70-90 % oproti 15% pravděpodobnosti výskytu u dvojvaječných dvojčat nebo sourozenců, není však 100 %. Biologické mechanismy jsou zodpovědné za změny v mozku, které vedou k symptomům autismu. Jde o typické abnormality neuronů v temporálním laloku, hippocampu a amygdale. U autismu se předpokládají poruchy neuropřenašečů: glutamátu, GABA, serotoninu, noradrenalinu a dopaminu ^{2, 3}. U PAS nedochází k synaptickému „prořezávání“ ve stejné míře jako u dětí bez autismu a nedochází k dostatečnému vytváření silných funkčních propojení nutných pro zdravý vývoj mozku. Nepoměr synaptického proteinu a dalších inhibitorů ukazují výrazněji na atypické neurální propojení, než na atypičnost jednotlivých mozkových regionů ^{4, 5}. Prof. Nancy Minshew na základě interakcí mezi amygdalou a kortikální oblastí ⁶ podala vysvětlení autismu: Teorii konektivity mozkových oblastí. U PAS se jedná o over-connectivity (nadměrné lokální propojení) v kortexu a under-connectivity high-level (nedostatečné neuronální propojení mozkových oblastí). Tyto změny se dají do jisté míry ovlivňovat řízenou terapií. Učením (negativním i pozitivním) ovlivňujeme tvorbu nových neuronálních sítí a jejich propojení⁷. PAS se objevuje v kombinaci se všemi známými poruchami, smyslovými postiženími, běžnými i vzácnými nemocemi, alergiemi i metabolickými poruchami. Vyšší frekvence výskytu je u dětí nedonošených, u dětí s chromozomálními poruchami či tuberózní sklerózou.

Komorbidity u PAS:

- významně častěji se vyskytuje u dětí s autismem epilepsie (u 33% dětí s PAS), častá je komorbidita s poruchou intelektu.
- PAS často souvisí s poruchou aktivity a pozornosti, vývojovou poruchou jazyka a řeči, časté jsou i specifické poruchy učení.

- Pokud se spolu s PAS vyskytují jiné psychické poruchy, např. úzkostné, depresivní apod., musí být samostatně diagnostikovány.

Klasifikace:

Poslední revize (2013) DSM-5 přijala zastřešující termín PAS bez specifikace podtypů a předefinovala triádu na diádu: **1. Problémy v sociální komunikaci a sociálních interakcích; 2. Omezené, repetitivní vzorce chování, zájmů a aktivit.** Netypický vývoj jazyka a řeči, který do diagnostických specifik autismu patřil, byl z diagnostických kritérií odebrán a klasifikován jako jedno ze specifik.⁸ Diagnosticky významná je změněná úroveň sensorické percepce, sleduje se hypo – nebo hypersenzitivita všech pěti základních smyslů, dále se sleduje také propriocepce a vestibulární systém. Naopak přítomnost či nepřítomnost všech dílčích symptomů významná pro diagnostiku není¹. V oblasti sociální komunikace se hodnotí úroveň neverbální komunikace a funkčnost přítomného komunikačního systému.

Tabulka 2. Diagnostická kritéria MKN-10 pro dětský autismus (F84,0)

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:
 - neschopnost přiměřeně užívat pohledu z očí do očí, výrazu tváře, postoje těla a gest k sociální interakci;
 - neschopnost rozvíjet (způsobem přiměřeným mentálnímu věku a navzdory hojným příležitostem) vztahy s vrstevníky, které se týkají vzájemného sdílení zájmů, aktivit a emocí;
 - 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 komunikativního chování;
 - chybí spontánní snaha o zábavu, zájmy nebo aktivity s jinými lidmi (např. ukazovat, přinášet předměty zájmu jiným lidem nebo na ně upozorňovat).

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

- 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 žvatláni);
- relativní neschopnost začít nebo udržet konverzaci (ať už je schopnost řeči na jakékoli úrovni), kde je třeba recipročně reagovat na komunikaci jiné osoby;
- stereotypní a opakující se používání jazyka nebo idiosyntaktické užívání slov nebo frází;
- 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:

- 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;
- zdánlivě kompulzivní lpění na specifických, nefunkčních rutinách nebo rituálech;
- stereotypní a opakující se motorické manýry, které zahrnují buď poklepávání, kroucení rukama nebo prsty, anebo komplexní pohyby celého těla;
- zájem o části předmětů nebo nefunkční prvky hraček (jako je např. vůně, omak, hluk nebo vibrace, které vytvářejí).

