

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2019-2022

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Ivana Kvasničková

Vývoj osobnosti s poruchou autistického spektra

Praha 2022

Vedoucí bakalářské práce

PhDr. Josef Novotný CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2019-2022

BACHELOR THESIS

Ivana Kvasničková

Personality development with autism spectrum disorder

Prague 2022

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Josef Novotný CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská/diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 01. 02. 2022

Ivana Kvasničková

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce, PhDr. Josefu Novotnému CSc., za odborné vedení, cenné rady a konzultace, které mi poskytl při zpracování bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce popisuje autistické onemocnění jedinců, poruchy nervové soustavy a Aspergerův syndrom. Příčina tohoto onemocnění není zcela jasná, ale mezi rizikové faktory se řadí starší rodiče, rodinná anamnéza autismu a genetické příčiny.

Autismem se zabývají výzkumné týmy genetiků, neurologů a probíhají různé vědecké výzkumy, které se snaží objasnit mechanismus této poruchy. Léčba autismu není možná, pouze lze farmakologicky zlepšit jednotlivé symptomy.

Klíčová slova

Poruchy autistického spektra, nervová soustava, porucha řeči, opožděný vývoj, behaviorální analýza, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom, různorodost.

Annotation

The bachelor thesis describes autistic diseases of individuals, disorders of the nervous system and Asperger's syndrome. The cause of the disease is not completely clear, but elderly parents, a family history of autism and genetic causes are among the risk factors.

Autism is being studied by research teams of geneticists and neurologists, and various scientific studies are underway to elucidate the mechanism of the disorder. Treatment of autism is not possible, only the individual symptoms can be improved pharmacologically.

Keywords

Autism spectrum disorders, nervous system, speech disorder, delayed development, behavioral analysis, Asperger's syndrome, Rett syndrome, diversity.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA	10
1.1 Co je to autismus – charakteristika	10
1.1.1 Historie autismu	11
1.1.2 Příčiny autismu	14
1.1.3 Problémy v komunikaci	15
1.1.4 Problémy v chování	16
1.2 Různorodost autismu	16
1.2.1 Atypický autismus.....	16
1.2.2 Aspergerův syndrom.....	17
1.2.3 Rettův syndrom.....	18
1.3 Péče o jedince s PAS v České republice.....	20
2 DĚTSKÝ AUTISMUS.....	23
2.1 Diagnóza zjištění PAS	24
2.2 Reakce rodiny – akceptace	25
2.3 Přizpůsobení rodinného prostředí	25
3 MOŽNOSTI TERAPIE.....	27
3.1 Terapie pro děti s autismem.....	27
3.2 Muzikoterapie	27
3.3 Arteterapie	28
3.4 Hipoterapie.....	28
3.5 Canisterapie	29
3.6 Bazální stimulace.....	29
3.7 Aplikovaná Behaviorální analýza.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST	31
4 POROVNÁNÍ A VÝVOJ DĚTÍ ZE SPECIÁLNÍ MATEŘSKÉ ŠKOLY V ŽATCI.....	31
4.1 Cíle.....	31
4.2 Výzkumný úkol.....	31

4.3	Charakteristika sledovaného vzorku	31
4.4	Metodologie výzkumu	32
4.5	Výsledky výzkumu	40
4.6	Vyhodnocení výzkumu, prognóza	44
5	SHRNUTÍ	46
6	ZÁVĚR	47
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	49
	SEZNAM ZKRATEK	50
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	51
	SEZNAM PŘÍLOH.....	52

ÚVOD

Problematika autismu a s ním související další pervazivní vývojové poruchy je v dnešní době velmi aktuální a diskutabilní téma. Poruchy autistického spektra spadají pod široký pojem a každá diagnóza a jedinec s touto poruchou má jiná kritéria a jiný vývoj. Na téma autismus je napsaná spousta knih, často se o něm mluví, ale co to vlastně je a jak k němu přistupují ostatní?

Tématem bakalářské práce je vývoj osobnosti s poruchou autistického spektra, toto onemocnění se představuje jako jedno z nejobtížnějších a setkáváme se s různými příznaky, ať už těžkými či lehkými. K těmto poruchám se může přidružit jakákoliv další porucha či postižení, proto se setkáváme s poměrně různorodými příznaky a případy. To znamená, že každé dítě je jiné a potřebuje individuální péči a přístup.

Autisté nechápou sociální vztahy, pravé přátelství či lásku, my zase nemůžeme pochopit je, jejich uvažování, jejich stereotypní jednání. Měli bychom si uvědomit, že každý jedinec potřebuje lásku, pocit bezpečí a obzvlášť ten postižený, který je v této oblasti velice citlivý.

Teoretická část je zaměřená na charakteristiku různých pervazivních vývojových poruch, jejich diagnóz a porovnání, příčin či projevů. V neposlední řadě také historii autismu.

Praktická část je zaměřena na vývoj dětí s diagnózou PAS či autismu. Přináší výsledky výzkumu pomocí kazuistik a vlastního pozorování. Práce poukazuje na odlišné a individuální uvažování či chování autistického dítěte. A s tím související individuální přístup k jednotlivým respondentům.

Jinakost a odlišnost těchto dětí je pro mě velice zajímavá a fascinující, proto bylo rozhodnutí vybrat si toto téma jednoznačné. S tím souvisí i cíl mé práce, kterým je porovnat a popsat vývoj a chování těchto žáků a zjistit, jak se vztahy mezi pedagogy a žáky promítají v jejich dalším vývoji.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

1.1 CO JE TO AUTISMUS – CHARAKTERISTIKA

Do PAS patří poruchy, které jsou spojovány zejména s narušením některých funkcí mozku. Některé jsou téměř dysfunkční a jsou zjevně spojeny s mentální retardací, jiné mají menší projevy. PAS mohou být diagnostikovány zpravidla do věku pěti let, ale v řadě případů jsou rozpoznány již v osmnácti měsících. První příznaky této poruchy si však mohou rodiče uvědomovat již v průběhu vývoje dítěte kolem jednoho roku života (Strunecká, 2009).

Nervová soustava dětí s PAS nemá schopnost adekvátně přijímat a zpracovávat informace ze smyslů. To se týká zraku, sluchu, čichu a dotyků. Některé děti jsou mimořádně citlivé na chlad či bolest. Bolestivě mohou vnímat třeba dotyk oblečení a tlak obuvi, zvuk vysavače, rozruší je některé vůně i chutě. Některé děti jsou naopak k bolesti necitlivé – mohou si zlomit ruku a přitom nepláčou, mohou tlouci hlavou o zeď a nepocítovat bolest, zatímco osvětlení na ně může působit jako silně bolestivý a nepříjemný podnět.

V České republice žije asi 25 000 osob s PAS. Děti nejsou včas a kompletně diagnostikovány, rodičům se nedostává adekvátní poradenská pomoc, nemají k dispozici vyhovující síť školských a sociálních zařízení. Obtížné je také zařazení dítěte s pervazivní vývojovou poruchou bez mentálního postižení do systému vzdělávání. Získání asistenta je závislé na benevolenci úřadů. Je zjevné, že existenci dětí s autismem v naší společnosti si mnoho lidí ani neuvědomuje a že na příchod malých autistů nejsou ČR ani EU vůbec připravené (Strunecká, 2009).

Autismus je celoživotní často velmi devastující postižení, které závažným způsobem ovlivní téměř každou oblast života postiženého. Postižení v oblasti komunikace podstatně omezuje schopnost pochopit, co se děje a proč, a způsobí, že je pro postiženého nemožné účinně ovlivňovat události, lidi a okolí. Obtíže v sociální oblasti znamenají, že sebejednodušší sociální interakce je spojena s velkými problémy. Neschopnost vyrovnat

se se změnami a potřeba vytvořit si pevné stereotypy a neměnné vzorce chování přispívají k tomu, že každodenní život je pro postiženého chaotický a znepokojivý (Howlin, 2005).

Autismus je pervazivní porucha, kterou trpí deset až patnáct dětí z tisíce. Jako diagnostické standardy se používá *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* Americké psychiatrické asociace (DSM-IV, 1994). Zahrnuje 12 diagnostických kritérií rozdělených do tří kategorií: sociální interakce, komunikace, činnost a zájmy. Postižený autismem nemusí mít nutně všechny znaky a symptomy spojené s autismem. I když lidé s autismem vykazují podobné symptomy, nemohou existovat dvě děti s autismem s úplně stejnými projevy. Okolím je vnímán negativně, jelikož jím postižený jedinec se zcela vymyká běžnému chování. Autističtí lidé mají také zasaženou emoční stránku, nezvládají a neznají emoce své i emoce druhých, mohou se jevit až necitelně, nezvládají také společenský takt a chybí jim empatické vcítění. Pokud se jedná ale o jejich osobu, bývají spíše sebestřední (Richman, 2006).

„Autismus - pohroužení se do vnitřního života převládá nad vztahem ke skutečné realitě, egocentrické, nerealistické myšlení, snění“ (Hartl, 1993, s. 21).

1.1.1 HISTORIE AUTISMU

Autismus jako první definoval Leo Kanner v roce 1943. Byl to americký dětský psychiatr, který si všiml, že existuje rozdíl mezi autismem a dětskou schizofrenií, a popsal autismus jako samostatný syndrom. Identifikoval autismus jako syndrom s dvěma klíčovými prvky, které popsal jako „autistickou uzavřenost“ a „touhu po neměnnosti“, společně s dalšími behaviorálními projevy a izolovanými schopnostmi (Thorová, 2006).

Lidé s autismem ale žili již mnohem dříve, než se psal rok 1943. Vzhledem k svému zvláštnímu a nápaditému chování budili u okolí pozornost, a tak se popis jejich projevů a chování dostal do knih a článků. Děti, které by dnes byly pravděpodobně považovány za autistické, byly v Hippokratově době označovány za svaté, ve středověku naopak za posedlé d'áblem či uhranuté (Thorová, 2006).

Slovo autismus je odvozeno od řeckého „*autos*“, což znamená sám. Hans Asperger instinktivně použil stejné slovo (autistická psychopatie), když ve své doktorské práci ve stejném roce jako Kanner definoval děti s podobnými projevy. Dneska se syndrom

popsaný Aspergerem nazývá jeho jménem. Liší se od autismu Kannerova pozdějším výskytem, lepšími schopnostmi v oblasti komunikace a sociálních vztahů a projevuje se intenzivním a úzkým okruhem zájmů (Richman, 2006).

