UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA

bakalářské kombinované studium
2009 – 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Lucie Rapantová

Dětský autismus

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Josef Novotný, CSc.

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Combined Studies
2009 - 2012

BACHELOR THESIS

Lucie Rapantová

Children autism

Prague 2012

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Josef Novotný, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská 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 použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 7.3. 2012 *Lucie Rapantová* .....

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu bakalářské práce PhDr. Josefovi Novotnému, CSc. za odborné vedení, pomoc, cenné rady a připomínky, při zpracování této práce. Dále ředitelkám mateřské školy Mgr. Marii Marxtové (do r. 2011), Mgr. Janě Dvořákové (od r. 2012), svým kolegyním a rodičům autistického chlapce za poskytnutí relevantních informací.

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá pohledem na dětský autismus, popisuje jeho základní charakteristiky, jako jsou např. pravděpodobné příčiny vzniku, projevy, různorodost poruch autistického spektra, chování postižených dětí, možnosti terapie a výchovného působení rodiny a školních zařízení na dětské autisty. Dále je zde pojednáno o historickém vývoji přístupu k dětskému autismu a pohledu na dětský autismus dříve a v současnosti. V bakalářské práci jsou zahrnuty i osobní zkušenosti s autistickým chlapcem (sledovaný vzorek), je zde uvedena kazuistika a vlastní pozorování sledovaného vzorku s následným zhodnocením výchovného působení školského zařízení a osobní asistence na vývoj sledovaného vzorku.

Klíčové pojmy:

Aktivita, aplikovaná behaviorální analýza, Aspergerův syndrom, autismus, autistické kontinuum, autistické spektrum, bazální stimulace, deprese, dětský autismus, denní režim, diagnostické triáda, dyslexie, charakteristické projevy, integrace, Kannerův dětský autismus, komunikace, léčba, myšlení, orientace, PAS, pervazivní vývojové poruchy, program včasné intervence, předškolní vzdělávání, předškolní péče, Rettův syndrom, organizace APLA, sociální interakce, včasná intervence, hyperprotektivita, TEACCH program, rodina, obranný mechanismus, raná péče, symptomy, terapie, vizualizace, vývoj a změny přístupů k dětskému autismu a zájmy .

Anotation:

This thesis deals with the view of autism, describes its basic characteristics, such as probable causes, symptoms, heterogeneity of autism spectrum disorders, behavior of children with disabilities, educational opportunities and exposure therapy, family and school facilities for autistic children. There is also dealt with the historical development of access to the children's view of autism and autism earlier, and the present. The thesis also includes personal experiences with an autistic boy (reference sample), there is mentioned a case report and personal observation of the reference sample with subsequent evaluation of the educational impact of school facilities and personal assistance for the development of the reference sample.

Keywords:

Activity, applied behavioral analysis, Asperger syndrome, autism, autistic continuum, autistic spectrum, basal stimulation, depression, children autism, daily routine, diagnostic triad, dyslexia, characterized by symptoms, integration, Kanner´s children autism, communication, treatment, thinking, PAS, orientation, autism, pervasive developmental disorders, early intervention program, preschool education, childcare, Rett syndrome, APLA organization, social interaction, early intervention, hyperprotectivity, TEACCH program, family, defense mechanism, early care, symptoms, therapy, visualization, development and changes approaches to childhood autism, interests.

OBSAH

ÚVOD…… 10
1. PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA (PAS) 12
1.1 Vymezení pojmu poruchy autistického spektra 12
1.2 Charakteristické projevy, deficity a chování u dětí s PAS 13
1.2.1 Diagnostická triáda 13
1.2.2 Projevy ve vztazích k lidem 14
1.2.3 Projevy v oblasti komunikace 15
1.2.4 Projevy v oblasti opakujících se zájmů a aktivit 16
1.2.5 Projevy v oblasti motoriky 18
1.2.6 Projevy v oblasti myšlení 18
1.2.7 Projevy v emocionální oblasti 18
1.2.8 Projevy v oblasti vnímání 19
1.2.9 Projevy v oblasti aktivity a pozornosti 19
1.2.10 Projevy v oblasti chování a adaptability 20
1.3 Klasifikace autismu 21
1.3.1 Dětský autismus F 84.0 21
1.3.2 Atypický autismus F 84.1 21
1.3.3 Rettův syndrom F 84.2 22
1.3.4 Jiná dezintegrační porucha v dětství F 84.3 22
1.3.5 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací F 84.4 22
1.3.6 Aspergerův syndrom F 84.5 23
1.3.7 Pervazivní poruchy jiné F 84.8 23
1.3.8 Nespecifikované poruchy F 84.9 23
1.4 Historický vývoj péče o lidi s autismem v České republice 24
2. VÝCHOVA DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU 28
2.1 Legislativní pohled 28
2.2 Program včasné intervence 28
2.3 Základní nástroje programu včasné intervence 29
2.4 Postup při implementaci programu včasné intervence 29
2.5 Předškolní péče 30
2.6 Typy předškolních zařízení pro postižené PAS 31

2.7 Systém práce ve třídě pro děti s PAS v MŠ 32
2.7.1 Prostorové uspořádání třídy pro děti s PAS 32
2.7.2 Prostorová vizualizace 33
2.7.3 Časová vizualizace 33
2.7.4 Vizualizace doby trvání vlastní činnosti 34
3. VÝCHOVA V RODINĚ 35
3.1 Reakce rodiny na postižení 35
3.1.1 Fáze období zjištění diagnózy 36
3.1.2 Fáze zapojení obranných mechanismů 36
3.1.3 Fáze deprese 37
3.1.4 Fáze kompenzace (realistická) 37
3.1.5 Fáze životní rovnováhy a přebudování hodnot 37
4. SOUČASNÉ MOŽNOSTI LÉČBY A VZDĚLÁVACÍ METODY 39
4.1 TEACCH program 39
4.2 Bazální stimulace 41
4.3 Aplikovaná behaviorální analýza 41
4.4 Využití terapií u dětí s PAS 42
4.4.1 Muzikoterapie 42
4.4.2 Metoda Son Rise 43
4.4.3 Arteterapie 44
4.4.4 Canisterapie 44
4.4.5 Hipoterapie 45
5. CÍL PRŮZKUMU 46
5.1 Informace od chlapcovo matky 46
5.2 Pozorování chlapce v časovém sledu 47
6. CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO VZORKU 50
6.1 Rodinná anamnéza 50
6.2 Osobní anamnéza 50
6.3 Školní anamnéza 51
6.4 Logopedické vyšetření ze dne 22.11.2010 51
6.5 Diagnóza ze dne 27.8.209 52

SHRNUTÍ……..……...53
ZÁVĚR……..……...55
SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ……...57
SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ……60
PŘÍLOHY…….……..I

Motto:

„Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepronikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emocí. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá“ *(Jim Sinclair in Thorová, 2006, s. 33).*

ÚVOD

Každá biologická společnost je složena převážně z jedinců zdravých, avšak i z jedinců nemocných a z jedinců s různou mírou postižení. Dnešní moderní lidská společnost naštěstí nabízí osobám s postižením všestrannou pomoc, tak aby se mohly v maximální míře a s ohledem na charakter jejich handicapu začlenit do běžné společnosti. Společnost již tyto osoby v současnosti neschovává, nevyřazuje je nebo je dokonce ani neodstraňuje, jak tomu bylo v dobách minulých. Naopak dochází k jejich postupné pedagogické, pracovní a sociální integraci do běžné společnosti. K dosažení tohoto cíle je nezbytné poskytnout těmto osobám odbornou a zejména včasnou podporu při jejich postupném začleňování do společnosti.

V oblasti speciálně pedagogické péče o osoby s autismem je důležitým prvkem proces vzdělávání, s nímž je optimální začít již v předškolním věku u dětí s projevy autismu a nastavit jej vždy podle individuálních potřeb a podle míry postižení.

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou dětského autismu z pohledu pedagogické asistentky. V této profesi pracuji již čtvrtým rokem v mateřské škole na Praze 2, kde poskytuji asistenci v současné době již šestiletému chlapci Hugovi. Vzhledem k zájmu o práci v mateřské škole a zákonné potřebě doplnění si vzdělání v tomto oboru jsem se rozhodla studovat speciální pedagogiku na UJAK a s tím i související výběr tématu bakalářské práce.