C. Klinický obraz nelze přičíst jiným psychickým poruchám: specifické vývojové poruše receptivní řeči (F80,2) se sekundárními sociálně emočními problémy, reaktivní poruše vztahů (F94,1) nebo dezinhibičního typu náklonnosti (F94,2), mentální retardaci (F70–F72), některé přidružené poruše emocí nebo chování, schizofrenii (F20-) s neobvykle časným vznikem a Rettovu syndromu (F84,2).

Světová zdravotnická organizace vydala v roce 2018 11. revizi: MKN-11 (ještě chybí oficiální český překlad). Po přijetí dojde k očekávanému sjednocení diagnostických kritérií. Revize mění původní dělení poruch, nemluví o pervazivních poruchách, jen o PAS. Mění i dosavadní názvy diagnóz. Některé se přesunuly do jiných kategorií (např. Rettův syndrom řadí pod Vývojové anomálie, konkrétně pak do subkategorie LD90 – Stavy vykazující poruchu intelektového vývoje jako relevantní klinický rys). PAS jako duševní poruchy, poruchy chování nebo neurovývojové poruchy; subkategorie **neurovývojové poruchy**.

6A02 – Porucha autistického spektra (PAS)

- 6A02.0 – PAS bez poruchy intelektového vývoje a s lehkým nebo žádným narušením funkční řeči
- 6A02.1 – PAS s poruchou intelektového vývoje a s lehkým nebo žádným narušením funkční řeči
- 6A02.2 – PAS bez poruchy intelektového vývoje a s narušením funkční řeči
- 6A02.3 – PAS s poruchou intelektového vývoje a s narušením funkční řeči
- 6A02.4 – PAS bez poruchy intelektového vývoje a s absencí funkční řeči
- 6A02.5 – PAS s poruchou intelektového vývoje a s absencí funkční řeči
- 6A02.Y – Jiná specifikovaná porucha autistického spektra
- 6A02.Z – Porucha autistického spektra, nespecifikovaná

Deficity jsou dostatečně závažné a způsobují významné funkční narušení v osobní, rodinné, sociální oblasti, stejně jako v oblasti vzdělávání, profesní a dalších. Obvykle představují všudypřítomný rys fungování, pozorovatelný v každém prostředí, lišící se podle kontextu sociální situace, vzdělání atd. **Jedinci s PAS vykazují širokou škálu intelektuálních a jazykových deficitů** (MKN-11) ⁹.

Epidemiologické charakteristiky:

Cílová skupina: celá populace dětí batolecího, předškolního a školního věku s PAS

Prevalence PAS: narůstá nezávisle na území. V roce 2015 byla uváděna prevalence přibližně 1 %, v r. 2017 byla prevalence u 8letých dětí 1:68, tedy 1,47 % ^{10, 11}.

Počty osob s dg. PAS narůstají s věkem v závislosti na prohlubování symptomatiky a zvyšujících se nárocích na dítě, které lépe obstojí v domácím prostředí než v kolektivu mateřské školy.

V ČR je od ledna 2017 v ordinacích praktických dětských lékařů prováděn plošně včasný záchyt v 18 měsících dotazníkovým šetřením M-CHAT-R¹². Dítě pozitivně zachycené je odesíláno dětským lékařem k dalším odborníkům: pedopsychiatr, klinický psycholog, klinický logoped, doporučena je raná péče. Dále může doporučit některou z terapií zaměřenou na PAS: ABA, O.T.A., TEACCH. Proto lze predikovat, že **budou počty pacientů** v klinické logopedii v návaznosti na zahájení včasné péče o riziková batolata narůstat ¹³. S přibývajícím věkem se zvyšují nároky na komunikaci, která je u PAS často rodiči i některými odborníky zaměňována za nepřítomnost řeči, proto také počet pacientů roste.