Děti, u kterých byl poprvé popsán autismus, pocházely všechny z vyšší společenské třídy a mohly si dovolit soukromou psychiatrickou léčbu. Matky dětí s autismem byly často obviňovány, že zapříčinily jejich potíže. V roce 1960 Bruno Bettelheim publikuje studii *Empty Fortress (Prázdna pevnost)*, ve které vyjadřuje názor, že autismus je způsoben odmítáním dítěte rodiči. Věří, že rodiče dětí s autismem jsou citově chladní. V souladu s převažujícím trendem léčit autismus psychoanalýzou, dochází k přesvědčení, že chladné chování rodičů zahání děti do jejich vlastního autistického světa. Zavádí termín matky „ledničky“, aby zdůraznil, jakou roli hrají matky v životě postiženého dítěte (Vítková, 2004).

V šedesátých letech 20. století začal s autistickými dětmi pracovat Ivar Lovaas. Ve své studii publikované v roce 1974 zveřejnil výsledky práce s devatenácti dětmi, z nichž devět dosáhlo po terapii úrovně zdravých dětí. Tyto vědecky podložené pozitivní výsledky měly velký význam. Společnost si uvědomila, že autismus není důsledek nevhodného působení rodičů a následné obranné reakce dítěte. Na jejich vzniku se patrně podílí několik faktorů:

- Genetické dispozice
- Rizikové faktory spojené s těhotenstvím a porodem
- Neznámé a neidentifikovatelné genetické mutace
- Vlivy prostředí

Autismus se vyskytuje v celém světě bez ohledu na rasu, etnikum, zeměpisnou polohu či sociální postavení.

Specifická etiologie autismu zatím není známá. Převládá názor, že autismus má biologický původ, na vzniku syndromu se pravděpodobně podílí i mnohé další faktory, včetně prostředí. Výzkum o biologickém původu autismu provedl Bernard Rimland, který má syna s autismem. Sestavil také první posuzovací škálu a založil Americkou národní autistickou společnost (Richman, 2006).

První, ale nepříliš známou prací, vztahující se k pervazivním vývojovým poruchám (dále PDD, mezinárodní zkratka termínu *pervasive developmental disorders*), zůstala do dnešních dnů práce vídeňského pedagoga Hellera z počátku 20. století (Heller, 1908). Popsal u dětí tzv. infantilní demenci. Tato porucha je dnes v platné 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10,1992) označována jako jiná desintegrační porucha v dětství. Porucha je velmi vzácná, nebo bývá přinejmenším velmi zřídka diagnostikována.

Druhou, a vůbec nejznámější prací, která je považována za základní dílo, je práce amerického psychiatra rakouského původu Leo Kanner *Autistické poruchy afektivního kontaktu* z roku 1943 (Kanner, 1943). Tato ateoretická, deskriptivní práce obsahuje popis 11 pacientů, kteří byli charakterizováni deficitem schopnosti vytvářet vztahy s lidmi, narušenou řečí, abnormální odpovědí na některé běžné podněty z okolí a obsedantní touhou po neměnnosti, přičemž některé schopnosti (mechanická paměť) zůstávaly dobře zachovány. Tato průkopnická práce je však z dnešního hlediska problematická ve dvou aspektech. Použití slova autismus pro nově popsanou poruchu se z pozdějšího pohledu ukázalo jako nepříliš šťastné, zavádějící a bylo jedním z faktorů, jež nasměrovaly výzkum problému na několik desetiletí nesprávným směrem (Volkmar, 1998). Připomeňme si, že pojmu „autismus“ poprvé použil Eugen Bleuler v roce 1911 při popisu psychopedické práce.

Koncem 40. let vyslovalo několik výzkumníků, např. Benderová(1947), teorii o kontinuitě psychotických stavů v dětství (kam byl řazen i dětský autismus) se schizofrenií dospělých. Bezpochyby v tom sehrálo roli i nesprávné použití slova „autismus“, které implikovalo spojení ke schizofrennímu procesu. To vedlo k chybnému zařazení dětského autismu (DA) do skupiny schizofrenních psychóz v dětství – jak v Mezinárodní klasifikaci nemocí, tak i v americkém klasifikačním manuálu DSM-I a DSM-II.

Teprve v 70. letech se objevilo několik prací, které vymezily autismus oproti schizofrenii z hlediska klinických příznaků, průběhu i rodinné anamnézy. (Rutter, 1970, Kolvin, 1971 a Hersov , 1977). Trvalo tedy několik desetiletí, než se ukázalo, co je z dnešního hlediska zcela zjevné: obě nemoci mají zcela odlišné příznaky a autismus má oproti schizofrenii spíše stacionární charakter (Hrdlička, Komárek, 2004).

Rozvoj koncepce stimulovaný anglosaskými, především americkými autory však pokračoval dále. V roce 1981 DeMyer et al. Užili poprvé termínu vysoce funkční autismus (HFA, *high functioning autism*) pro podskupinu autistických pacientů s normální či nadprůměrnou inteligencí (DeMyer et al., 1981). V témže roce Lorna Wingová prosadila výraz Aspergerův syndrom (dále AS) pro pacienty dříve označované jako „autističtí psychopati“ (Wing, 1981). Od té doby dochází ke sblížení obou konceptů a je vedena rozsáhlá diskuse o tom, zdali se jedná o jednu, či dvě nosologické jednotky a jaká kritéria lze použít k jejich odlišení. Od roku 1988 se rozšiřuje pojetí autismu, což odráží termíny „*porucha autistického spektra*“ (Allen) a „*autistické kontinuum*“ (Wingová) (Hrdlička, 2000; Komárek, 1997).

1.1.2 PŘÍČINY AUTISMU

Pro vysvětlení autistického chování nemá ani odborná literatura správně vysvětlení ani jednoznačnou odpověď. Autismus se vyskytuje u individuálních jedinců a má celou škálu faktorů. Jedna z počáteční teorie vycházela z nedostatečného citového přístupu ze strany rodičů. Mezi příznivce této teorie patřily Margaret Mahlerová, která kladla stav dítěte za vinu matce a Bruno Bettelheim, který připouštěl přítomnost určitých faktorů, ale zároveň tvrdil, že chybné rodičovské postoje umožňují těmto faktorům vznik autismu (Thorová, K. 2006). Další z teorií je dávana do souvislosti s metabolickými poruchami organismu jedince. Shattock (1994 sec. Cit. In Gillberg) ve své přednášce uvedl, že příčinou abnormality jsou některé peptidy, které vznikají trávením bílkovin v trávicím traktu. Odtud vstupují do krve a touto cestou se dostávají do mozku. Tyto peptidy se pak v podobě endogenních morfinů podílejí na předávání nervových vzruchů v centrální nervové soustavě. Následkem špatného přenosu nervových vzruchů dochází ke stereotypnímu chování, k nadměrnému vnímání určitých zvuků a naopak k nedostatečnému vnímání zvuků jiných (Pipeková,2010).

Možné příčiny autismu:

- Mozkové abnormality
- Zarděnky, tuberkulózní skleróza v těhotenství
- Genetické faktory
- Asfyxie při narození

- Dětské nemoci v raném věku
- Metabolické poruchy organismu jedince
- Další perinatální rizika

Etiologie autismu je středem výzkumu. Některé případy mají podklad v genetice, dále perinatální rizika, jiné jsou způsobeny specifickými poruchami v mozku, spojenými s jinými somatickými obtížemi (Pipeková,2010).

1.1.3 PROBLÉMY V KOMUNIKACI

U autistických dětí je řeč většinou silně narušená, schopnost mluvit je ale zachovalá. Tyto děti nemají vrozenou schopnost komunikace, nechápou, že mohou ovlivnit své prostředí právě vzájemnou komunikací. U dětí s autismem souhrn obou hemisfér chybí nebo je zpomalen, to znamená, že informaci či podnět nezpracovává, chybí flexibilita. Rozumějí mluvenému méně, vnímají jen to, co vidí, nejsou schopni pochopit abstraktní pojmy. Také mají problém porozumět výrazům obličeje, gestům, zbarvení hlasu a nechápou emoce a vzhledem k malé vazbě na realitu, nejsou schopni dávat věci do souvislostí.

Důsledkem doslovného způsobu myšlení je problém se zájmeny, nemůžou pochopit, proč je jedna a ta samá osoba nazývána ty a jindy on. Obvykle mají krátkodobou paměť, jsou schopni zopakovat celé pasáže rozhovorů, i když jim nerozumí. Časem nastává problém s vybavováním vět či slov. Vyvinutou řeč využívají pouze k uspokojování vlastních potřeb a k získávání informací. Neumějí naslouchat partnerovi, drží se oblíbeného tématu a neznají radost či potěšení ze vzájemné komunikace (Pipeková,2010).

Projev autistických dětí se často přirovnává k mluvě robotů, s věkem tento problém vymizí. Monotónní a jednotvárný hlas dělá na okolí dojem, že intelekt postiženého je ve skutečnosti podstatně nižší. I když se mluvený projev u lidí s autismem s věkem zlepšuje, nadále trvají určité problémy, které ovlivňují oblasti lingvistických funkcí.

Náročný bývá výběr alternativního způsobu komunikace, musí se najít taková forma, kterou jedinec zvládne. Řeč nemusí být vždy smysluplná a srozumitelná. Znaková řeč jako jeden z alternativních způsobů komunikace se používá jen velmi zřídka (Pipeková,2010).

1.1.4 PROBLÉMY V CHOVÁNÍ

Chování autistických jedinců je v určitém směru jedinečné a může vzbuzovat ve svém okolí údiv, pozornost, strach či úzkost. Projevy autistů často brání ve styku s běžnou populací a dá se říci, že autisté jsou handicapovaní jak k sobě, tak i ve vztahu k ostatním (Vocilka, 1996).

Autistický jedinec nevyhledává vztahy s lidmi, chová se k nim jako k předmětům, nedodrжуje společenské konvence a normy.

U jedinců s autismem se často objevuje problémové chování jako je například vztek, agrese, sebepoškozování, vulgární výrazy a také nevhodné sexuální chování. S hloubkou mentálního postižení se intenzita tohoto jednání zvyšuje.

1.2 RŮZNORODOST AUTISMU

Určitý počet lidí různého věku a pohlaví s odlišnými schopnostmi a rozdílným chováním, může se zdát na první pohled, že nemají nic společného, sdílejí ale společnou diagnózu pervazivní vývojová porucha nebo jinak řečeno porucha autistického spektra. Projevy jsou velmi různorodé. Mnozí vykazují určitou míru stereotypu, některé dovednosti mohou zcela chybět, jiné jsou opožděné, duševní vývoj je narušen v oblasti komunikace, v sociálním chování, v představivosti a také v oblasti vnímání.

Kromě různorodé symptomatiky se u poruch autistického spektra setkáváme i s rozdílnou mírou symptomatiky. Zvažuje se četnost výskytu specifického chování, hloubka handicapu. Tíže symptomatiky tvoří kontinuum: těžká symptomatika, středně těžká symptomatika, lehká symptomatika, hraniční symptomatika, výrazné osobnostní rysy, chování v populaci běžné (Thorová, 2006).