V práci jsou uvedeny základní teoretické poznatky související zejména s dětským autismem, jsou zde podrobněji popsány jeho jednotlivé charakteristické projevy v různých oblastech chování, dále obsahuje mezinárodní klasifikaci autistických poruch v platné revizi (MKN-10) a popisuje i historii vývoje o lidi s autismem v České republice.

Další kapitola práce se zabývá problematikou výchovy předškolních dětí s autismem, počínaje legislativním pohledem a pokračujíce popisem základních vzdělávacích nástrojů jako je zejména program včasné intervence a jeho implementace. Současně jsou popsány i jednotlivé typy předškolních zařízení se zaměřením na speciální mateřské školy pro děti s autismem a jejich vzdělávací nástroje.

Následně je zmíněna i problematika výchovy v rodině autistického jedince, popsána jsou různá časová stádia odrážející reakce rodiny na postižení svého dětského člena a uvedeny jsou současné možnosti terapií a s nimi související vzdělávací metody.

Praktickým cílem práce je ukázat na zkoumaném vzorku nasazení základních vzdělávacích metod, zejména tedy využití programu včasné intervence v předškolním zařízení a v rodině. Částečně je zde i zhodnoceno působení pedagogické asistentky na zkoumaný vzorek a uvedena kazuistika.

Práce by měla být pomůckou zejména pro osoby přímo pracujícími s dětmi postiženými různými stupni autismu (pedagogické asistentky, osobní asistentky, učitelky apod.), tak aby tito specialisté dokázali ve spolupráci s lékaři a rodiči navrhnout vhodný individuální vzdělávací postup pro jednotlivé postižené děti.

1. PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA (PAS)

1.1 Vymezení pojmu poruchy autistického spektra

Autismus (odvozeno od řeckého slova „autos = sám“) je starší a již poměrně značně zažitý zkrácený název pro širokou škálu poruch, které jsou v posledních letech souhrnně a nověji označovány společným zastřešujícím názvem „pervazivní vývojové poruchy (PDD, Pervasive Developmental Disorders) anebo jako autistické spektrum - ASD, Autistic Spectrum Disorders (Ošlejšková, 2008).

Moderní pojetí poruchy označuje ve snaze vystihnout bohatou kvantitativní i kvalitativní škálu kombinovaného postižení „autistické spektrum“ také jako „autistické kontinuum“. Autismus je tedy v současné době zařazen mezi pervazivní vývojové poruchy organické povahy. Vývoj jedince probíhá odlišným způsobem od jedince zdravého a postižení se promítne do všech oblastí života (pervazivní postižení) (Hrdlička, Hort, 2001).

Novější názvy lépe vystihují různorodost mnohočetných a skutečně „všepronikajících = pervazivních“ postižení kognitivních, emočních a neurobehaviorálních funkcí, které zahrnují tři hlavní okruhy klinických projevů, kterými jsou: deficity v sociálním chování, nedostatky ve verbální a neverbální komunikaci a omezené repetitivní schéma chování i zájmů (Thorová, 2006).

Pojmu autismus bylo použito poprvé v roce 1911 ve Švýcarsku psychiatrem Eugenem Bleuberem, který ho použil při popisu symptomů schizofrenie. Nazval autismem egocentrické myšlení, které je typické pro schizofrenii – tedy stažení se z reálného světa a ponoření se do vlastního nesrozumitelného světa nemoci (Hrdlička, 2003).

1.2 Charakteristické projevy, deficity a chování u dětí s PAS

Rané znaky autismu se mohou projevit již v prvních měsících života dítěte. Autistické děti se projevují snahou izolovat se od svých vrstevníků, vyhýbat se fyzickému kontaktu, či doteku a být skleslé a strnulé po zvednutí či pokusu o pomoc. Autistické děti nevyspívají stejně rychle jako děti zdravé. Zdravé dítě si začíná uvědomovat předměty okolo sebe (ukazuje na ně), začíná verbálně i neverbálně komunikovat se známými osobami v jeho blízkosti (rodiče, sourozenci, prarodiče apod.) ještě před prvním rokem života, avšak u dětí s autismem se toto chování vyvíjí mnohem později. Ve velmi nízkém věku ještě tyto příznaky mohou zůstat bez povšimnutí rodičů i lékařů, ale ve dvou až třech letech již začíná být zřejmé, že něco není úplně v pořádku.

Chování a projevy poruch autistického spektra jsou u jednotlivých jedinců vzájemně různorodé, jsou všeobecně závislé na časové ose vývoje dítěte a samozřejmě závisí na celkové úrovni mentálního handicapu. Dá se však říci, že všeobecně jde o hlubší poruchu vývoje v oblasti sociální interakce a komunikace, než by odpovídalo mentálnímu věku dítěte. Je to základní deficit, na jehož základě se odlišuje autismus od jiných vývojových poruch, mezi které patří např. poruchy řeči, specifické poruchy učení (různé druhy dyslexií), poruchy aktivity (syndrom ADHD) a pozornosti (Thorová, 2006).

1.2.1 Diagnostická triáda

A. Sociální interakce
(sociální dovednosti uplatňované vůči blízkým i cizím lidem a vrstevníkům)

B. Komunikace
(potíže v oblasti řeči, omezená mimika gestikulace)

C. Představivost
(hra, volný čas a používání předmětů, schopnost pružně reagovat)

U poruch autistického spektra se mezi stěžejní ukazatele řadí vždy kombinace charakteristických projevů, tzv. „diagnostická triáda“ (viz. rozdělení na A,B,C výše). Poruchy autistického spektra diagnostikujeme vždy na základě celkového chování v několika specifických oblastech, nikdy ne na základě jednoho nebo dvou projevů. U posuzovaného případu se samozřejmě mohou navíc vyskytovat dílčí symptomy, avšak ani jejich přítomnost či nepřítomnost není pro diagnózu stěžejní. V následujících odstavcích jsou podrobněji uvedeny různé charakteristické projevy, resp. kritéria určení tohoto postižení roztříděná na jednotlivé problémové oblasti (Thorová, 2008).

V dnešní době se nejčastěji užívá 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí, vydávaná Světovou zdravotnickou organizací. „K diagnóze je potřebných minimálně 6 symptomů a to nejméně 2 symptomy z odstavce A, minimálně 1 symptom z odstavce B a nejmíň 1 symptom z odstavce C.“ (Mühlpachr, in Vítková, 2001, s. 333).

1.2.2 Projevy ve vztazích k lidem

Typ osamělé sociální interakce

- je zde evidentní nezájem o druhé osoby a společnou činnost
- je nejraději o samotě, ignoruje
- na navázání kontaktu velmi slabě reaguje
- základní sociální dovednosti (sociální úsměv, fyzický kontakt, radost nebo oční kontakt) může, ale i nemusí uplatňovat

Typ pasivní sociální interakce

- vyšší sociální dovednosti obvykle chybí (prosba o pomoc, spontánní rozvíjení společných aktivit nebo poskytnutí útěchy)
- obvykle nechápe jednoduchá pravidla sociální interakce
- pasivně přistupuje k lidem, spíše krátkodobý kontakt
- rádo pozoruje, ale nesnaží se příliš navázat kontakt s vrstevníky
- dominuje naivita, má rádo fyzický kontakt

Typ aktivní-zvláštní sociální interakce

- aktivně, avšak nepřiměřeně navazuje kontakt, provokuje, nedokáže odhadnout sociální normu
- může být agresivní
- klade nevhodné dotazy
- navazuje příliš osobní nebo zvláštní kontakt s neznámými lidmi

Potíže se začleněním mezi vrstevníky

- má potíže s dodržováním pravidel
- nezvládá kolektivní hru
- někdy vstupuje do kontaktu velmi nevhodně (např. šikanou, agresí aj.)
- pro odlišné chování není ostatními přijímán
- je často obětí šikany

(Thorová, 2008)

1.2.3 Projevy v oblasti komunikace

Potíže v řečovém vývoji

- opožděný vývoj řeči, dysfázie
- nemluví, nebo mluví velmi málo
- může a nemusí reagovat na řečové pokyny