Spekulace o **souvislosti očkování a nárůstem prevalence PAS** jsou prokázány jako **nepravdivé**. Očkování nicméně znamená určitou zátěž pro organismus, proto je na zodpovědnosti dětského lékaře, zda očkování u rizikových batolat aplikovat, odložit nebo rozložit. Studie prokazují, že

environmentální vlivy (např. infekce matky v graviditě, inhalace toxických látek v ovzduší), mohou zvýšit morbiditu PAS. Jakékoli vnější vlivy včetně vstupu infekce do organismu v raném věku, mohou fungovat jako spouštěč projevů poruchy, které jsou do té doby ještě subtilní, nicméně přítomné. Souvislost s očkováním však světové vědecké zdravotnické instituce nepotvrdily. Mnohé příznaky PAS se projeví dle MKN-11 až s přibývajícím věkem a zvyšujícími se sociálními nároky, které přesahují omezené kapacity dítěte. Mýty o očkování způsobily ve světě a EU velké problémy z hlediska epidemiologie ¹⁴.

Prognóza:

Prognóza je závislá na mnoha faktorech, kterými jsou hloubka symptomatiky, závažnost kognitivních deficitů a přítomnost dalších komorbidit. Pokud se přidruží depresivní a úzkostná porucha, je vhodné zahájit farmakoterapii. Učení a trénink pomůže kompenzovat selhání v exekutivních funkcích. Záleží na osobnostních rysech pacienta, jeho rodinném zázemí i motivaci pečovateli. Efektivita péče závisí na frekvenci a rozsahu terapeutické práce. Nejvýznamnějším prediktorem je věk dítěte. Proto American Academy of Pediatrics dala 2006 doporučení k provádění screeningu u batolat ¹¹. Včasná intervence (započatá nejpozději do 2 let věku dítěte a prováděná převážně primárními pečovateli) může pozitivně změnit prognózu dítěte. ^{15, 16, 17, 18, 19}.

Vlastní standardy péče

Anamnéza pacienta:

RA: duševní nemoci v příbuzenstvu, depresivní poruchy, úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní a související poruchy, epilepsie, pozdní nástup řeči, ADHD.

OA: předčasný porod, dráždivost a plačtivost v kojeneckém věku, živé sledování objektů na úkor sledování sociálních objektů, vyšší frekvence sledování úst než očí v kojeneckém a batolecím věku, malá zvědavost a motivace v psychomotorickém vývoji. Regres (náhlý nebo plíživý) ve vývoji řeči a imitace pozorovaný obvykle ve věku 12-18 měsíců, výjimečně až po 2. roce, končí do 36 měsíců. U dětí verbálních percepční složka řeči zaostává za expresí. V rámci komplexní logopedické diagnostiky klinický logoped shromažďuje a hodnotí anamnestické údaje pacienta se zaměřením na poruchy v oblasti neverbální komunikace včetně preverbálních dovedností (ukazování na objekt zájmu, gesto souhlasu a nesouhlasu, triadické sdílení zájmu, schopnost porozumět zaměření pohledu druhé osoby, frekvenci zrakového kontaktu a komunikaci za využití

zrakového kontaktu), vývoj porozumění řeči a rozsah pasivní slovní zásoby, zájem o řeč a nové pojmy, přítomnost žvatlání, dosavadní vývoj komunikačních strategií, přítomnost a využívání řečového nebo alternativního komunikačního systému a jeho funkčnost, pragmaticko-sémantickou stránku verbálního projevu, zaměřuje se na oblast teorie mysli (chápu proč mám mluvit) i zpracování a chápání vlastního prožívání, emocí druhých. Mapuje vývoj a úroveň imitace (verbální, motorické, herní), vývoj hry, nedostatky v oblasti exekutivních funkcí (gestalt systém: rozumění časovým souvislostem a dějové posloupnosti, rozumění víceúrovňovým pokynům, hodnotí vůli a motivaci), zaměřuje se na příjem potravy a stav oromotoriky. Zjišťuje přítomnost sensorické hyper- nebo hyposenzitivity (zrak, sluch. čich. hmat, propriocepce). Anamnesticky zmapuje vývoj motoriky a jeho důležitých milníků, mapuje úroveň pracovního chování versus přítomnost neadekvátního chování.