1.2.1 ATYPICKÝ AUTISMUS

Atypický autismus je diagnostická jednotka, která tvoří součást autistického spektra. Jedinec splňuje jen část diagnostických kritérií daná pro autismus. Pro diagnózu je důležité, že celkový obraz u atypického autismu nespĺňuje plně kritéria jiné pervazivní vývojové poruchy. Klinický obraz atypického autismu nebyl ještě přesně definován

a kategorie nemají stanovené hranice. Diagnóza je tak založena na co nejlepším odhadu odborníka. Lze tedy říct, že jen část dětí s atypickým autismem má některé oblasti vývoje narušeny méně než děti s klasickým autismem. Jedná se o lepší sociální či komunikační dovednosti nebo mohou chybět stereotypní zájmy. Z hlediska náročnosti péče a potřeby se však atypický autismus neliší od dětského autismu (Thorová,2006).

1.2.2 ASPERGERŮV SYNDROM

V době, kdy Kanner psal o dětech s autismem (Kanner, 1943), Asperger popsal skupinu dětí, které se mnohem později začaly nazývat podle něho (Asperger,1944) děti s Aspergerovým syndromem (dále AS). Oba lékaře odděloval oceán a druhá světová válka, proto se těžko dala očekávat vzájemná spolupráce. Jak plynula léta, zarážející podobnost mezi oběma skupinami byla zcela zřetelná (Frith, 1991; Wing, 1981).

Jedná se o velmi různorodý syndrom, jehož symptomy postupně přecházejí do normy. Je obtížné určit, zda-li se jedná o AS nebo pouze o sociální neobratnost. Nadále pokračují spory o existenci AS jako o samostatné jednotce. Tento syndrom má svá specifika i problémy, které mohou být stejně závažné, i když odlišné od ostatních poruch autistického spektra. Celá řada studií uvádí, že lidé s diagnózou AS žijí doma s rodiči a nepracují. Ze zkušeností vyplývá, že někteří lidé s AS nemají problémy s chováním a komunikací, při vhodné volbě partnera a zaměstnání, mohou vést téměř běžný život. Děti s AS mohou mít opožděný vývoj řeči, ve věku pěti let však mluví plynule, mají bohatou slovní zásobu a jejich výslovnost je čistá. Avšak špatně se zapojují do kolektivu vrstevníků, většinou mateřská škola bývá prvním zjištěním, že má dítě nějaký problém (Thorová,2006).

Kritéria pro Aspergerův syndrom: kvalitativní narušení sociální interakce, omezené a opakující se stereotypní způsoby chování, dyspraxie(nemotornost), není opožděný vývoj řeči, kognitivní vývoj je v normě, sebeobslužné dovednosti jsou přiměřeně k věku (Thorová,2006).

Jedinec s Aspergerovým syndromem se tedy může narodit komukoliv a postižení je celoživotní. Lidé postižení Aspergerovým syndromem utíkají do svého světa a uzavírají se do sebe, mají pocit, že nepatří do klasického běžného života a mají pocit, že přišli

z jiného světa a nehodí se sem. Osoby s AS jsou na rozdíl od klasických „autistů“ komunikativní a nemají problém s vyjadřováním, ale i tak mají komunikační potíže, jelikož jejich řeč neodpovídá vždy sociálnímu kontextu. Klasicky vedený dialog s nimi tedy není zcela možný. Tito lidé mají skvělou paměť, ve které si dokáží uložit spoustu informací. I když mají velké smyslové vnímání, nerozeznají co je podstatné a nemají hranice přiměřenosti. Jejich chápání je vždy logické, vše by mělo být zařazené, konstruktivní a mít své místo. Mají rádi systematičnost a přesné hranice – bojí se chaotického okolí a jednání. Z čistě lidského úhlu pohledu, chybí lidem s Aspergerovým syndromem selský rozum (Radková, Hořejší, 2018).

1.2.3 RETTŮV SYNDROM

Syndrom doprovázený těžkým neurologickým postižením, které má pervazivní dopad na somatické, psychické i motorické funkce. Poprvé byl popsán rakouským dětským neurologem Andreasem Rettem, který v roce 1966 publikoval popis 21 dívek s identickými symptomy. Za symptomy byly označeny ztráta kognitivních schopností a ztráta účelných schopností rukou (Thorová, 2006).

Rettův syndrom postihuje většinou ženy. Jedná se o novou mutaci v rodině, ale výjimečně byly zjištěny i dědičné případy. Symptomy a těžkost RS závisí na aktivním defektním genu a také jakého typu mutace je. Rettův syndrom je zahrnován do chorob autistických, je po Downově syndromu druhou nejčastějších příčin mentální retardace u žen. Mezi nejčastější příznaky patří vývojové opoždění v oblasti řeči a motoriky, epileptické záchvaty a také problémy se stabilitou a s chůzí, další může být typická stereotypie, jako je např. mnutí rukou a vkládání rukou do úst. U tohoto onemocnění neexistuje genová terapie a nezkracuje se délka života.

Zhruba u 80 % dívek s RS je možné potvrdit diagnózu na základě DNA vyšetření. Zpočátku se tvrdilo, že RS postihuje jen dívky, chlapci s touto genetickou mutací nejsou schopni života, průběh onemocnění je mnohem závažnější, často i pro chlapce neslučitelný se životem. V literatuře však byli popsáni i chlapci s podobnými příznaky, jako mají dívky s Rettovým syndromem.

Stadium 1. – objevuje se mezi 6. až 18. měsícem – zpomalení nebo úplná zástava psychomotorického vývoje, snižování zrakového kontaktu, vytrácí se zájem o hračky a hry

Stadium 2. – cca 1. až 4. rokem – ztráta doposud získaných řečových dovedností a funkčnosti rukou, objevují se příznaky demence s autistickými rysy, ztráta zájmu o sociální kontakt

Stadium 3. – období předškolního a časně školního věku – u chodících dívek dominuje ataktická chůze, celkové zhoršení motoriky, apraxie. Začínají se objevovat epileptické záchvaty, autistické rysy spíše ustupují a dochází k relativní stabilizaci

Stadium 4. – cca po 10. roce – přibývají pohybové a ortopedické potíže, objevují se příznaky spasticity, deformity nohou, váhové neprospívání až kachexie. Mnoho dívek je již v tomto období připoutáno na invalidní vozík. Dochází ale naopak ke zlepšení emocionálního kontaktu, zájmu o komunikaci

Stadium 5. – dospívání a dospělost – dívky s RT v průběhu života dozrávají psychicky a zklidňují se, zlepšuje se jejich sociální porozumění, důležitý je pro ně oční kontakt. Běžně se dožívají 40 – 50 let (Hájková, Strnadová, 2011).

Terapie Rettova syndromu:

Prozatím je dostupná pouze symptomatická terapie, tedy léčba některých příznaků onemocnění – epileptické záchvaty, skolióza. Celkovému zlepšení stavu prospívá komplexní rehabilitace – psychická i fyzická. S postupem času a sledováním stále většího počtu pacientů se ukazuje, že kromě již známých příznaků, jako je skolióza, váhové neprospívání, žlučové kameny, problémy se srdečním rytmem, zrychlené dýchání či naopak krátká zástava dechu, je u dívek s RS také problém s trávením a vyprazdňováním, které může vést až k neprůchodnosti střev, kdy je nutná operace.

V současné době probíhá ve světě řada výzkumů, které jsou zaměřeny na způsoby léčby Rettova syndromu a orientují se na různé úrovně pomoci:

- Genetický výzkum – zásahy na genetické úrovni předpokládají schopnost blokáce části genů a ovlivnit tím jen ty geny, které je potřeba

- Ovlivnění určitých částí mozku, ve kterých byl zastaven vývoj neuronových spojení, povzbuzení nervového systému
- Terapie dalších potíží – polykání, spánek, trávení, bdělost, epileptické záchvaty
- Zkoumání metabolismu a zkoumání látek důležitých pro fungování a zrání mozku
- Výzkumy, které se týkají růstu a výživy

Každá dívka s RS je jedinečná, výjimečná a potřebuje individuální přístup. Jako žákyně potřebují po celý život svého asistenta, přesto jsou schopny se po dobu školní docházky i v dospělosti učit novým věcem. Bohužel v předškolním období se syndrom začíná projevovat ztrátou již dosažených dovedností (Hájková, Strnadová, 2011).

„Děvče s Rettovým syndromem chápe mnohem víc, než dokážeme na první pohled poznat. Až donedávna byly ženy a děvčata v RTT klasifikovány jako psychicky postižené s malými nebo žádnými šancemi na zlepšení. Naše intuice nám vždy říkala, že naše dcera toho hodně chápe.“ (Hunterová, 2008, s. 68)

Většina dívek s RTT nepoužívá mluvenou řeč, rozumí však mluvené řeči poměrně dobře. Rády komunikují a rády se učí – vyžadují specifický přístup, mluvíme na ně pomalu a srozumitelně, ke komunikaci využíváme alternativní a augmentativní prvky (Hájková V., Strnadová I., Praha, 2011).

1.3 PÉČE O JEDINCE S PAS V ČESKÉ REPUBLICE

Vláda usnesením č. 1004 ze dne 17.8. 2005 přijala Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009. Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy je uloženo rozvíjet vzdělávací podmínky dětí s autismem (poruchami autistického spektra) ve všech krajích České republiky. Patří sem zajištění vzdělávacích programů s respektem na zdravotní postižení, zajišťovat speciální vzdělávací potřeby v souladu s přílohou vyhlášky MŠMT č. 65/2005 Sb., dále rozvíjet sociální kompetence žáků se zdravotním postižením, především alternativní a augmentativní formy komunikace, a nadále rozvíjet vzdělávací podmínky dětí s autismem především optimalizace sítě tříd pro tyto děti, žáky či studenty a jejich pokračování v zavádění poradenských služeb (Thorová, 2006).

Zákon č. 561/ 2004 Sb. O předškolním, základním, středním, vyšším, odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a následné prováděcí vyhlášky, především **vyhláška č. 73/2005 Sb.**, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami

V roce 1992 vznikl v České republice klub *Autistik* jako sdružení pro mentálně postižené, pořádání rehabilitačních a rekreačních pobytů pro rodiče s dětmi, překládání cizojazyčné literatury, pořádání konferencí a přednášek je jejich hlavní náplní. V roce 2000 byla v České republice založena Asociace pomáhající lidem s autismem (APLA).

Raná péče – do rodiny by měl pravidelně docházet terapeut, zodpovědět rodičům základní otázky jaký přístup k dítěti je nejvhodnější, pomoc v rámci dílčími nácviky, zlepšení očního kontaktu a motoriky, navození spolupráce.