Omezená mimoslovní komunikace

- zhoršený oční kontakt
- minimálně používá ukazování
- chudší gesta a mimika
- nekývne na souhlas

Jednostranná komunikace

· nezajímá se o potřeby a zájmy posluchače
· mluví hlavně o svých tématech
· dává banální otázky, popř. nedává žádné

Omezené praktické používání komunikace

· problémy s oslovením, s vyjádřením prosby a se společenskou konverzací
· nepřizpůsobí komunikaci sociální situaci
· používá společensky nevhodné výroky, vulgarity, potíže s vykáním, s pozdravem a se zdvořilostí
· obtížně vyjadřuje své pocity

Zvláštní projevy v řeči

· mluví si pro sebe, špatně řadí slova
· lpí na určitých výrazech
· mluví mimo kontext
· mechanicky opakuje slyšené (reklamy, úryvky pohádek apod.)
· má potíže s gramatickou strukturou
· nepoužívá rozvitá souvětí
· tendence stále něco opakovat dokola

(tamtéž, s.8)

1.2.4 Projevy v oblasti opakujících se zájmů a aktivit

Zvláštní zájmy

· projevuje zájem o specifická témata-např. mapy, popelnice, reproduktory, dopravu, sifony, klíče, písmena, číslice, čas, hodiny aj..
· nemá schopnost věnovat se jiným aktivitám
· projevy odlišnosti zájmů, např. v kreslení nebo v mluvě

Stereotypní manipulace s předměty

· řadíme sem např. pouštění vody, házení s věcmi, zavírání zásuvek, bouchání, ťukání, roztáčení a pootáčení předmětů
· nedokáže zacházet správně s předměty podle jejich funkce
· s hračkami si nehraje správně
·

Obliba symetrie a řádu

· snaha zarovnávat různé nepřesnosti a dávat věci přesně na svá místa
· skládá předměty do rovin nebo do řad, kreslí nebo sestavuje různé obrazce

Encyklopedické a akademické zájmy

· mívá jednostranné nadání, ostatní schopnosti se vyvíjejí nerovnoměrně
· mívá nadprůměrný intelekt
· velmi brzy umí rozeznávat písmena a číslice, značky aut, umí brzy počítat a číst
· zajímá se více o fakta než o rozvíjení své fantazie
· mívá v oblibě astronomii, dinosaury, zvířecí a rostlinnou říši, techniku, počítače, sportovní výsledky

Fixace na předměty

· je velmi závislý na nějakém předmětu (stále ho má u sebe, ztráta může vyvolat afekt)
· předmětem je většinou hračka, ale někdy i netradiční věc, např. rukavice, pružina, křeslo

Stereotypní a opakující se činnosti

· stále stejně dokola opakuje nějaký pohyb, či manipulaci s předměty (otvírá a zavírá zásuvky, cvaká vypínačem, popojíždí autíčkem)
· zákaz nebo přerušení těchto činností může vyvolat záchvaty vzteku, nebo nelibost
· stereotypie se projevuje i v myšlení a řeči, dítě neumí změnit téma (tamtéž, s.10)

1.2.5 Projevy v oblasti motoriky

Zvláštní pohyby

· třepe prsty, chodí po špičkách, ruce nastavuje do zvláštních poloh, otáčí se dokola, opakuje tleskání a poskakování
· vyskytuje se i zvláštní nachýlená chůze, stereotypní simulační sebezraňování

Motorická neobratnost

· je zřejmá hlavně v oblasti jemné motoriky (zřídka i hrubé)
· potíže s koordinací pohybů a psaním
· někdy bravurně zvládá automatizované činnosti, v nových je ale velmi neobratné

(tamtéž, s.11)

1.2.6 Projevy v oblasti myšlení

Problémy s učením, myšlením a plánováním

· Velmi slabá schopnost plánování aktivit a organizace činností
· Obtížně a dlouho se učí novým věcem, vývoj skoky
· Velké potíže s orientací (někteří)
· Snížená schopnost zobecňovat a oddělovat podstatné od nepodstatného
· Potíže při souběžném vykonávání více věcí najednou, bývá silně sekvenční
· Snížená samostatnost a větší míra závislosti

(tamtéž, s.11)

1.2.7 Projevy v emocionální oblasti

Černý pohled na svět

· sebelítost, sebepodhodnocování, smutná nálada, rozmrzelost, deprese, tenze
· obviňuje sebe i okolí, stěžuje si, podezřívá až paranoidně

Nepřiměřená emotivita

· neadekvátně pláče, směje se nepřiměřeně
· příliš silně emočně reaguje
· trpí specifickými strachy nebo celkovou úzkostí
· bývá nervózní s náchylností ke stresu
· špatná orientace ve vlastním emočním prožívání a u druhých

Prudké afektivní stavy

· rychlé střídání nálad, celková náladovost, nízká frustrační tolerance, agresivita, podrážděnost, sebezraňování, záchvaty vzteku, zkratové jednání

(tamtéž, s.12)

1.2.8 Projevy v oblasti vnímání

Autostimulační percepční činnosti

· Dlouze pozoruje různé předměty nebo činností
· Oťukává nebo očichává předměty
· Vyluzuje odposlouchané zvuky
· Dává věci do úst, olizuje je

Potíže se smyslovou integrací, přecitlivělost na smyslové podněty

· vadí mu hluk nebo některé specifické zvuky
· zvláštně reaguje na smyslové podněty
· na bolest reaguje málo anebo naopak přecitlivěle
· panická reakce z odrazů světel, z ostrého slunce
· odmítavé reakce na doteky nebo specifické čichové vjemy (tamtéž, s.13)

1.2.9 Projevy v oblasti aktivity a pozornosti

· projevuje se u něj psychomotorický neklid, těžko se usměrňuje

· bývá hyperaktivní, polehává, odmítá činnosti vyžadující soustředění
· delší čas věnuje jen činnostem, které ho vnitřně motivují
· věnuje pozornost nepodstatným detailům, to důležité mu uniká
(tamtéž, s.13)

1.2.10 Projevy v oblasti chování a adaptability

Snížená adaptibilita
· neschopnost obstát ve škole či v zaměstnání
· obtížně se přizpůsobuje normálním životním situacím
· velmi dlouho a s problémy si zvyká na režim školky nebo školy
· snadno podléhá stresu
· snadno unavitelný

Obtíže ve výchově
· je v opozici, nedbá pokynů, nefungují běžné výchovné metody, vše neguje
· má sníženou schopnost sebekontroly, nepředvídá nebezpečí

Nepružná či nelibá reakce na změny
· má rád dodržování posloupnosti činností
· nepružně nebo i nelibě reaguje na změny
· bývá zmatený při přechodech mezi činnostmi nebo v nové situaci
· preferuje stálost prostředí, oblečení, způsobů činností
· rád dodržuje rituály

Problémy ve fyziologických procesech
· mívá potíže se spánkem (málo spí, budí se, nemůže usnout) a jídlem (vybíravost, nechutenství, zácpy) (tamtéž, s.14)

1.3 Klasifikace autismu

Mezinárodní klasifikace nemocí v platné revizi (MKN-10) rozděluje pervazivní vývojové poruchy na:

1.3.1 Dětský autismus F 84.0

Klasická varianta autistického postižení s výraznými symptomy ve všech oblastech triády. Narušený vývoj se obvykle projeví před věkem tří let. Dítě nesnáší změny, mívá specifickou příchylnost k neobvyklým předmětům, trvá na vykonávání zvláštních rutin při rituálech nefunkčního charakteru. Komunikace je silně narušena, někdy tyto děti vůbec nemluví, nejsou schopné konverzovat, opakují věty nebo celá slova. Chybí přátelské emoční reakce, pohled do očí, dítě se bojí neškodných věcí, má záchvaty vzteku a agrese, samo se zraňuje (např. kousání zápěstí, fackování se, bouchání se do hlavy, či hlavou o zeď). Chybí spontaneita a tvořivost při hře. Objevují se abnormální smyslové reakce. Dítě bývá extrémně uzavřené, neprojevuje zájem o děti ani dospělé. Přibližně u 80 % postižených je přidružena mentální retardace, polovina nezíská nikdy funkční řeč, asi u jedné třetiny se vyskytuje současně epilepsie (Gilbert, Peeters 2003).