Klinický obraz, symptomy:

PAS se vyznačuje deficitem ve schopnosti zahájení a udržování vzájemné sociální interakce a komunikace a řadou omezených, opakujících se nepružných vzorců chování. Pacienti vykazují širokou škálu intelektuálních a řečových schopností⁹. Významný pro terapii je deficit v motivaci, pracovním chování, manýrismech a autostimulačním chování, neadaptabilním chování ve stresových situacích (nové prostředí, nároky na vykonání pokynu): verbální diarreha, afektivní záchvaty, autoagresivní, agresivní chování. Také deficit v imitaci motorické, verbální, sociální a deficit v rozpoznávání emocí⁸.

Minimální povinná vyšetření:

18–36 měsíců: M-CHAT-R, M-CHAT-R/F (www.autismus-screening.eu) Riziko NVP a PAS.

Doporučená doplňující vyšetření:

CARS – 2 (Schopler et al.) Posuzovací škála dětského autismu – screening PAS od 2 let do dospělosti, autorka české verze: Dana Krejčířová.²⁰

DACH – (Thorová *Dětské autistické chování*) – depistáž dětí s PAS

Bayley III – Bayley Scales of Infant and Toddler Development, 3. vydání, 2005 – diagnostika mentálního a motorického vývoje dětí ve věku 1 - 42 měsíců, využití k popisu aktuální vývojové provně dítěte, při diagnostice opoždění nebo poruchy vývoje. Kategorie A – užití kl. logopedem

VB MAPP – (Sundberg) úroveň verbálního chování, testy dosud nejsou v ČJ

EHP – (Čadilová, Žampachová *Edukačně hodnotící profil*); stanoví úroveň dovedností

Povinná vyšetření jinými specialisty: Dětský psychiatr, klinický psycholog, neurologie

Doporučená konziliární vyšetření jinými specialisty:

Genetika, dle potřeby foniatrie, metabolické poruchy, ergoterapie, fyzioterapie.

Doporučený průběh terapie:

Logopedická terapie zaměřena na nácvik pracovního chování, funkčního komunikačního systému, neverbální a verbální komunikace, imitace, orientace v emocích a časových souvislostech, nácvik sociálních odpovědí, rozvoj hry, sensoricko-senzitivní obtíže, porucha v oblasti příjmu potravy a dysfunkční oromotoriky. Cvičení zaměřená na rozvoj jemné a hrubé motoriky (vhodná spolupráce s ergoterapeutem), grafomotoriky. Vhodné jsou pasivní cvičení – např. rTMI, u starších dětí neurovývojová stimulace (NVT dle Mgr. Volemannové). Terapie musí být zaměřena na eliminaci rušivého chování. Nežádoucí chování třeba řešit v kontextu, analyzovat. Hledat spouštěče a důsledky chování (A-B-C model: spouštěč – chování – důsledek). Určit funkci nežádoucího chování: získání pozornosti, únik ze situace nebo autostimulace, podle toho volit strategii přístupu. Pravděpodobnost určitého chování je ovlivněna jeho důsledky, zkušeností se zpevňuje. Terapeutický přístup respektuje specifika poruchy, počítá s rychlým fixováním vzorců chování – pacient se bude snažit opakovat chování z předešlého sezení. Vede dítě formou pozitivní motivace a zpevňování, eliminuje nežádoucí iniciativy pacienta. Dává dítěti takovou míru podpory, aby bylo úspěšné a chtělo v terapii pokračovat, pracuje s postupným odstraňováním podpory (fyzické, verbální i neverbální – nekývání na souhlas, mlčení při čekání na odpověď apod.) a tak připraví prostředí důvěry v dítě a jeho schopnosti. Zohledňuje vysokou míru sebepodceňování u PAS, potřebu držet vše pod vlastní kontrolou a snahu unikat ze zadaných úkolů. Pro terapii PAS je vhodné implementovat dle situace přístupy vývojové i behaviorální. Efektivní jsou postupy TEACCH, přístup O.T.A. a techniky ABA. Zapojení rodičů jako koterapeutů je nutné^{21, 22, 14}. Před začátkem terapie je vhodné získat informace o úrovni a chování i motivaci pacienta, které pomohou naplánování terapie. Také vytvoření cíle (zakázky), který se může v průběhu upřesňovat. Přístupy přizpůsobovat úrovni dítěte. Nikdy nepředávat informace rodiči v době, kdy dítě pracuje nebo kdy není zabavené, dítě musí odcházet z ordinance jako úspěšné. Převedení pozornosti na rodiče by spustilo problémové chování dětského pacienta a působilo kontraproduktivně. Edukovat rodiče, informovat o doporučeních pro domácí i školní prostředí vždy při samostatné konzultaci,