Předškolní zařízení – v České republice velice dobře funguje několik zařízení, která poskytují speciální předškolní program dětem s autismem. Některé děti navštěvují speciální mateřské školy, kde jim je věnována zvláštní péče v rámci jejich handicapu. Tento program je velice náročný, proto mívají tito jedinci i několik asistentů pedagoga. Někdy může být odložena školní docházka, toto rozhodnutí závisí na poradenském pracovníkovi.

Vzdělávání ve speciální třídě pro děti s poruchou autistického spektra – speciální třídy vznikají v souladu speciálních škol nebo základních škol. Programy jsou založeny na principu behaviorální modifikace, děti se učí dle vzdělávacích programů.

Děti integrované ve speciálních školách – výhodou bývá menší počet žáků ve třídě a speciální pedagog.

Integrace žáků v běžné základní škole – důležitá je informovanost pedagoga o stavu žáka před vstupem dítěte do školy, asistent pedagoga bývá součástí. Prevence šikany a informovanost rodičů spolužáků.

Děti integrované na střední škole – i děti s poruchou autistického spektra navštěvují všechny typy středních škol, učební obory, průmyslové školy, gymnázia a humanitně a technicky zaměřené střední školy. Některé potřebují asistenta, předpokladem studia jsou rozumové schopnosti.

Vysoké školy – mnoho lidí s Aspergerovým syndromem vystudovalo vysokou školu. Ke školnímu úspěchu či neúspěchu někdy chybí emoční prožitek, proto lidé s PAS nemají takovou citlivost k lepším výkonům, často i velmi talentovaní studenti školu nedokončí.

Lékařská péče - určité množství jedinců se neobejde bez psychiatrické či odborné péče. Mívají většinou i jiné přidružené zdravotní potíže, proto vyžadují další lékařskou pomoc (Thorová, 2006).

2 DĚTSKÝ AUTISMUS

Dětský autismus je nejlépe prostudovanou pervazivní vývojovou poruchou. Je častější u chlapců než u dívek, v poměru 5:1. První epidemiologická studie autismu byla provedena Viktorem Lotterem v roce 1966, od té doby bylo provedeno zhruba 30 studií dětského autismu. Výsledky ukazovaly nízkou prevalenci poruchy. Důležité jsou výsledky studií z posledních let. Zajímavé údaje, i když zatím jen vzdáleně související s problematikou klinické epidemiologie PDD, přinesla čerstvě publikovaná práce *Autistické rysy v obecné populaci* (Constantino a Tood,2003). Autoři testovali jedno-i dvouvaječná dvojčata pomocí Social Responsiveness Scale, která měří některé autistické rysy. Když jako kritérium positivity použili průměrné skóre autistických rysů získaných již dříve u autistické populace. Z toho 1,4 % chlapců a 0,3 % dívek z populace splnilo toto kritérium. Dle autorů tato data znamenají, že sociální deficity charakteristického pro PDD jsou v populaci běžné.

Nástup příznaků může být dvojího charakteru. Častější je plíživý a pomalý rozvoj autistických rysů již v prvním roce života. Ne tak častá je tzv. autistická regrese, což je závažný vývoj obratu zpět, kdy dítě ztrácí získané dovednosti, zejména v oblasti řeči, ale také sociálního chování. Zdravý jedinec projevuje sociální chování od prvních týdnů života, autističtí jedinci se vyhýbají očnímu kontaktu a nejeví zájem o lidské hlasy a tváře. To někdy vyvolává dojem, že je dítě hluché. Nevytvářejí typickou vazbu k matce, u starších dětí dochází k opožděnému vývoji vztahu blízké rodině. Rozvoj řeči bývá opožděn, až u poloviny dětí se nerozvine vůbec. Převažuje lpění na neměnnosti života a prostředí, někdy i nepatrná změna či přesun některé věci v dětském pokoji vyvolá výbuch vzteku. Hyperaktivita není uváděna mezi příznaky specifickými pro dětský autismus. Jejich zájem je zcela jiný než zájmy vrstevníků, mají zájem o neživé, mechanické předměty, např. dopravní prostředky a systémy, nikoli o společenské hry, koníčky (Hrdlička, Komárek, 2004).

Zajímavým jevem bývají tzv. ostrůvky speciálních schopností, jedná se o výjimečnou mechanickou paměť, např. telefonní čísla, zastávky v jízdním řádu, zaznamenáno je asi 10% autistů.

Nejčastější psychiatrickou komorbiditou u dětského autismu je mentální retardace, a to asi v 75 % případech, kdy asi 30% pacientů spadá do pásma mírné a středně těžké MR a 45% do těžké a hluboké MR.

Stanovení diagnózy určuje dětský psychiatr, ostatní odborní lékaři slouží jako koordinátoři. Určení diagnózy autismu neznamena jen mechanické naplnění kritérií MKN-10, ale i komplexní lékařské a laboratorní vyšetření a vyloučení jiných nemocí a poruch.

Rozdělení dětského autismu je na vysoce funkční, středně funkční a nízko funkční. Nejčastěji je zmiňován **vysoce funkční autismus**, který označuje autistické jedince bez přítomnosti mentální retardace (tedy IQ 70) a s existenční komunikativní řečí. Do **středně funkčního autismu** patří jedinci s lehkou nebo středně těžkou mentální retardací, kdy je známa narušená komunikace a přibývání stereotypie. **Nízko funkční autismus** postihuje nejvíce mentálně retardovaných dětí, které nemají rozvinutou komunikativní řeč, velice málo navazují kontakt.

Příznaky dětského autismu bývají zjištěny kolem třetího až pátého roku života. Při zahájení školní docházky lze pozorovat určitou diferenciaci vztahu mezi dětmi a rodiči a ostatním okolím. Také v dospělosti přetrvávají výrazné nedostatky v sociálních vztazích a situacích. Zhruba dvě třetiny autistů zůstávají i v dospělém věku handicapováni a zůstávají trvale závislí na rodině a okolí. Asi jedna třetina autistů, především s diagnózou vysoce funkčního autismu, má předpoklady částečné samostatnosti (Hrdlička, Komárek, 2004).

2.1 DIAGNÓZA ZJIŠTĚNÍ PAS

Diagnózu PAS je možné diagnostikovat již kolem 18 měsíce, ale většina dětí bývá diagnostikována až kolem druhého až třetího roku, v předškolním věku bývají projevy jen velmi patrné.

Doba čekání na určení diagnózy ve specializovaných zařízeních bývá přibližně jeden rok. Konečná diagnóza by měla být určena mezi čtvrtým a pátým rokem věku dítěte, některé děti jsou však bez určené diagnózy až do školního věku, v tomto případě by měl vše řešit erudovaný pedagog.

Situace rodiny s jakýmkoliv postižením je nestandardní ve všech ohledech a pro všechny členy v rodině. V tomto případě prochází rodina krizí a musí řešit mnoho závažných otázek, změnit řadu představ a rozhodnutí, přizpůsobit životní styl. Reakce rodiny v takové situaci pochází několika fázemi.

Fáze šoku a popření - zhrouť se očekávání a naděje, rodina odmítá uvěřit verdiktu a diagnóze. Rodině by měla být zprostředkována raná péče, dostatek informací a citlivé jednání (Bazalová, B., Praha, 2017).

Toto sdělení znamená pro rodiče vždy silné emoce, jejich optimistické iluze a představy o potomkovi jsou najednou v troskách a jen těžko se dá s touto situací vyrovnat. Pro rodiče je dobrý dostatek času na vyrovnání se s tímto zjištěním (Thorová, 2006).

2.2 REAKCE RODINY – AKCEPTACE

Fáze akceptace a vyrovnání se s problémem – rodina se učí přijímat skutečný stav věci a postupně se vyrovnává s realitou. Většinou se hledají viníci, nastává vzájemné obviňování a v tomto období dochází nejčastěji k rozpadu rodiny. Důležitá je proto pomoc, podpora ze strany ostatních členů rodiny a příbuzenstva.

2.3 PŘIZPŮSOBENÍ RODINNÉHO PROSTŘEDÍ

Smíření se se situací – uvědomění si skutečnosti vede k přijetí problému a postižení a přizpůsobení rodinného prostředí, k realistickému pohledu na životní situaci rodiny a především dítěte, jeho předpoklady a možnosti, další vývoj. Spokojenost a rovnováha rodiny závisí na stabilitě jejich členů, ale všeobecně platí, že pokud do nastalé situace rodina žila stabilně a vše zvládala, byla soudružná, tak riziko rozpadu rodiny je menší (Slowík,2007).

Důležitý je také přístup ostatních členů rodiny k postiženému dítěti. Není vhodné soustředění na dítě s postižením, aby nepostižené dítě nepocíťovalo odsouzení do pozadí, ale stejně tak není vhodné přílišné zaměření na nepostižené dítě. Těžké bývá pro takovou rodinu také najít vhodný styl výchovy, kdy rodina ještě neví hranice a správný přístup k postiženému i nepostiženému dítěti. Tato rodina má samozřejmě kromě běžných potřeb

také potřeby specifické, např. sociální pomoc a podpora ve formě finančních příspěvků, sociálních služeb a třeba také kontaktu na jiné rodiny, nacházející se ve stejné situaci. Důležitou roli hraje také reakce blízkého okolí, přátelé, sousedi, škola, aj.

Fungující rodinné prostředí má ovšem pro člověka s postižením velký význam zejména smyslu rozvoje osobnosti, zajištění a kvality života (důležitý je obětavý přístup členů rodiny), uspokojení emocionálních a vztahových potřeb, vytváření vlastní identity (Slowík, Praha, 2007).

3 MOŽNOSTI TERAPIE

3.1 TERAPIE PRO DĚTI S AUTISMEM

Terapeutické přístupy lze vymezit jako způsoby odborného a cíleného jednání s jedincem, jež směřují k odstranění či zmírnění nežádoucích potíží nebo odstranění jejich příčin. Tyto přístupy mohou být uplatňovány v rámci jednotlivých terapií nebo sekundárně v rámci odborných zaměřených činností. Pro veškeré využívání terapií platí, že probíhají v určitém prostředí a čase, mají danou organizační formu, samozřejmě záleží na věku a symptomech klienta, dále bývají zapojeny léčivé a rehabilitační prvky v rámci terapie.

Sedí naproti sobě nebo klient leží na lůžku a terapeut sedí vedle). Dále může být terapie **skupinová** (s malou terapeutickou skupinou, společné řešení problémů, zadaných úkolů), také se může využívat terapie **hromadná** (práce s větším množstvím klientů, tato forma bývá méně efektivní), využití terapie **rodinné**, kdy terapeut pracuje s rodinou, jako se specifickou skupinou bývá rozdělené do několika fází, a poslední terapie komunitním terapeut pracuje ve společenství, v němž se vzájemně ovlivňují terapeuti s klienty pomocí pobytového, pracovního a terapeutického programu (Müller a spol., 2014).