1.3.2 Atypický autismus F 84.1

Liší se od dětského autismu buď dobou vzniku (je zřejmý až po dosažení tří let věku dítěte) nebo nejsou naplněny základní znaky autistického chování (nesplnění všech tří okruhů diagnostických kritérií). Je častý u výrazně retardovaných jedinců (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

1.3.3 Rettův syndrom F 84.2

Jde o syndrom postihující dívky. Charakteristický je normální, či téměř normální časný vývoj, následovaný ztrátou řeči přibližně mezi sedmým a dvacátým čtvrtým měsícem života, ztrátou manuálních dovedností (ztráta schopnosti používat účelně ruku) a zpomalením růstu hlavy. Později se vyvíjí skolióza nebo kyfoskolióza. U většiny dívek se objevují epileptické záchvaty (tamtéž, s.134)

1.3.4 Jiná dezintegrační porucha v dětství F 84.3

Je charakteristická počátečním obdobím normálního vývoje, následovaném poměrně rychlou ztrátou (během několika měsíců) dříve získaných dovedností. Diagnóza vyžaduje klinicky významnou ztrátu dovedností alespoň ve dvou z následujících oblastí: expresní nebo receptivní řeč, hra, sociální dovednosti nebo adaptační chování, kontrola defekace, motorické dovednosti. Dále pak kvalitativně abnormální sociální fungování, které je zřejmé nejméně ve dvou z následujících oblastí: kvalitativní abnormality v reciproční sociální interakci, kvalitativní abnormality v komunikaci, omezení, opakující se stereotypní vzorce chování, zájmů a aktivit (včetně motorických stereotypů a manýrování), celková ztráta zájmu o předměty a okolí (Pipeková, 2006).

1.3.5 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací F 84.4

Jedná se o vágně definovanou poruchu, která sdružuje hyperaktivní syndrom, mentální retardaci a stereotypní pohyby (nebo sebepoškozování). V adolescenci má hyperaktivita tendenci být nahrazena hypoaktivitou, což právě u pravé hyperkinetické poruchy není obvyklé. Nevyskytuje se sociální narušení autistického typu (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

1.3.6 Aspergerův syndrom F 84.5

Tento typ vývojové poruchy popsal už v roce 1944 Hans Asperger a syndrom nese jeho jméno. Patří sem postižení s normální, někdy i nadprůměrnou inteligencí, některé funkce hlavně v oblasti sociálních vztahů jsou však narušeny způsobem, který je typický pro klasický autismus. Abnormality v komunikaci nebývají tak výrazné jako u dětského autismu, většina postižených komunikuje verbálně zcela bezchybně, řeč však působí velmi konvenčně až pedanticky, postižený selhává v praktické každodenní komunikaci. Typické jsou zvláštní zájmy, které bývají postiženým intenzivně studovány a znalosti v úzkém oboru jsou mnohdy úplně vyčerpávající. Největším problémem pro tento typ postižení je neschopnost navazovat reciproční sociální vztahy. Egocentrismus, sociální naivita, neschopnost spolupracovat s vrstevníky, rigidní myšlení, šokující poznámky jsou často překážkou začlenění postiženého do společnosti (Vítková, 2004).

1.3.7 Pervazivní poruchy jiné F 84.8

Poruchy, které obsahují některé prvky artistické symptomatologie, ale nesplňují všechna kritéria autismu, Aspergerova syndromu či dětské dezintegrační poruchy (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

1.3.8 Nespecifikované poruchy F 84.9

Postižení, kteří vykazují tři nebo více symptomů a nesplňují kritéria pro autismus, Aspergerův syndrom, dětskou dezintegrační poruchu či jinou poruchu příbuznou autismu, mohou být diagnostikovány jako osoby s autistickými rysy. Tyto autistické rysy mívají mnohé děti s poruchou pozornosti a těžkou motorickou neobratností. Také mnozí postižení s mentální

retardací nesplňující kritéria pro autismus trpí poruchou příbuznou autismu či autistickými rysy (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

1.4 Historický vývoj péče o lidi s autismem v České republice

Do roku 1989 byla problematika zabývající se autismem na nepříliš vysoké úrovni. Jednou z mála výraznějších osobností totalitního období byla česká psychiatrička Růžena Nesnídalová, která v roce 1973 významně zvýšila podvědomí o autismu ve své knize „Extrémní osamělost“. Popisuje zde kazuistiky vybraných pacientů ze své praxe. Při diagnostice se opírala o diagnostická kritéria Kannerova časného dětského autismu, jak v knize uvádí. Mezi tisíci dětmi, vyšetřenými v průběhu let 1961-1973, bylo šest dětí, které tato kritéria naplnily. Rodiče, jejichž děti byly diagnostikovány do roku 1989, uvádějí několik jmen dětských psychiatrů, avšak nikdo další, kromě Růženy Nesnídalové, se této problematice hlouběji nevěnoval.

Po sametovém převratu v roce 1989 se situace začala postupně měnit ku prospěchu lidí s autismem. V 1990 vznikla sekce Sdružení na pomoc mentálně postiženým Autistik. Toto nezávislé občanské sdružení, ve svých řadách sdružovalo především rodiče lidí s autismem a odborníky různého zaměření, kteří se začali o tuto problematiku zajímat. Autistik se významně zasloužil o informovanost rodičovské i odborné veřejnosti v oblasti autismu, navázal kontakty s řadou významných světových odborníků a organizoval přednášky a praktické výcviky pro rodiče a odborníky.

Jedni z prvních významných odborníků, kteří se na počátku devadesátých let seznamovali odbornou veřejnost s problematikou autismu, byli Erik Schopler a Margaret Lansing z divize TEACCH v USA a Theo Peeters z Belgie (Opleidingscentrum Autisme). Přednášky těchto odborníků měly významný vliv na další vývoj přístupu k lidem s autismem v České republice. Významným přínosem těchto specialistů se stala tzv. metodika TEACCH - strukturované učení. Tato metodika se postupně stala základním přístupem v intervenci u osob s autismem v České republice.

V roce 1993 ze společné iniciativy MŠMT a občanského sdružení Autistik vznikl výzkumný projekt, jehož realizátorem byl Výzkumný ústav pedagogický v Praze. Úkolem zmapovat aktuální situaci na poli výchovy a vzdělávání dětí s autismem byl pověřen speciální pedagog Miroslav Vocilka. V průběhu dalších let vyšly dvě Vocilkovy stručné publikace, ve kterých byly částečně představeny zahraniční materiály, poznatky získané během autorových zahraničních cest a informace o zařízeních, ve kterých v té době byli umístěni pacienti s autismem.

Vyústěním těchto různých aktivit odborných pracovníků byl požadavek rodičů založit speciální třídy pro děti s autismem. První oficiálně zřízená třída pro žáky s autismem vznikla ve školním roce 1993/1994 při tehdejší Pomocné škole v Chotouňské ul. v Praze 10. O rok dříve byla vytvořena třída v Pomocné škole, Rooseveltova ul., Praha 6, do které byly také zařazeny děti s diagnózou autismus. Během dalších let v celé České republice postupně přibývalo tříd pro děti s autismem. Materiální vybavení pro tyto třídy částečně poskytla Nadace Dětský mozek v rámci projektu Autismus formou finanční dotace.

Souběžně se vznikem tříd pro děti s autismem vznikala i potřeba kvalitních speciálních pedagogů. V roce 1997 se podařilo sdružení Autistik a Nadaci Dětský mozek zorganizovat ve spolupráci s Central Euro-pean Educational Center for Autism a výzkumnou skupinou Autismus průběžnou jednoletou stáž sedmi speciálních pedagogů a psychologů v Budapešti. Někteří účastníci této stáže společně s dalšími odborníky, kteří již měli několikaletou praktickou zkušenost s diagnostikou a se vzděláváním lidí s autismem, vytvořili vzdělávací programy pro pedagogy a sociální pracovníky v terénu se zaměřením na výchovu a vzdělávání takto postižených lidí. Tyto kurzy spolupořádala EFFETA Brno, zařízení Diecézní charity Brno a SPC Vertikála Praha 6. Těmito kurzy byl položen základ pro komplexní vzdělávací program. Kurzy v rámci tohoto vzdělávacího programu dále organizovala později založená Asociace pomáhající lidem s autismem (APLA).