pohovoru. U PAS je pravidelný edukační pohovor, zhodnocení zakázky a vytyčení nových cílů terapie v ordinaci a v domácím prostředí, nezbytný.

Průběh terapie se různí podle individuálních charakteristik pacienta, dělení do 4 skupin:

Dělení dle charakteristik poruchy pro volbu terapeutických postupů

skup.	Charakteristika osoby z hlediska terapie pro rozvoj komunikace
1.	verbální s nedostatky ve funkční řeči bez intelektového deficitu
2.	verbální za přítomnosti lehkého až středně těžkého intelektového deficitu
3.	neverbální s lehkým až středním intelektovým deficitem <ol style="list-style-type: none">s dobrou úrovní rozumění řečis nízkou úrovní rozumění řeči
4.	neverbální s těžkým intelektovým deficitem a nízkou úrovní motorické imitace

Terapie dle skupinových charakteristik zaměřená na:

ad 1. rozumění řeči (lepší exprese než chápání významu), fonační cvičení a práce s frázováním řeči a paralingvistickými klíči, intonace a síla hlasu, popis obrázku bez asociačních odboček utajených komunikačnímu partnerovi (teorie mysli) – udržet 1 téma hovoru, nácvik sdílené pozornosti (podej na co koukám?) a prohlubování dovednosti neverbální komunikace, popis epizodického příběhu, práce s emocemi včetně nácviku regulace vlastních emocí (zlosti, smutku, strachu) socio-kompetentním jednáním, nácvik sociálních a sociálně-komunikačních situací v jejich kontextu, sebepojetí, schopnost verbálního negativního vymezení, schéma otázka – odpověď (teorie mysli), výbavnost slov, sluchová paměť, cvičení sémanticko-pragmatické stránky řeči.

ad 2. nácvik imitace, funkce řeči a práce na odstranění echolálií (vidím – říkám), holá věta: podmět – přísudek – předmět, rychlost a funkčnost odpovědí, práce s gestalt systémem, vhodné zaměření také na pragmatické a exekutivní funkce, vyprávění prožitků (foto-deníku) a zasazení do významového kontextu, přesun z tady a teď do tehdy a tam, plánování. Při postupu terapie následuje terapie skupiny 1.

ad 3. vyšší důraz na účinnou motivaci a frekvenci nácviku imitace, rozumění řeči – intenzita dle podtypu, nastavení a postupné rozvíjení aktivní alternativní komunikace, vyvozování samohlásek a slabik s využitím odhmatu hlásek s vizuální podporou daktylové (příp. prstové) abecedy a pokusy o verbální vyjádření – s využitím *universálních* komunikačních systémů: znakované

češtiny, znak do řeči nebo Makatonu a to v případě podtypu b. i pro porozumění. Navazuje obsah terapie skupiny 2. a 1.

ad 4. nastavení a aktivní využívání alternativního komunikačního systému s komunikačním záměrem při stanovení míry rozumění symbolům (např. PECS, VOKS, více viz Bondy 2007, Straussová et al. 2011). Navazuje obsah terapie především skupiny 3.

U dítěte batolecího věku je úlohou terapie podpora vývoje, schopnosti chlubit se, komunikovat neverbálně, rozumět řeči a rozvinout řeč přirozenou cestou vývoje.

Motivace:

U PAS je vnější motivace pro úspěch terapie nezbytná. Musí být pro dítě atraktivní a liší se dle pracovního chování dítěte i dle jeho zájmů a preferencí. K motivaci pacienta s nulovou motorickou imitací nebo komorbidní mentální retardací je možné využít krátkého videa nebo oblíbené aktivity (houpání v dece, točení na židli, točení káči, pouštění kuliček, bublifuk) později využijeme pochutinu, sociální motivaci. V dokumentaci pacienta je třeba záznam o fungující motivaci.