3.2 MUZIKOTERAPIE

Muzikoterapii se pokusilo definovat velké množství autorů a muzikoterapeutických asociací. Jedná se o obor s velkou rozmanitostí, jde o profesionální využití hudby a jejích elementů jako prostředek intervence ve zdravotnických a vzdělávacích zařízeních, ale také v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny či rodiny. Muzikoterapie má úzké spojení s medicínskými, hudebními obory, s psychologii, psychoterapií, speciální pedagogikou a pedagogikou, etikou, filozofií, lingvistikou a sociologií. Muzikoterapie začíná poslechem hudby a zkoumáním jejího působení na chování jedince.

Hudbu lze použít jako terapeutický prostředek nebo jako doplněk terapeutického procesu. Hudba může podpořit léčebné, patologické procesy. Hudba byla součástí léčení již v pravěkých kulturách, jako součást rituálů šamanských kultur se využívá dodnes. V současné době považujeme muzikoterapii za profesi, organizovaná skupina lidí, která

používá stejný systém poznatků. V zahraničí se začala objevovat v druhé polovině 20. století v USA roku 1950. Taktéž poslech hudby podporuje vyjadřování pocitů či myšlenek. Může být součástí relaxace před terapií, která má za úkol dítě či dospělého jedince zklidnit.

3.3 ARTETERAPIE

Arteterapie je expresivní terapie prožitkem, spontánností a zážitkem. Slavík (1997, s. 104-105) expresi chápe jako specifickou citově zabarvenou a více nebo méně záměrně strukturovanou reprezentaci vnitřního světa člověka. Expresie je spontánní, ale má svou uspořádanost. Arteterapie je psychoterapeutická a psychodiagnostická disciplína, která se využívá k léčebným cílům, opírá se o výtvarné projevy klientů jako o hlavní léčebný prostředek. Nejde při ní o dokončené a dokonalé dílo, ale o tvorbu. Je to týmová práce a provádí se ve spolupráci s psychologem, pedagogem či psychiatrem. Psycholog díky ní zjistí diagnózu a prognózu, je zaměřena na rozvoj tvořivosti a kreativity klienta a také na jeho citový vývoj.

Arteterapie je léčebný postup, při kterém se využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání, zklidnění či ovlivnění lidské psychiky. V jejích rolích působí speciální a výtvarní pedagogové, psychologové a lékaři (Richman, S.,2001).

Arteterapie je mladý obor, na veřejnost se dostal ke konci 19. století. Pojem arteterapie M. Naumburková definovala jako proces, jehož principem je vyjádřit pocity a myšlenky v obrazech. Výtvarné umění se využívá jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace (Müller a kol., 2014).

3.4 HIPOTERAPIE

Je považována za nejrozšířenější formu rehabilitace. Metoda fyzioterapie využívající přirozenou mechaniku pohybu koně v kroku a pohybových impulzů.

Základem je využití trojrozměrného pohybu hřbetu koně, který se při chůzi pohybuje nahoru a dolů a ze strany na stranu, každý kůň je individuální a má různou intenzitu pohybů. Tyto pohyby se přenášejí přes pánev a trup člověka a vyvolávají pohybový vzor pánve a trupu jako při lidské chůzi. Stručně řečeno, že jsou vytvářené na co největším

množství smyslových podnětů, jsou stimulovány všechny smysly jedince, působením podnětů jsou přenášeny do mozku, kde jsou zpracovány. Hipoterapie zasahuje do funkce centrálního nervového systému a předává informace přímo mozku (Müller a kol., 2014).

Existují další formy terapií, jako je např. **dramaterapie**(divadelní techniky a postupy), **teatroterapie**(používání divadelních prostředků či vnímání divadelních artefaktů, kulisy, kostýmy), **biblioterapie** (léčba knihou), **poetoterapie** (využívání poezie), **taneční terapie a terapeutický tanec** (terapie zaměřená na tělo), **bazální stimulace**, **zooterapie** (kontakt se zvířetem, kam patří canisterapie(léčba pomocí psa) a felinoterapie(léčba pomocí kočky)(Müller a kol., 2014).

3.5 CANISTERAPIE

Při této volbě terapie je hlavním terapeutem pes, který je speciálně vycvičený, musí mít veterinární ošetření a canisterapeutickou zkoušku. Terapie probíhá pod dohledem odborníka a pedagoga. Základem je vzájemná interakce mezi psem a dítětem či dospělou osobou. Nejdříve se dítě učí pozdravit, pohladit na přivítanou nebo zamávat, postupem času se přechází na úkoly a interakční hry. Rozvíjí se také kognitivní schopnosti, hrubá i jemná motorika. Pokud pedagog pozná, že dítě se cítí spokojeně, zkouší polohování psa, kdy může cítit klidný dech, teplo od srsti nebo také studený psí čenich. Důležité je, poznat co je dítěti příjemné a co ne (Richman, S., 2001).

3.6 BAZÁLNÍ STIMULACE

S její pomocí se pokouší terapeut nabídnout dětem možnost pro jejich osobnostní vývoj. Vychází se z předpokladu, že dotyčný má s terapeutem omezené komunikační schopnosti a proto se prostřednictvím celého těla terapeut pokouší o zprostředkování vzájemné interakce. Probíhá v klidném a ničím nerušeném prostředí.

3.7 APLIKOVANÁ BEHAVIORÁLNÍ ANALÝZA

Je to proces pochopení a vyhodnocování chování jedince, kdy terapeut nehodnotí samotné chování, ale také soubor okolností ve sledovaném čase. Ke změně naučených vzorců jsou potřeba dva způsoby:

1. Učit dotyčného kroky postupně a čekání na reakci, při správné reakci následuje pochvala či odměna. Při chybné reakci následuje oprava.
2. Příležitostné učení – dotyčného je potřeba celý den něčím zaujmout, iniciovat a tím se rozvíjí příležitostní učení.(Richman, S., 2001)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 POROVNÁNÍ A VÝVOJ DĚTÍ ZE SPECIÁLNÍ MATEŘSKÉ ŠKOLY V ŽATCI

4.1 CÍLE

Hlavním cílem bakalářské práce je porovnat a popsat vývoj, chování, zdatnost a povahy žáků se specifickými poruchami ve vybrané speciální mateřské škole a zjistit, jak se vztahy mezi pedagogy a žákem promítají v jeho dalším vývoji či pokroku.

Na začátku výzkumu probíhalo seznámení s veškerou dokumentací žáků.

4.2 VÝZKUMNÝ ÚKOL

Jaký vliv má prostředí mateřské školy a vztahy pedagogů, na dítě postižené autismem nebo poruchou autistického spektra, před povinnou školní docházkou?

U tohoto výzkumného úkolu budu vycházet ze zkušeností oslovených respondentů a použila jsem metodu vlastního pozorování.

Pozorováním jsem chtěla zjistit:

1. Reagují kladně na ostatní děti v mateřské škole?
2. Dokážou se bez problémů najíst?
3. Zapojují se do společných aktivit a her?
4. Je vidět velký pokrok či posun v komunikaci s ostatními dětmi nebo dospělými za dobu pozorování?

4.3 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO VZORKU

Charakteristika respondentů:

- Žáci Speciální mateřské školy Žatec
- Rodiče oslovených žáků
- Pedagogové Speciální mateřské školy Žatec

Respondentů bylo celkem 20, z toho dětí 5, rodičů 7, pedagogů 8.

Pozorovány byly pouze děti, rodiče a personál respondentů sloužili při spolupráci jako informátoři a dohled.

4.4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Výzkum probíhal v období od listopadu 2021 až poloviny ledna 2022. Vzhledem k věku a diagnóze respondentů jsem zvolila metodu vlastního pozorování, které mi bylo umožněno.

Lékařská dokumentace a interní informace mi byly předány osobně na prostudování a další potřebné materiály jsem získala osobním pozorováním, rozhovory s účastníky výzkumu a jejich zkušenostmi daných respondentů.

Charakteristika místa šetření

Mateřská škola Speciální v Žatci. Je to budova typu rodinné vily, postavená v klidné části města. Vybavena je bezbariérovými vchody. Zahrada je vyhovující pro děti tak, aby měly dostatek prostoru ke hrám dopravním, tvořivým či pohybovým. Za budovou vybudovali pedagogové zeleninové a květinové záhony, které pomáhají ke zkvalitňování spolupráce s dětmi a rodiči. Budova je dvoupodlažní, prošla řadou úprav. Navštěvuje ji celkem 50 dětí ve věku od 2,5 do 8 let. Děti jsou podle věku a druhu postižení rozděleny do 5 ti tříd po 10, kdy na jednu třídu spadají 3 pedagogové či asistent pedagoga.

Jsou zde děti z Dětského domova, Fondu ohrožených dětí (Klokánek), Ústavu sociální péče, ale také z běžných rodin. Do mateřské školy jsou přijímány děti s poruchami chování, logopedickými vadami, s mentálním postižením, s mozkovou dysfunkcí, popř. děti s kombinovanými vadami. Odborná péče je zde nabízena ve formě:

- Intenzivní logopedická péče
- Kompletní péče o děti s ADHD
- Ozdravné pobyty
- Pobyty v solné jeskyni v zimním období
- Kulturní a společenské akce po celý rok

- Zájmové kroužky s prostorem pro spolupráci s rodiči – literárně dramatický, hudební, keramický, pracovní
- Bazální stimulace těla
- Relaxační místnost
- Jóga

Tato mateřská škola je zařízení, které poskytuje rozsáhlé služby a péči v návaznosti na výchovu v rodině.

V mateřské škole panuje velmi dobrá atmosféra ze strany pedagogů, prostředí působí rodinným dojmem. Zájem pedagogů a jejich odborný přístup má velmi dobrý vliv na děti, jejich zákonné zástupce a chod celé mateřské školy.

Mezi pedagogy a asistenty jsou i muži, což má také velmi dobrý vliv na adaptaci, pokroky, socializaci a vývoj dětí, vzhledem k tomu, že jsou zde děti z Dětského domova, kdy neznají úplnou rodinu a tento vzor je pro ně velice přínosný.