Informací z oblasti výchovy a vzdělávání přicházelo do České republiky poměrně dostatek, avšak informací na poli diagnostiky bylo velmi málo. Zásadním problémem byl nedostatek odborně vzdělaných diagnostiků v oblasti

autismu. Sdružení Autistik se podařilo dojednat odbornou stáž u profesora Thea Peeterse pro tehdy začínající dětskou psycholožku Kateřinu Thorovou, která do Antverp odjela na podzim 1994. Po návratu z Antverp začala pracovat jako psycholožka v SPC při Pomocné škole, Rooseveltova ul., Praha 6, kde se postupně specializovala na problematiku autismu.

V druhé polovině devadesátých let navázalo sdružení Autistik spolupráci s Klinikou dětské neurologie a Dětskou psychiatrickou klinikou UK II. LF a FN v Motole. Tato spolupráce otevřela novou etapu péče o klienty s autismem na poli odborné lékařské péče. Spolupráce v letech 2000-2002 pokračovala řešením multidisciplinárního grantu Ministerstva zdravotnictví České republiky nazvaného Elektrofyziologické nálezy u dětského autismu a jejich vztah ke genetickým, morfologickým a klinickým charakteristikám autistické poruchy. Významným dílem tohoto projektu je první česká mezioborová monografie o dětském autismu editorů Vladimíra Komárka a Michala Hrdličky. V téže době se v Brně stalo centrem diagnostiky dětí s PAS Dětské neurologické oddělení při Dětské nemocnici FN Brno. Diagnostice autismu se zde intenzivně věnovala Hana Ošlejšková, primářka oddělení a klinická psycholožka Zuzana Makovská. Obě publikovaly řadu odborných článků na téma diagnostiky PAS a zasloužily se o větší povědomí této problematiky mezi moravskými odborníky.

Od roku 2001 probíhalo v České republice pod garancí MŠMT experimentální ověřování poradenských služeb a péče o klienty s autismem, na jehož podkladě bylo jmenováno čtrnáct krajských koordinátorů. Tento experiment vyústil dne 24. 6.2003 v projekt MŠMT „Poradenské služby pro klienty s autismem a poruchami autistického spektra (PAS)", (Věstník MŠMT č. 8/2003, č. j. 15987/2003-24). V moravskoslezském regionu již koncem devadesátých let vznikla iniciativa RainMan sdružující rodiče dětí s autismem.

Na konci devadesátých let se výrazně zvýšila nutnost založení organizace, která by s ohledem na stoupající počet dětí s autismem a potřebu komplexního řešení v rámci celé republiky sdružovala nejenom rodiče, ale i odborníky, byla by aktivní v oblasti vzdělávání odborníků i rodičů a hájila zájmy lidí s autismem. V roce 2000 založili Kateřina Thorová, Zuzana

Žampachová a Martin Polenský Asociaci pomáhající lidem s autismem (APLA). Základním úkolem asociace se stala osvěta o problematice autismu, vzdělávání odborníků (akreditované kurzy MŠMT a MPSV ČR), rodičů a pořádání mezioborových národních konferencí. Organizace se snaží maximálně podporovat lidi s autismem, tak aby mohli být platnou součástí běžné společnosti. V současné době je APLA složena ze šesti regionálních organizací, což umožňuje její efektivnější propojení s postiženými a jejich rodinami v různých regionech republiky (Čadilová, Žampachová, 2008).

2. VÝCHOVA DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

2.1 Legislativní pohled

Stále diskutovanou otázkou je, jestli posílat autisty do běžných škol nebo do speciálek. Specializované školy jsou vhodné spíše pro malé dětí, ale pro starší děti je naopak vhodnější klasická výuka. V mnoha státech jsou provedeny legislativní úpravy ve prospěch integrace autistů do školství. Pochopitelně to má i řadu problémů (neinformovanost učitelů, nedostatek asistentů). Ukázalo se, že autistickým dětem se vede dobře ve strukturovaném prostředí, které nabízí individuální programy vzdělání.

Předškolní vzdělávání je v současnosti v souladu se zákonem č.561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školským zákonem) legitimní součástí systému vzdělávání. Je to v podstatě prvotní stupeň veřejného vzdělávání organizovaného a řízeného podle požadavků a pokynů MŠMT. Základní úlohou předškolního vzdělávání je spolupráce a doplňování rodinné výchovy s cílem zajištění vhodného prostředí pro dítě umožňující jeho aktivní rozvoj a učení.

Program předškolního vzdělávání si klade za cíl smysluplně obohacovat denní program předškolního dítěte, věnovat mu odbornou péči a usnadnit mu jeho edukační a životní cestu. Primárním úkolem tohoto vzdělávání je tedy rozvoj osobnosti dítěte, podpora jeho fyzického rozvoje a zdraví, zvyšování jeho osobní spokojenost a pohody, pomáhání mu v chápání okolního světa a samozřejmě motivace k dalšímu učení a poznávání, stejně tak jako ho postupně začleňovat do běžné společnosti (Čadilová, Žampachová, 2008).

2.2 Program včasné intervence

Pod pojmem program včasné intervence si můžeme představit ranou péči poskytovanou několika různými, státními i nestátními organizacemi postiženým dětem v jejich raném věku. Díky rostoucímu počtu odborníků

zabývajícími se problematikou autismu a dětského autismu dochází ke zkvalitňování diagnostiky a s tím související snižující se hranice pro určení diagnózy. V současné době neustále přibývá dětí do tří let věku se stanovenou diagnózou autismu, a tudíž samozřejmě vyvstává potřeba jim zajistit kvalitní péči. Rozhodujícím kriteriem pro úspěšný rozvoj autistického dítěte je tedy jeho zařazení do institutu včasné intervence (tamtéž, s.165).

2.3 Základní nástroje programu včasné intervence

Jak již bylo uvedeno, služby programu včasné intervence poskytují v České republice různé, státní i nestátní organizace. V závislosti na místě působení a zejména na finančních možnostech se úroveň této péče může u jednotlivých poskytovatelů odlišovat. Základní obsahový program, resp. výkonné prostředky, který by měly tyto organizace poskytovat, však můžeme shrnout do následujících oblastí:

- podpora rodiny, popř. zákonných zástupců dítěte
- speciálně pedagogickou diagnostiku
- nastavení přiměřené intervence
- půjčování pomůcek, náměty a pomoc při tvorbě pomůcek
- pomoc při zařazení dítěte do předškolního zařízení
- sociálně právní poradenství
- seznámení zákonných zástupců s jinými rodiči, případně organizacemi, jejichž úkolem je podporovat rodiny dětí s PAS

(tamtéž, s.165-166).

2.4 Postup při implementaci programu včasné intervence

Základním předpokladem pro zařazení dítěte do programu včasné intervence je jeho vyšetření na specializovaném pracovišti, kde odborný lékař

a psycholog stanoví diagnózu a navrhnou opatření k zajištění relevantní péče, popř. léčby. Stanovení diagnózy autismu není záležitost jednoho vyšetření, tento proces může trvat dny, v některých případech i měsíce. U dětských pacientů zpravidla do čtyř let věku není zpravidla možné diagnózu uzavřít v krátkém časovém období. V těchto případech dochází ke stanovení tzv. pravděpodobné diagnózy, která již však může být směrodatným ukazatelem pro zařazení dítěte do programu včasné intervence. Základními postupnými kroky pro zařazení dítěte do tohoto programu jsou tedy následující činnosti:

- Speciálně pedagogické vyšetření
- Vyhodnocení vyšetření, stanovení priorit
- Sestavení intervenčního programu
- Rozpracování nácviků dílčích úkolů, popis a průběžné vyhodnocování záznamů
- Řešení problémového chování
- Příprava dítěte na přechod do předškolního zařízení

(tamtéž, s.167).