Četnost a druh doporučených kontrolních vyšetření:

Kontrolní vyšetření dětského psychiatra (symptomatické projevy), kontrolní vyšetření klinického psychologa zhodnocení úrovně kognitivních funkcí, zejména funkční využití intelektu (zohledňující motorické, konceptuální, praktické a sociální dovednosti).

Podmínky ukončení péče:

Cílem terapie klinického logopeda je dosažení pragmatických, verbálních a nonverbálních schopností na úroveň potřebnou k maximální možné soběstačnosti pacienta. Ukončení je na žádost pacienta nebo jeho zákonných zástupců nebo pro nespolupráci rodiny pacienta. Efekt terapie je závislý na spolupráci rodiny a dítěte s terapeutem. Přestane-li rodina spolupracovat na terapeutických cílech, poskytovatel musí terapeutickou péči ukončit, nesmí provádět péči zbytečnou.

Doporučená odborná literatura:

Baron-Cohen, S., Ring, H. A., Bullmore, E. T., Wheelwright, S., Ashwin, C., Williams, S.C.R. *The amygdala theory of autism*. Elsevier: Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2000. 24; 3. s. 355 – 364. PII S0149-7634(00)00011-7.

Barbera, M. L., Rasmussen, T. *Rozvoj verbálního chování. Jak učit děti s autismem a jinými neurovývojovými poruchami*. Brno: Masarykova univerzita, 2019. ISBN 978-80-210-9212-9.

Bauer, J. *Proč cítím to, co ty. Intuitivní komunikace a tajemství zrcadlových neuronů*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5737-7.

Bondy, A., Frost, L. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2053-1.

Hrdlička, M., Komárek V. *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2014. ISBN:978-80-262-0686-6.

Peeters, T. *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*, Praha: Scientia, 1998. ISBN 80-718-3114-X.

Schopler, E., Reichler, R. J., Lansingová, M. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami*. Praha: Portál, 2011. ISBN:978-80-7367-898-2.

Straussová, R., Knotková, M. *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-802-6200-024.

Thorová, K. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7376-091-7.

Odkazy na literaturu:

¹ THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7376-091-7.

² KRSIČKA, D., VLČKOVÁ, M., HAVLOVICOVÁ, M. *Importance of Cerebral Folate Deficiency for Development and Treatment of Autism Spectrum Disorder. (Význam deficitu cerebrálního folátu pro rozvoj a léčbu poruch autistického spektra)*. Praha: International Journal on Biomedicine and Healthcare. 2, č. 2, 2014, s. 9 – 18. ISSN 1805-8698.

³ PACLT, I. *Infantilní autismus se zvláštním zřetelem ke komplexnímu posudkovému hodnocení*. Praha: Revizní a posudkové lékařství, 2014. roč. 17, č. 2–3, s. 52–53. ISSN 1214-3170.

⁴ LAI, M-Ch; LOMBARDO, M. V; BARON-COHEN, S. (2014) *Autism*. The Lancet, ročník 383, č. 9920, 2014. s. 896 – 910. e-ISSN 1588-2861.

⁵ RABOCH, J., ZVOLSKÝ P. et al. *Autismus – Etiologie a patogeneze*. 2001 In Wikiskripta: ISSN 1804-6517 <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Autismus> staženo 4. 2. 2013.