Tabulka 1 Přehledná tabulka organizace mateřské školy speciální

Činnosti dne	I. třída	II. třída	III. třída	IV. třída	V. třída
Spontánní hry, ranní pozdravení	06:00-08:30	06:00-08:30	06:00-08:30	06:00-08:30	06:00-08:30
Svačina	08:30-09:00	08:30-09:00	08:30-09:00	08:30-09:00	08:30-09:00
Kolektivní a individuální cílená činnost	09:00-10:00	09:00-10:00	09:00-10:00	09:00-10:00	09:00-10:00
Pobyt venku	10:00-11:50	10:00-11:50	10:00-11:50	10:00-11:50	10:00-11:50
Hygiena a zásady stolování	11:50-12:20	11:50-12:20	11:50-12:20	11:50-12:20	11:50-12:20
Odpočinek, zájmové kroužky	12:20-14:00	12:20-14:00	12:20-14:00	12:20-14:00	12:20-14:00
Svačina	14:00-14:30	14:00-14:30	14:00-14:30	14:00-14:30	14:00-14:30
Spontánní hry, pobyt na zahradě	14:30-16:00	14:30-16:00	14:30-16:00	14:30-16:00	14:30-16:00

Kazuistika č. 1

Věk: 6 let, chlapec

Zařazení: mateřská škola speciální

Diagnóza: Dětský autismus, závažné vady řeči

Intelekt: Chronologický věk 3,5 roku, Mentální věk 20 měsíců, IQ 52 – aktuálně v pásmu LMR spodní hranice, nerovnoměrné rozložení, lateralita nevyhraněná

Osobní anamnéza: Matka (37 let) zdravá, pracovitá.

Otec (35 let) zdravý, pracovitý, vysokoškolák, jeho sestra však v dětství nemluvila, do tří let vydávala pouze zvuky, rozmluvila se až později.

Rodinná anamnéza: Těhotenství bez komplikací, porod v 36 týdnu těhotenství, císařským řezem. Nižší porodní váha, kojený částečně. Rehabilitace dle Vojtovy metody, měl zvláštní styl lezení. Jako miminko byl spavý, od 7. měsíců reflux žaludku, díky alergiím časté pobyty v nemocnici, po návratu vždy regres – přestal říkat slova, která už předtím uměl a znal. Sledovaný na neurologii a pedopsychiatrii.

Sociální chování: Komunikace s rodiči dobrá, reaguje na ně pozitivně, větší vázanost na matku. Baví ho dynamické činnosti, stále ale preferuje vlastní aktivity, jako je např. navlékání korálků, provlékání, poté kutálení si s nimi. Soustředění v jednoduché činnosti krátkodobé, odbíhá, malování jen v podobě čmárání, má rád barvy. Nepoužívá gesta, neobvyklý oční kontakt a velmi málo zaměřuje výraz tváře na druhé, téměř chybí integrace pohledu a ostatních aspektů. Také mu chybí ukazování předmětů, poděkování, sdílená radost a spontánní iniciace.

Závěr: Dokáže si sám obléct kalhoty a nazout boty, ostatní s dopomocí. Na toaletu si dojde, s očistou potřebuje pomoci.

Zpočátku v popředí dílčí autistické projevy (sociabilita, komunikace, ritualizované chování, stereotypie). Porucha pozornosti, opožděný řečový vývoj se suspektním dysf. rámcem, rozumové schopnosti aktuálně v pásmu LMR. Zůstává v logopedické péči,

prospívá mu docházka do mateřské školy. Povaha jeho poruchy vyžaduje trvalý dohled a péči.

Nyní po návštěvě mateřské školy speciální určitý pokrok v sociabilitě a sebeobsluze, ubylo afektivních výbuchů, rád chodí na procházky, při písničkách se pohybuje do rytmu. V mateřské škole individuální a odborný přístup, didaktické pomůcky, řízené činnosti (jóga, hipoterapie, bazální stimulace těla, piktogramy pro autisty, hudební nástroje, světelná tabule, relaxační místnost).

Kazuistika č. 2

Věk: 4 roky, chlapec

Zařazení: mateřská škola speciální

Diagnóza: Suspektní PAS, lehké mentální postižení

Intelekt: Chronologický věk 4r., Mentální věk 2r., Škála dětského autistického chování – CARS – HS - 37 bodů, prokazatelné autistické chování

Rodinná anamnéza: Matka v dětství trpěla vadou řeči, docházela na logopedii, babička chlapce (matky matka) od mala neslyší na pravé ucho. Teta matky chlapce trpěla mentální retardací, dále vysoký krevní tlak.

Otec chlapce trpěl vadou řeči (bulbuties), docházel na logopedii.

Osobní anamnéza: Matka vychovává chlapce sama, pro neshody a údajnou verbální agresivitu ze strany otce. S výchovou vypomáhají prarodiče ze strany matky. S otcem se chlapec stýká sporadicky. Sourozence nemá.

Těhotenství první, rizikové, porod předčasný v 35. týdnu těhotenství, spontánní, záhlavím, matka byla hospitalizována.

Motorický vývoj chlapce v normě, výrazně opožděný vývoj řeči – dosud nemluví, pouze slabičně žvatlá. Čistotu stabilně neudrhuje, na cesty stále používají pleny.

Sociální chování: Sociální kontakt nepřiměřený, nevyhovuje mu neznámé prostředí. Podle matky je neklidný, impulzivní, nemá pud sebezáchovy – je nutný neustálý dohled. Má vysoký práh pro vnímání bolesti, bývá svéhlavý, křikem si vynucuje splnění svého přání. Když se zlobí, bouchá silně dlaní do stolu a projevuje agresi k okolním věcem. Děsí ho zvuk vysavače, fénu, mixéru, nemá rád, když mu matka zpívá, zakrývá si uši a křičí. Straní se vrstevníkům a kolektivu, pozoruje je úkosem. Oční kontakt navazuje letmo, na zavolání nereaguje. Nesnáší dotyk některých povrchů a nemá rád jasné světlo. Při veškeré činnosti dává přednost levé ruce.

Velký zájem projevuje o písmena a číslice, poskládá sám celou abecedu. Má rád vodu, rozsvěcuje a zhasíná rád světla a celkově má rád točivý pohyb. Dovedně obsluhuje mobilní telefon, hraje na něm hry. Vztahy k dětem nemá, není k nim agresivní, ale rád je pozoruje při hře nebo se s nimi alespoň honí. Jídelníček má značně omezený, nejlépe vše v „suché“ verzi, např. suché piškoty, suchý rohlík, křupky.

Závěr: Nerovnoměrný kognitivní vývoj na bázi poruchy autistického spektra – dětského autismu. Porucha aktivity a pozornosti, emoční a afektivní labilita, afektivní záchvaty s agresivitou a autoagresivitou. Rozumové schopnosti aktuálně funkčně v pásmu lehké mentální retardace.

V mateřské škole přilnul nejvíce k jedné paní učitelce, druhé moc nerespektuje a spíše odmítá. Nejvíce ho baví skládání abecedy a hraní s čísly v elektronické podobě. Určitý pokrok v sociabilitě a komunikaci tam oproti nástupu do MŠ je. Není ke druhým fyzicky agresivní, pokud pocítuje nelibost, raději odstoupí a dotyčného opatrně náznakem odstrčí, je vidět, že nechce úmyslně ublížit. Pro chlapce vhodné doporučení: obrázky (piktogramy), čísla, písmena, nácvik sociálního učení (udržení očního kontaktu, úklid hraček, dělení se o hračky, apod.). Pedagog v mateřské škole stále pokračuje s procvičováním logopedie. Nácvik porozumění – podej, polož, ukaž, vždy nacvičovat jen jeden pokyn a postupně přidávat další. Stále rozvíjet grafomotoriku a rozvoj hrubé a jemné motoriky.

Kazuistika č. 3

Věk: 4 roky, dívka

Zařazení: mateřská škola speciální

Diagnóza: Poruchy autistického spektra s mírným odrazem do vzdělávání žáka, Středně těžké tělesné postižení, Závažné vady řeči, Epilepsie - medikována

Rodinná anamnéza: Matka 31 let, středoškolské vzdělání, hypotyreóza (Eutyrox)

Otec 42 let, vyučen v učebním oboru, zdrav

Osobní anamnéza: První gravidita, porod v termínu, spontánním záhlavím, poporodní adaptace v normě, plně kojená do 2. měsíců, následně umělá strava. Rehabilitace Vojtovou metodou. Léčena na kardiologii, nález šelest struny, dále plánované vyšetření psychologem pro regres vývoje, dále na endokrinologii určena mírná gynekomastie.

První úsměvy kolem 3. měsíce. Fixovala od 4. měsíce, od 11. měsíce se stavěla na nohy, samostatná chůze kolem 23. měsíce. Po kompenzaci epilepsie vývoj opět postupoval, samostatný sed cca kolem 9,5 měsíce věku. Dle matky vždy po hospitalizaci vývoj vždy stagnoval.

Psychomotorický vývoj opožděn, další opoždění v souvislosti s epilepsií (záchvaty patrné, krátké záškuby končetin).

Chůze neobratná, nestabilní, často padá, neběhá. Doma chodí samostatně, venku s pomocí druhé osoby. Slovně nekomunikuje, údajně dříve říkala „máma“, tuto schopnost však postupně ztratila. Nyní si jen brouká nebo křičí a na slovní pokyny nereaguje. Tužku neudrží pevně v ruce. Rodinné příslušníky pozná.

Sociální chování: Krmena matkou, stále používá pleny. Pro dívku jsou vhodné v mateřské škole konstrukční hračky, zvukové didaktické pomůcky, zvuky jí nevadí. Jóga, bazální stimulace těla je pro ni příjemná a přínosná. Rodinné příslušníky pozná. Tužku neudrží pevně v ruce.

Závěr: Pro dívku je vhodná logopedická péče. Individuální péče ve formě přístupu, stále rozvíjet hrubou i jemnou motoriku. Vést ji k určitým činnostem, např. prohlížení knih a obrázků, učit ji písmena.

Kazuistika č. 4

Věk: 3 roky, dívka

Zařazení: mateřská škola speciální

Diagnóza: Porucha aktivity a pozornosti

Rodinná anamnéza: Matka 26 let, středoškolské vzdělání, zdravá. Otec 29 let, vyučen, zdrav. V rodině žádné vážné onemocnění není. Sourozence nemá.

Osobní anamnéza: První gravidita, porod v termínu a bez komplikací. Vývoj: v kojeneckém věku reagovala, usmívala se a otáčela se za předměty. Od mala motoricky aktivnější, u ničeho déle nevydrží. Lezla cca v 7 měsících, chůze v roce, opožděná verbalizace, první slova kolem roku, nyní aktivně asi 10 slov. Napočítá do deseti, pozná některá písmena na obrázku. Při hře s panenkou ji pochová a konejší, napodobuje telefonování, staví stavebnice. Při jídle se dokáže najíst sama. Nerozumí rodičům ani jednoduchým instrukcím. V televizi ráda sleduje pohádky v anglickém jazyce. Bez ritualizovaných projevů v chování. Pozvolna však adaptabilní, ale nesvá v cizím prostředí. Spánek má rozhozený, usíná až kolem druhé hodiny ranní a vstává kolem sedmé až osmé hodiny ranní. Dívka má vyšší práh vnímání bolesti, vadí jí hlasitější zvuky. Nemá separační obtíže při vzdálení od rodičů. Je celodenně plenována.