2.5 Předškolní péče

Předškolní péče o dětské pacienty s autismem je návazným krokem na program včasné intervence a dále ho rozvíjí a rozšiřuje. V této fázi péče o dětského pacienta je stěžejní faktorem možnost rodiny přesunout část péče (určitá část dne) na předškolní zařízení, které kvalifikovaně zajistí adekvátní rozvoj. Program včasné intervence tímto krokem samozřejmě nekončí, dítě je i nadále pod dozorem odborníka, nicméně se v mnoha případech pozmění programový obsah rané péče. Významným pomocníkem rodiny postiženého dítěte může být v tomto období osobní asistentka (většinou jde o ženu), která může působit jak v předškolním zařízení tak i přímo v rodině autisty. Tato

možnost je však v současné době bohužel výrazně ovlivněna finančními možnostmi jak rodiny, tak i složením rozpočtu daného předškolního zařízení.

Do předškolních zařízení jsou zařazováni dětští pacienti, kteří již absolvovali program včasné intervence, dále děti s diagnostikovanou PAS těsně před nástupem, ale i děti, u nichž ještě nejsou plně patrné příznaky PAS, avšak během kontaktu s vrstevníky dojde k jejich většímu projevení (tamtéž, s.215-217).

2.6 Typy předškolních zařízení pro postižené PAS

K zařazení dětí s PAS jsou v současné době v České republice určeny dva typy předškolních zařízení a to:

1. mateřská škola samostatně zřízená pro děti se zdravotním postižením (pro sluchově postižené, pro zrakově postižené, pro tělesně postižené, logopedická mateřská škola, mateřská škola speciální)
2. mateřská škola běžného typu

Děti s PAS je možné na základě uvedených předškolních zařízení vzdělávat podle Vyhlášky č.73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (§ 3) různou formou a to:

1. formou individuální integrace
2. formou skupinové integrace
3. v mateřských školách samostatně zřízených pro žáky se zdravotním postižením
4. kombinací předchozích forem

Děti s PAS samozřejmě mohou v rámci předškolního vzdělávání navštěvovat zařízení, která nespadají do sítě školských zařízení. Mohou to například být ústavy sociální péče nebo dětské rehabilitační stacionáře.

Obvykle jsou v těchto ústavech detašovaná školská pracoviště se speciálními pedagogy (tamtéž, s.215-217).

2.7 Systém práce ve třídě pro děti s PAS v MŠ

Třída pro děti s autismem je zřizována při běžných či speciálních MŠ. Třída je zřízena s minimálním počtem čtyř dětí a maximálně se šesti dětmi. Ve třídě pracují současně dva až tři pedagogičtí pracovníci podle počtu dětí a podle míry speciálních vzdělávacích potřeb. (Čadilová, Žampachová, 2007).

V těchto třídách u dětí dochází, pokud je vhodně sestavený intervenční program, k poměrně rychlému osvojení základních návyků pracovního chování, k respektování požadavků a autority učitele. Ve vztahu k vrstevníkům dochází u dítěte v takové třídě k rozvoji vzájemné reflexe a přiměřenému vzájemnému chování, stejně tak jako i k postupnému uvědomování si nutnosti kooperace při některých činnostech. Aby se docílilo celkového rozvoje dítěte a jeho úspěšnosti v předškolním zařízení je potřeba mít dobře nastaveny funkční motivační systém a neustále ho rozvíjet.

Pokud má třída dětem s PAS zajistit optimální, bezpečný a progresivní rozvoj je potřeba, aby splňovala několik základních požadavků zejména na prostorové uspořádání, na prostorovou vizualizaci, časovou vizualizaci a na vizualizaci doby trvání jednotlivých činností (Čadilová, Žampachová, 2008).

2.7.1 Prostorové uspořádání třídy pro děti s PAS

Jednotlivé prostory, vytvořené ve třídě by měly plně pokrývat individuální potřeby každého jednotlivce a tudíž se v tomto ohledu jedná o velice specifickou záležitost. Každá třída se sestává ze společných prvků (šatna, herna, jídelna, sociální zařízení) a z prvků specifických, jež je třeba zohlednit při práci s danou skupinou (např. místo pro trávení organizovaného

volného času, místo k samostatné práci a např. místo pro individuální relaxaci apod.). Správným návrhem vhodného prostorového uspořádání třídy lze v dětech evokovat pocit pobytu v domácím prostředí a současně jim usnadnit prostorovou orientaci (tamtéž, s.218).

2.7.2 Prostorová vizualizace

Vhodně zvolenými vizuálními prostředky se může velmi výrazně přispět k vyšší samostatnosti a nezávislosti dítěte. Těmito prostředky mohou být různé konkrétní předměty, obrázkové karty, fotografie rodiny, piktogramy, barevné fólie, barevné koberce, lepenky, látky, dřevo apod.. Těmito prostředky je možné na rozdíl od pevně dané prostorové struktury třídy, poměrně snadno splnit individuální potřeby jednotlivých dětí. Obecně lze říci, že pokud se dítěti usnadní prostorová orientace, dítě získá větší prostor k lepšímu pochopení verbálních instrukcí pedagoga (tamtéž, s.220).

2.7.3 Časová vizualizace

Časovou vizualizaci si můžeme představit jako vizualizovaný sled činností, který můžeme označit pojmem-denní režim. Tento režim pomáhá dítěti zviditelnit jednotlivé činnosti během dne a snížit tak potřebu verbálních instrukcí, které mohou být pro některé autisty obtížně pochopitelné.

Optimální je pro každé dítě volit individuální denní režim. Za nejnižší formu můžeme považovat tzv. předmětový denní režim, kde se jednotlivé činnosti znázorňují pomocí dotčených předmětů (oběd pomocí lžíce, samostatná práce pomocí malé krabičky, vycházka pomocí boty, odpočinek pomocí polštářku apod.). Obrázkový denní režim již patří do vyšší formy časové vizualizace. Používají se fotografie, příp. piktogramy znázorňující činnosti). V případě, že již dítě umí číst je možné použít i formu slovních karet.

Forma používání těchto režimů je vždy velmi individuální a závislá zejména na mentální vyzrálosti a stupni postižení jednotlivce. Děti mohou sundávat karty nebo předměty denního režimu, různě je přesouvat k místům výkonu činností. Při vyšší formě používání těchto nástrojů děti mohou přiřazovat šipky k aktuálním denním činnostem znázorněným na seznamu anebo i příp. sundávat ukončené činnosti do krabice. Všechny formy a úrovně používání však velmi významně posilují u dětí uvědomování si posloupnosti času a jeho významu v běžném životě (tamtéž, s.221-222).

2.7.4 Vizualizace doby trvání vlastní činnosti

Stejně tak jako je velmi přínosné praktické znázornění časového sledu činností pro dětské autisty, je i velice důležité vizualizovat jim i čas, který tyto činnosti zaberou. Čas zabraný jednotlivými činnostmi se může znázornit počtem prvků, anebo je také možné dobu činnosti vyměřit dokončením činnosti. Jasná vizuální pobídka dává dítěti lepší kontrolu nad počtem splněných úloh, dítě vidí jak mu úlohy ubývají (např. otočení listu v bloku, přemístění předmětu zleva doprava, uložení obrázku se splněnou úlohou do police apod.).

U činností, u kterých není možné dobu trvání změřit s pomocí počtu úloh nebo dokončením výrobku, může jejich přerušení či ukončení znamenat pro dítě výrazný problém. Takové problémové chování může např. vyvolat ukončení oblíbené činnosti (pro nás i zdánlivě nesmysluplné) vytržením dítěte z činnosti fyzickým dotekem či verbálním požadavkem ,aby činnost ukončilo. Aby se předešlo takovým situacím, je vhodnější takovou činnost ukončit „zvenčí“ (neverbálně) způsobem, který je pro dítě srozumitelný a přijatelný (např. budík nastavený na určitou dobu, popř. přesýpací hodiny u dětí citlivých na hluk). Může se využít i různých druhů vizuálních pobídek (např. počet barevných kartiček, které jsou postupně odebírány). Vhodná vizualizace doby činnosti bude vždy velmi individuální záležitostí a bude velmi závislá na kreativitě a zejména zkušenostech dotčeného pedagoga (tamtéž, s.223).