-
- ⁶ MINSHEW, N. *An Interesting Lecture by Nancy Minshew*. (Přednáška prof. psychiatrie a neurologie z University of Pittsburgh Dr. Minshew) 6. 2. 2009. Staženo 4. 2. 2013. <http://autismgadfly.blogspot.cz/2009/02/interesting-lecture-by-nancy-minshew.html>
- ⁷ GRAWE, K. *Neuropsychoterapie. Nové přístupy k terapii na základě poznatků neurovědy*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-311-6.
- ⁸ STRAUSSOVÁ, R. *Stimulace sdílené pozornosti u dětí ve věku 17–30 měsíců s pozitivním screeninem autismu jako nástroj prevence dalších pervazivních změn ve vývoji a prohlubování symptomatiky*. (Disertační práce). Praha: PedF UK katedra spec pedagogiky. 2016.
- ⁹ TIETZOVÁ, A. *Poruchy autistického spektra z pohledu intaktního sourozence* [bakalářská práce]. Univerzita Karlova. 2018.
- ¹⁰ CHAWARSKA, K. *Developmental trajectories of young children with ASD*. (přednáška) Yale School of Medicine; Konference Krakow: Autyzm od nauki do praktyki, 23.-25.9. 2017.
- ¹¹ ROBINS, D. How do we determine the utility of screening tools? *The International Journal of Research and Practice: Autism*. The National Autistic Society UK 2020; 24(2) ISSN 1362-3613.
- ¹² ROBINS, D., CASAGRANDE, K., BARTON, M., CHEN, A., DUMONT-MATHIEU, T., FEIN, D. *Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised With Follow-up (M-CHAT-R/F)*. *American Academy of Pediatrics: Pediatrics*. 2014; 133 (1): 36-45.
- ¹³ DUŠEK, L. *Přehled stávajících možností NZIS a pilotní analýza se zaměřením na PAS* (přednáška pro Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením) Národní zdravotnický informační systém: ÚZIS; Úřad vlády, 2018.
- ¹⁴ BARTHÉLÉMY, C., FUENTES, J., HOWLIN, P., VAN DER GAAG, R. *People with Autism Spectrum Disorder. Identification, understanding, intervention*. An Autism-Europe official document. Brussels: 2019.
- ¹⁵ STRAUSSOVÁ, R. *Přednosti včasného screeningu rizika autismu, rehabilitace prostřednictvím tréninku rodičů a raná intervence O.T.A. u dětí s PAS*. *Česká lékařská společnost JEP: Česká a slovenská psychiatrie* 2018; 114 (3): 106-116, ISSN 1212-0383.
- ¹⁶ MYERS, S. M., JOHNSON, Ch. P. *Management of Children With Autism Spektrum Disorder*. AAP: *Pediatrics*, 2007. 120/5, s. 1162 – 1182.
- ¹⁷ PARK, A. *Brain Imaging Could Detect Autism Risk in Infants sa Young as 6 Months*. 2012. <http://healthland.time.com/2012/02/17/brain-imaging-could-detect> staženo 3. 2. 2013.

-
- ¹⁸ DAWSON, G., ROGERS, S., MUNSON, J., SMITH, M., WINTER, J., GREENSON, J., DONALDSON, A., VARLEY, J. *Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism: The Early Start Denver Model*. *Pediatrics*. 125 (1), 2010, s.17-23, PMID: MC4951085.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4951085/>
- ¹⁹ KLIN, A. *Developmental social neuroscience meets public health challenge: The next generations of children with autism* (přednáška - keyspeaker) 12. Autisme-Europe Congress 2019.
- ²⁰ SCHOPLER, E., BOURGONDIEN, M. E., WELLMAN, G. J., LOVE, S. R., *Childhood Autism Rating Scale - second edition*. 1. české vydání. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2015.
- ²¹ SCHOPLER, E., MESIBOV, G. *Autistické chování*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-133-9.
- ²² VOLKMAR, F. R. *The Changing Face of Autism: Challenges and Opportunities in Work with Adults*. (přednáška) Konferenc Krakow: Autyzm od nauki do praktyki, 23.-25.9. 2017. <http://autyzm.psychologia.uj.edu.pl/wp-content/uploads/Doroslość-w-autyzmie-zmieniające-się-oblicze.pdf> staženo 10.10.2017

PŘÍLOHA 1:

M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised With Follow-up)

(Modifikovaný dotazník pro záchyt poruchy autistického spektra u batolat)

Autoři: Diana L. Robins, Ph.D., Deborah Fein, Ph.D., Marianne Barton, Ph.D.

Překlad a souhlas autora k využívání v ČR: Centrum Terapie Autismu, s.r.o. pro VZP ČR
více na: <https://www.autismus-screening.eu/screening/dotaznik-m-chat-rf-tm/>

Příloha obsahuje:

1. Základní dotazník M-CHAT-R
2. navazující dotazník M-CHAT-R/F