Sociální chování: Pozornost u dívky výrazně krátkodobá, výrazný je psychomotorický neklid. Spolupráce u určitých činnostech velmi okrajová. Nerovnoměrný psychomotorický vývoj, opoždění řeči, problematická spolupráce, impulzivita. Znalosti a dovednosti dívky jsou vzhledem k nízkému věku na nízké úrovni, koncentrace pozornosti je výrazně krátkodobá, je motoricky aktivní. Při procházce často padá na zem, lehá si a nespolupracuje. Ráda si kreslí a maluje, také má ráda masáž bazální stimulací, při které se často uklidní a usíná. Děti v mateřské škole se nestraní, často ji zaujme jejich barevné a obrázkové oblečení. Prostředí mateřské školy na ní má pozitivní vliv.

Kazuistika č. 5

Věk: 6 let, chlapec

Zařazení: mateřská škola speciální

Diagnóza: Opožděný vývoj řeči, Porucha koncentrace pozornosti, nelze vyloučit PAS

Rodinná anamnéza: Matka, trpí na migrény. Otec zdrav.

Sourozenci: sestra 2 roky, zdravá, bratr 7 let, zdrav. V rodině žádné závažné onemocnění zjištěno nebylo.

Osobní anamnéza: Těhotenství bez komplikací, porod plánovanou sekci v 38. týdnu těhotenství. Plně očkovaný, kojení a kyčle v pořádku. Hračky sledoval a dokázal uchopit.

Rehabilitace Vojtovou metodou. Slova s významem nepoužívá, pouze neartikulované zvuky (piští, křičí). Má rád zvukové hračky, zaujme ho melodie.

Sociální chování:

Chlapec je hodně neklidný, moc si nehraje, hyperaktivní, často hází s věcmi a neudrzuje čistotu, ale není agresivního charakteru.

Závěr: Opožděný psychomotorický vývoj, řeč je oslabená v obou rovinách, porucha koncentrace pozornosti. Doporučen klidný, trpělivý a individuální přístup a také logopedickou intervencí. Respondent potřebuje často chválit a povzbuzovat. Důležité je pro něj vyvíjet oční kontakt a komunikaci s ostatními dětmi. Učit ho poděkovat, poprosit.

Aktivovat k různým činnostem, časté střídání aktivit, vhodná práce s fotografiemi (rodina, zvířata). Upevňování již nabytých či získaných dovedností s podporou motivace, dále učení novým dovednostem. Posilování pozitivní reakce, rozvíjet u chlapce pracovní úsilí a zájem a snahu.

Nacvičovat porozumění jednoho a víceúrovňového pokynu, rozvoj slovní zásoby aktivní i pasivní. Rozvoj grafomotoriku a vizuomotoriky.

4.5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka č. 1: Reagují kladně na ostatní děti v mateřské škole?

Kazuistika č. 1 / Respondent č. 1

ANO – Chlapec reaguje kladně na ostatní děti, v kolektivu není agresivní, je přístupný a usměvavý.

Kazuistika č. 2 / Respondent č. 2

ANO – Chlapec nereaguje kladně a ostatní děti nevyhledává, straní se jich.

Kazuistika č. 3 / Respondent č. 3

ANO – Dívka reaguje částečně kladně na ostatní děti, záleží na jejím momentálním rozpoložení.

Kazuistika č. 4 / Respondent č. 4

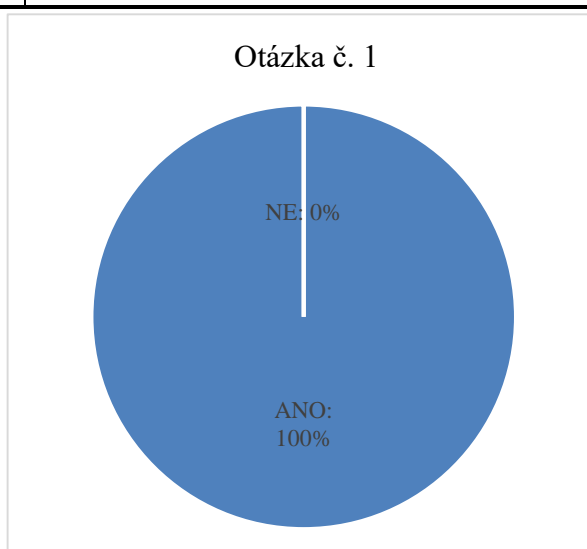
ANO – Dívka nereaguje kladně na ostatní děti, ale kolektivu se úplně nestraní.

Kazuistika č. 5 / Respondent č. 5

ANO – Chlapec reaguje na ostatní děti kladně, není agresivní vůči ostatním.

Tabulka 2 otázka č. 1

Otázka č. 1	
Respondent č.	odpověď ANO/NE
1	Ano
2	Ano
3	Ano
4	Ano
5	Ano



Graf 1 otázka č. 1

Otázka č. 2: Dokážou se bez problémů najíst?

Kazuistika č. 1 / Respondent č. 1

ANO – Respondent nejí příborem, ale lžící se dokáže sám najíst.

Kazuistika č. 2 / Respondent č. 2

ANO – Respondentovi vadí společné stravování, nosí si jídlo z domova.

Kazuistika č. 3 / Respondent č. 3

NE – Respondentka se nedokáže sama najíst, je krmena pedagogem nebo asistentem.

Kazuistika č. 4 / Respondent č. 4

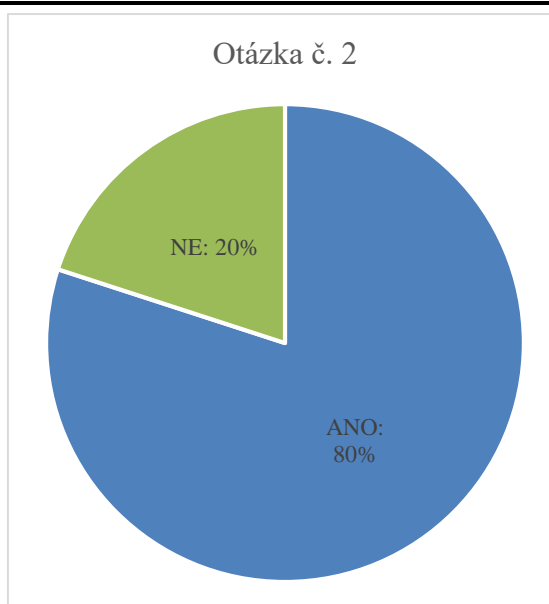
ANO – Ano, dotyčná se dokáže sama najíst, jí lžící.

Kazuistika č. 5 / Respondent č. 5

ANO – Respondent se dokáže sám najíst, zvládne se najíst i příborem.

Tabulka 3 otázka č. 2

Otázka č. 2	
Respondent č.	odpověď ANO/NE
1	Ano
2	Ano
3	Ne
4	Ano
5	Ano



Graf 2 otázka č. 2

Otázka č. 3: Zapojují se do společných aktivit a her?

Kazuistika č. 1 / Respondent č. 1

ANO – Ano, dotyčný se rád zapojuje do společných her a aktivit.

Kazuistika č. 2 / Respondent č. 2

NE – Ne, dotyčný se vůbec nezapojuje do společných her, naopak se strání kolektivu.

Kazuistika č. 3 / Respondent č. 3

ANO – Dotyčná se zapojuje částečně do společných her a aktivit, vzhledem ke své diagnóze.

Kazuistika č. 4 / Respondent č. 4

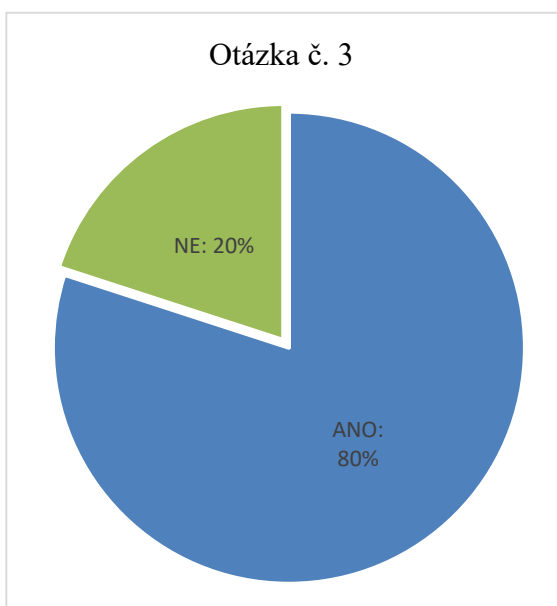
ANO – Do aktivit a her se zapojuje pouze částečně, je uzavřenější.

Kazuistika č. 5 / Respondent č. 5

ANO – Do aktivit a her se zapojuje velmi rád a často, je aktivní účastník.

Tabulka 4 otázka č. 3

Otázka č. 3	
Respondent č.	odpověď ANO/NE
1	Ano
2	Ne
3	Ano
4	Ano
5	Ano



Graf 3 otázka č. 3

Otázka č. 4: Je vidět velký pokrok či posun v komunikaci s ostatními dětmi nebo dospělými za dobu pozorování?

Kazuistika č. 1 / Respondent č. 1

ANO – Z předchozích pozorování (č. 1, č. 3) je vidět velký pokrok v komunikaci s dětmi i dospělými.

Kazuistika č. 2 / Respondent č. 2

NE – Je vidět velmi malý pokrok.

Kazuistika č. 3 / Respondent č. 3

ANO – Ano, je vidět velký pokrok

Kazuistika č. 4 / Respondent č. 4

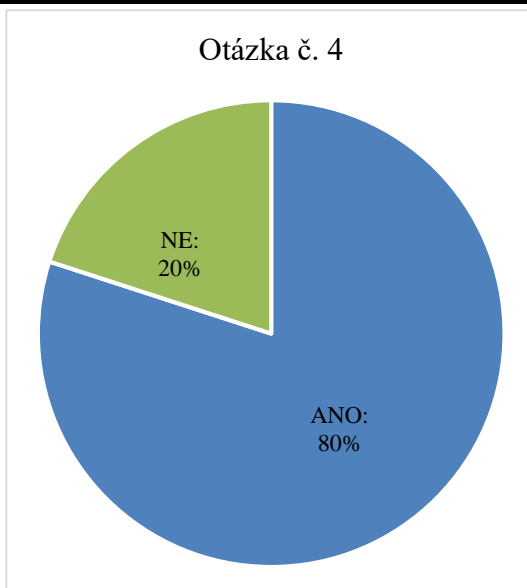
ANO – Ano, je vidět velký pokrok.