3. VÝCHOVA V RODINĚ

Základním cílem vzájemného působení předškolního zařízení a rodiny na dítě postižené poruchou autistického spektra, by měla být všestranná spolupráce založená zejména na dostatečné oboustranné informovanosti a důvěře, vedoucí k usnadnění výchovného působení a zvládnutí této těžké situace jakou výchova dítěte s poruchou autistického spektra bezesporu je. Pokud taková spolupráce úspěšně funguje je veliká naděje ke „zlepšení“ stavu i u těžkých forem poškození.

Výzkumy autismu prováděné sdruženími rodičů autistických dětí potvrdily, že funkční rodina a její dobrá komunikace se školními zařízeními je hlavní základnou pro postižené autismem. Nejbližší osoby v životě autistů (rodiče, prarodiče a sourozenci) jsou těmi, kteří hájí jejich zájmy. Důležitá je také aktivita sourozenců postižených dětí.

Rodiče se ovšem musí vypořádat s každodenními běžnými problémy, na jejichž řešení nenajdou nikde návod. Jistě si kladou otázky, na které jen nesnadno nalézají odpovědi. Někdy je problém třeba jen v tom, aby dítě udržovalo alespoň základní hygienické návyky, správně jedlo, samostatně se oblékalo, dobře spalo.

Významnou měrou k hlubšímu porozumění této poruchy přispěli svým literárním působením samotní autisté, kteří byli schopni prezentovat co vlastně cítí, co prožívají a co ve své podstatě znamená být autistou. Z těchto publikací můžeme jmenovat např.: D. Williamsová: Nikdo nikde. Svoboda, Praha 1995; O. Sacks: Antropoložka na Marsu. Mladá fronta, Praha 1997 a další (Thorová, 2006).

3.1 Reakce rodiny na postižení

Každá rodina, která je dotčena péčí o autistického potomka, vždy v průběhu času prochází následujícími fázemi reakcí na tuto skutečnost:

3.1.1 Fáze období zjištění diagnózy

Diagnóza sdělená odborníkem znamená pro dotčené rodiče vždy silné emocionální vzedmutí-šok. Optimistické představy o vývoji a úspěšnosti jejich potomka jsou najednou v troskách a jen stěží se s touto skutečností dokáží bez pomoci odborníků vyrovnat. Vždy je dobré poskytnout rodičům dostatek času pro vyrovnání se s tímto nepříjemným zjištěním a během první konzultace jim doporučit nejvhodnější formy možné pomoci a poskytnout jim kontakty na další péči (Thorová, 2006).

3.1.2 Fáze zapojení obranných mechanismů

Skutečnost, že jejich dítě je autistické, vždy znamená hluboký otřes psychiky rodičů s následným vyvoláním přirozených obranných mechanismů, mezi které se řadí pojmy „popření, vytěsnění a víra v zázrak (kompenzace).

Šok vyvolává obranu. Obranné reakce rodičů mohou být velmi silné a mohou velmi komplikovat i výchovně vzdělávací proces ve škole. Můžeme se setkat s popřením, tzn. únikovou reakcí rodiny, která diagnózu nepřijme, odmítá další nutná vyšetření a tím i nabízenou pomoc. Popření může vést až k úplnému vytěsnění či bagatelizaci problémů. Tento případ nastává tehdy, pokud rodiče mají nepříjemnou zkušenost s diagnózami, které se lišily, nebo pokud se dítě mírně zlepší. Jinou reakci může představovat víra v nějakou zázračnou „léčebnou“ metodu. Vysvětlení závažnosti postižení a důležitosti intervence opět leží na odborníkovi, stejně jako vysvětlení rozdílu mezi alternativními a klasickými terapeutickými proudy. Ve škole musíme trpělivě vysvětlovat potřebu zvláštní péče a bez ohledu na rodiče s přípravou této péče začít, i když nakonec s ní musí rodiče samozřejmě souhlasit. (Vosmík, Bělohlávková, 2010).

3.1.3 Fáze deprese

Zejména na počátku období se u rodičů většinou projevují negativní emoce (pocity úzkosti, zlosti, smutek, pocity viny až selhání rodičovské role). Dochází ke střídání záchvatů sebelítosti s neúměrnými reakcemi na lítost druhých osob. Stejně tak konflikty a vzájemné obviňování bývá na denním pořádku. Všechny tyto negativní projevy je potřeba v tomto období vstřícně přijímat, diskutovat je a snažit se nabízet rodičům racionální přístup. Rodiče je potřeba neustále ubezpečovat o jejich nenahraditelnosti a o nezbytnosti jejich aktivního přístupu (tamtéž, s.152).

3.1.4 Fáze kompenzace (realistická)

V této fázi dochází ke smíření rodičů se situací, začínají racionálně přistupovat k postižení svého potomka. Většinou již mají jasno ve svém očekávání a nastává okamžik zahájení spolupráce se zapojením jejich dítěte do procesu integrace. Významným předpokladem úspěšnosti tohoto procesu je aktivní zapojení obou rodičů, zapojení otce bývá velmi efektivní a pomáhá stabilizovat rozbouřenou situaci v rodině (tamtéž, s.152).

3.1.5 Fáze životní rovnováhy a přebudování hodnot

Pro toto období je typické již překonání prvotního šoku a dochází k reálnému hledání optimální cesty do budoucna. Většinou dochází k přehodnocení životních hodnot, rodina se stmeluje a postupně se v ideálním případě dostává do rovnováhy. K tomuto stavu však také nemusí dojít, záleží na vlastnostech jednotlivých členů rodiny, jak jsou schopni se vypořádat se stresem, který postižení jednoho člena rodiny vyvolá. Adaptaci rodiny ztěžuje řada různých faktorů jako je např.:

- jeden z rodičů nepřijme skutečnost, že je jeho dítě autista
- přetrvává vztek, sebelítost, pocity viny, deprese
- přehnaná soustředěnost na postižené dítě, jeho přílišné upřednostňování v rámci rodiny
- hyperprotektivita-na dítě se kladou nepřiměřené požadavky, omlouvá se jeho chování

V případě problémů s adaptací rodiny na soužití s autistickým členem rodiny je vždy dobré takové problémy řešit s pomocí specializovaných pracovišť a odborníků (tamtéž, s.152-153).

4. SOUČASNÉ MOŽNOSTI LÉČBY A VZDĚLÁVACÍ METODY

Současné možnosti léčby autismu jsou rozděleny podle jednotlivých smyslových dysfunkcí a mentálních zvláštností.

Jako první můžeme uvést známou GFCF dietu (gluten–free, casein-free), která byla navržená v roce 1998 doktorem Jeffem Bradstreetem právě díky výše uvedeným zmínkám o neustálém otravování těla lepkem a mléčným kaseinem. Zatím sice neexistují dostatečné vědecké studie, které by prokazovaly její pozitivní vlivy, ale asi 80% rodičů autistických dětí uvádí prakticky okamžité zlepšení chování jejich dětí, hlavně v oblasti pozornosti a sociálního kontaktu.

V ČR jsou známé diety, které vylučují ve stravě hlavně veškerá konzervační činidla, různá aditiva a emulgátory. Některé diety zakazují také droždí, sóju, mléko a cukr. „Někteří dietní specialisté věří, že autismus je dán nízkou tolerancí k některým potravinám, která vede u jedinců s autismem k výrazným jídelním prioritám a specifickým stravovacím návykům.“ (Richman, S., *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*, s.12).

Velmi účinná možnost léčby, která zároveň nahrazuje běžnou verbální komunikaci mezi dítětem s autismem a jeho okolím, je facilitovaná komunikace. Rodič nebo terapeut u ní přidržuje ruku dítěte a dítě tak může snáze ukazovat jednotlivá, předem předepsaná písmena, slova nebo obrázky tak, aby vyjádřilo svůj názor, svoje přání, případně nesouhlas a také všechny svoje myšlenky a city (Richman, S., 2001).