Kazuistika č. 5 / Respondent č. 5

ANO – Ano, je vidět velký pokrok.

Tabulka 5 otázka č. 4

Otázka č. 4	
Respondent č.	odpověď ANO/NE
1	Ano
2	Ne
3	Ano
4	Ano
5	Ano



Graf 4 otázka č. 4

4.6 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU, PROGNÓZA

Tabulka 6 Znevýhodnění

Kód	Znevýhodnění
00	Bez dalšího znevýhodnění
0M	Krátkodobé SVP, vyplívající ze zdr. stavu či jiných okolností, mimo 1M až 8T
0T	Dlouhodobé SVP, vyplívající ze zdr. stavu či jiných okolností, mimo 1M až 8T
1M	Lehké mentální postižení
1S	Středně těžké mentální postižení
1T	Těžké mentální postižení
1Y	Hluboké mentální postižení
2M	Mírné sluchové postižení, pokud vyžaduje PO
2S	Středně těžké sluchové postižení
2T	Těžké sluchové postižení
2Y	Neslyšící
3M	Mírné zrakové postižení, pokud vyžaduje PO
3S	Středně těžké zrakové postižení
3T	Těžké zrakové postižení
3Y	Nevidomí
4M	Mírné vady řeči, pokud vyžadují PO
4S	Středně závažné vady řeči
4T	Závažné vady řeči
5M	Mírné tělesné postižení, pokud vyžaduje PO
5S	Středně těžké tělesné postižení
5T	Těžké tělesné postižení
6M	Mírné poruchy chování, pokud vyžadují PO

6S	Středně závažné poruchy chování
6T	Závažné poruchy chování
7M	Mírné poruchy učení, pokud vyžadují PO
7S	Středně závažné poruchy učení
7T	Závažné poruchy učení
8J	Poruchy autistického spektra mimo dětského autismu se závažným odrazem do vzdělání
8M	Poruchy autistického spektra s mírným odrazem do vzdělávání žáka
8T	Dětský autismus se závažným odrazem do vzdělávání žáka

5 SHRNU TÍ

Na zodpovězení výzkumného úkolu bylo použito několik otázek. Otázky byly zodpovězeny na základě vlastního pozorování.

Zodpovězením první otázky bylo zjištěno, že čtyři z pěti dětí, se dokáží začlenit do kolektivu a nemají problém s komunikací nebo s ostatními osobami.

Zodpovězením druhé otázky bylo zjištěno, že tři děti se dokáží najíst samy, jedno dítě s pomocí a poslední má problém se stravou.

Zodpovězením třetí otázky bylo zjištěno, že dvě děti se zapojují do společných aktivit rády, jedno velmi zřídka vzhledem ke svému dalšímu handicapu a poslední dotazovaný se spíše straní a nezapojuje se.

Zodpovězením čtvrté otázky byl zjištěn u čtyř dětí velký pokrok v komunikaci a celkovém zlepšení sociability a posledního respondenta pokrok nebyl téměř žádný.

Shrnutím výsledků bylo zjištěno, že většina dětí s diagnózou PAS nebo dětský autismus, se dokáže i přes své postižení začlenit do kolektivu a dění kolem sebe, dokáží se, někteří alespoň minimálně, přizpůsobit svému okolí a přijmout běžný životní styl.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřená na problematiku poruch autistického spektra a další poruchy s nimi spojené. Smyslem bylo přiblížit se k těmto dětem, či osobám, snažit se je pochopit, vžít se do jejich světa.

Děti, které jsou autismem postižené, patří k jednomu z nejnáročnějších problémů a samozřejmě je to velká výzva pro rodiče, kteří s nimi každý den prožívají různá úskalí, starosti, ale také občasné radosti, a samozřejmě pro pedagogy, kteří s nimi pracují v mateřské škole a snaží se jim předat ze svých odborných znalostí a zkušeností vše, co by bylo alespoň trochu nápomocné a přínosné pro jejich lepší se rozvoj a posun v mnoha směrech.

Teoretická část je zaměřená na odbornou literaturu, z které jsem čerpala informace a poznatky. Pomocí parafrází jsem se snažila přiblížit k dané problematice a vysvětlit odborné pojmy spojené s dětským autismem či poruchami autistického spektra.

Praktická část bakalářské práce byla založena na vlastním pozorování, ve formě kazuistik několika dětí z mateřské speciální školy, které mají ve většině případů diagnostikovanou poruchu autistického spektra nebo dětský autismus.

V uplynulých třech letech jsem měla možnost, vždy v určitém časovém období, tyto děti sledovat a vidět jejich vývoje a pokroky, dále po dobu tří měsíců jsem je sledovala intenzivněji a snažila se zjistit příčiny jejich poruch a zda mají naději na zapojení se do společnosti a jestli jsou připraveni na povinnou školní docházku.

I přesto, že diagnóza porucha autistického spektra je jednoznačně dána u několika osob nebo dětí, přístup je vždy ke každému jiný a individuální. To co platí u jednoho, nemusí vždy platit na druhého. Každý člověk je jedinečný, a proto i přístup ke každému z nich by měl být jiný a výjimečný.

Tento postup nelze zjistit hned, samozřejmě je delší poznávání, pozorování a komunikace se správným přístupem, až poté lze určit dobrý vztah např. pedagog a dítě.

Díky svému pozorování mohu konstatovat, že výzkumný úkol, který jsem si položila na začátku mé práce, byl zodpovězen kladně. Vzhledem k možnosti mého dlouhodobého kontaktu a intenzivnějšího krátkodobého pozorování, mohu konstatovat, že vzhledem speciálnímu a odbornému přístupu pedagogů, se tyto děti dokáží zlepšovat a začleňovat do kolektivu.

Práce s dětmi s poruchou autistického spektra je dlouhodobou záležitostí a není vůbec snadná. Měli bychom si uvědomit, že se jedná o investici do budoucna, neexistuje žádná jedna daná metoda k nápravě, jedná se o obětavou, neustálou a často i vyčerpávající práci rodičů, odborníků a pedagogů. Jejich vzájemná spolupráce je velice důležitá a ve většině případů vede alespoň k určitému úspěchu.

Důležitost také spočívá v rodině a zázemí, ve kterém dotyčný jedinec žije. Vlídny, trpělivý, částečně i odborný, ale také důrazný a lehce zásadový přístup je velice přínosný a podstatně důležitý ke zlepšení sociability, komunikace a postupného zlepšování vývoje.

Cíl mé práce byl splněn.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BAZALOVÁ, B., *Autismus v edukační praxi*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1195-2

HÁJKOVÁ, V. STRNADOVÁ, I., *Zředený život*. Praha, 2011. ISBN 978-80-904464-1-0

HOWLIN, P., *Autismus u dospívajících a dospělých*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-499-1

HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9

KOLEKTIV AUTORU, *Jak vypracovat bakalářskou a diplomovou práci*. Ujak. Praha, 2015. ISBN 978-80-7452-106

MÜLLER, O., a kol., *Terapie ve speciální pedagogice*. Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7

SLOWIK, J., *Speciální pedagogika*. Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3

RICHMAN, S. *Výchova dětí s autismem*. Praha: Portál, 2006. ISBN 978-80-262-0984-3

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

THOROVÁ, K., *Poruchy autistického spektra*. Praha, 2006. ISBN 80-7367-091-7

VÍTKOVÁ, M., *Integrativní speciální pedagogika*. Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9

VOCILKA, M., *Autismus a možnosti výchovné praxe*. Praha, 1996. ISBN 80-85801-58-2

SEZNAM ZKRATEK

ADHD Syndrom poruchy pozornosti spojený s hyperaktivitou

ATIC Asociace turistických informačních center

APLA Asociace pomáhající lidem s autismem

PAS Poruchy autistického spektra

DA Dětský autismus

RS Rettův syndrom

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1 Přehledná tabulka organizace mateřské školy speciální	33
Tabulka 2 otázka č. 1	40
Tabulka 3 otázka č. 2	41
Tabulka 4 otázka č. 3	42
Tabulka 5 otázka č. 4	43
Tabulka 6 Znevýhodnění	44

Seznam grafů

Graf 1 otázka č. 1	40
Graf 2 otázka č. 2	41
Graf 3 otázka č. 3	42
Graf 4 otázka č. 4	43

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - foto	I
Příloha č. 2 - foto	II
Příloha č. 3 - foto	III
Příloha č. 4 - foto	IV
Příloha č. 5 - foto	V
Příloha č. 6 - foto	VI
Příloha č. 7 - informovaný souhlas	VII
Příloha č. 8 - informovaný souhlas	VIII



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Příloha č. 6 - foto



Zdroj: vlastní

Příloha č. 7 - informovaný souhlas

SOUHLAS RODIČE

Jméno dítěte: ANDRĚJ BUDĚJSKÝ

Souhlasím s nahlédnutím do pedagogických i lékařských zpráv mého dítěte, evidovaných v MŠS Žatec, za účelem zpracování odborné publikace (bakalářská práce). ANO/NE

Souhlasím s publikováním fotografií mého dítěte v MŠS Žatec v odborné publikaci (bakalářská práce). ANO/NE

Souhlas je udělen výhradně pro osobu, která zpracovává odbornou publikaci (bakalářskou práci), jedná se o studentku UJAK Ivanu Kvasničkovou, nar. 6.4.1983. ANO/NE

Shora uvedený souhlas je podmíněn plnou anonymizací veškerých osobních údajů, jakož to i jména a příjmení konkrétního dítěte. ANO/NE

V Žatci, dne 10.1.2012

Budějská
.....
podpis zákonného zástupce (rodiče)

Zdroj: MŠ speciální Žatec

Příloha č. 8 - informovaný souhlas

SOUHLAS RODIČE

Jméno dítěte: NATALIE BALOGOVÁ

Souhlasím s nahlédnutím do pedagogických i lékařských zpráv mého dítěte, evidovaných v MŠS Žatec, za účelem zpracování odborné publikace (bakalářská práce). ANO/NE

Souhlasím s publikováním fotografií mého dítěte v MŠS Žatec v odborné publikaci (bakalářská práce). ANO/NE

Souhlas je udělen výhradně pro osobu, která zpracovává odbornou publikaci (bakalářskou práci), jedná se o studentku UJAK Ivanu Kvasničkovou, nar. 6.4.1983. ANO/NE

Shora uvedený souhlas je podmíněn plnou anonymizací veškerých osobních údajů, jakož to i jména a příjmení konkrétního dítěte. ANO/NE

V Žatci, dne 11.1.2022

Radka

podpis zákonného zástupce (rodiče)

Zdroj: MŠ speciální Žatec