4.1 TEACCH program

TEACCH program, (z anglického Treatment and Education Autistic and related Communication handicapped Children), sestavil Eric Schopler v roce

1972. “TEACCH přistupuje ke každému dítěti jako k jedinečné individualitě s vírou, že neexistuje nic jako „normální“ chování. (Richman S. 2001, s.14). Ve výuce se klade důraz na ty schopnosti dítěte, které jsou u něj dobře rozvinuty a méně se pracuje s těmi, které má autista rozvinuty jen málo. V praxi se tato metoda uplatňuje v tzv. autitřídách, zřizovaných při ZŠ běžných, ZŠ praktických a speciálních, nebo přímo ve školách pro jedince s autismem.

V TEACCH programu se klade důraz na následující zásady:

- Individuální přístup ke každému dítěti a úzká spolupráce s jejich rodinou. S tím souvisí také správné motivování dítěte, aby mělo dobrý důvod ke spolupráci s učitelem. U autistů platí, že motivace funguje mnohem lépe než jakýkoliv trest (autista zpravidla nereaguje na křik, výhrůžky, nebo fyzické tresty). Jako motivace se zpočátku používají hlavně materiální odměny.
- Pozitivní přístup k problémovému chování dítěte, aktivní snaha pedagogickou intervenci.
- Fyzická struktura prostoru v autitřídě, velmi jasná a názorná, zaměřená na rozvíjení vizuální orientace dítěte. Dítě by v ní mělo pochopit svoje úkoly jenom svým vhledem, bez verbálního doprovodu učitele. Zvyšuje se tak jeho samostatnost a schopnost orientace, zároveň se dítě stává smělejším a jistějším.

Rodiče, jejichž děti s PAS se vzdělávají v autitřídě jsou podle průzkumu vysoce spokojeni. Uvádí, že se u jejich dětí zlepšilo chování a komunikace, vysoce si cení možnost přístupu ke vzdělání a věnování pozornosti prevenci problémového chování. Velkou výhodou tohoto programu je možnost zapojení do stávajícího systému školství. TEACCH nepochybně patří v ČR mezi nejběžnější vyučovací přístupy k autistickým dětem (Richman, S., 2001).

4.2 Bazální stimulace

Pomocí bazální stimulace se terapeut pokouší nabídnout dětem s autismem (ale i s jinými kombinovanými vadami) co nejvíce možností pro jejich osobnostní vývoj. Vychází se z předpokladu, že dítě s postižením má jen velmi omezené možnosti komunikace, a proto se prostřednictvím celého jeho těla terapeut pokouší o zprostředkování zkušeností a dojmů z komunikace a vzájemné interakce. Stimulace se děje pomocí doteků a pohybů, terapeut se snaží vcítit do možností klienta. Aktivní bazální stimulace probíhá ve vzájemných interakcích v klidném a ničím nerušeném prostředí.

Z různých bazálně stimulačních oblastí jsou u autistů nejdůležitější sluchové, vizuální, komunikativní a sociálně emotivní podněty:

Sluchové a vizuální:

O autistech je známo, že vidí nebo slyší jen podněty pro ně atraktivní nebo příjemné. Někdy taky potřebují výrazný kontrast nebo rytmus. Správné zaujetí a motivace je proto předpokladem k účinné stimulaci. Když ale mají zase stimulů moc, může se stát, že se ještě víc uzavřou do sebe.

Komunikační a sociální:

Dítě stimulujeme hlavně svou pozorností, příjemným zbarvením hlasu a mimikou. Komunikace by určitě měla vyznívat vstřícně, zřetelně, jasně a určitě by se měl terapeut snažit o to, aby byla oboustranná (Richman, S., 2001).

4.3 Aplikovaná behaviorální analýza

Aplikovaná behaviorální analýza je proces pochopení a vyhodnocování chování jedince, přičemž terapeut nehodnotí chování jako takové, ale též soubor okolností před a po sledovaném čase. Po vyhodnocení souborů

i samotného chování se terapeut pokouší měnit naučené vzorce chování na nové. K tomu užívá dva způsoby:

1. Učení postupnými kroky-dítěti je od terapeuta (příp. pedagoga, rodiče…) nabídnut diskriminační stimul, tedy instrukce. Poté terapeut čeká na reakci dítěte. Jestliže reaguje„správně“, terapeut ho pochválí, nebo odmění, jestliže reaguje „chybně“, terapeut ho okamžitě opraví tak, aby jednalo správně. Dítě se díky posloupnosti intenzívně učí a získává rychlou zpětnou vazbu.
2. Příležitostné učení-se vlastně děje celý den, díky upraveným podmínkám v místnosti s dítětem a přístupu terapeuta k dítěti v rámci jeho požadavků. Dítě je tak třeba nuceno být iniciátorem a požádat o věc, o kterou má zájem. Tato dovednost se pomalu rozvíjí příležitostným učením.

Když se stane, že dítě neví, jak má reagovat, musí mu terapeut (nebo opět pedagog, rodič…) pomoci najít správná řešení. Příklad: Matka pobídne dítě, aby kreslilo v tmavé místnosti, takže dítě předtím, než začne kreslit, musí jít rozsvítit světlo. Užívané pobídky se používají v příležitostném učení a častým opakováním se učení podporuje (Richman, S., 2001).

4.4 Využití terapií u dětí s PAS

Známé a hodně rozšířené jsou dnes různé formy terapií, z nichž uvedeme alespoň některé:

4.4.1 Muzikoterapie

Muzikoterapie začíná poslechem hudby a zkoumáním jejího působení na chování jedince. Poslech hudby také podporuje vyjádření myšlenek a pocitů, usnadňuje navázání kontaktu, komunikace a interakce mezi terapeutem

a klientem. Může být součástí počáteční relaxace před samotnou terapií, která má za úkol dítě uklidnit a ztišit. Při poslechu hudby by měl muzikoterapeut vzít v úvahu hlavně hudební preference klienta, délku koncentrace jeho pozornosti a terapeutický záměr, kterému by měl odpovídat výběr konkrétní hudby.

Dalším nástrojem muzikoterapie může být zpěv písní, který pomáhá při narušeném řečovém projevu zlepšit jejich artikulaci, rytmus řeči a dechovou kontrolu. Zpěv písně může být uplatněn v metodě Son-Rise, kterou uvedeme níže. „Každý klient se může identifikovat s nějakou písní a s jejím textem. Vhodná píseň dokáže poskytnout potřebné emocionální zázemí“ (Kantor, J., *Muzikoterapie*, www.muzikoterapie.cz, 1/3/2012).

4.4.2 Metoda Son Rise

Son Rise program můžeme zařadit do oblasti domácího vzdělávání dětí a dospělých s autismem. Základním určujícím prvkem této metody je zachování hlubokého respektu a lásky k postiženému dítěti, což je podle metody jedním z největších motivačních elementů této metody.

Základními principy a technikami užívané v terapii jsou:

- zapojení terapeuta do stereotypních aktivit dítěte
- využívání vlastní motivace dítěte k učení
- učení pomocí interaktivní hry
- energický přístup, entuziasmus terapeuta
- dítě neodsuzovat a přijmout je takové jaké je, optimismus
- rodiče považovat za nejdůležitější článek terapeutického procesu, rodič je aktivní účastník léčby
- zajistit příjemné a bezpečné prostředí

(Linda Cecavová, Son-Rise program, www.srp-terapeut.cz, 20/2/2012)

4.4.3 Arteterapie

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Pro děti s autismem je velmi přínosnou součástí výchovy vzdělávání, podporuje rozvoj řady mentálních funkcí. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, protože pro psychický rozvoj má význam sám proces arteterapeutického tvoření, který umožňuje vyjádření, navozuje pocity uvolnění a přináší radost z výsledku. Mohou ji využít jak děti s kreativním nadáním, tak děti bez tvořivého potenciálu, které mohou postupovat podle naučených strukturovaných šablon. V ČR nemá arteterapie dosud jasně vyhraněný status, zřetelné vymezení ani pravidla. V rolích arteterapeutů působí hlavně speciální a výtvarní pedagogové, psychologové a lékaři (Richman, S., 2001).

4.4.4 Canisterapie

Při canisterapii je hlavním terapeutem pes, speciálně cvičený pro tuto činnost. Musí mít canisterapeutickou zkoušku a také veterinární ošetření. Terapie probíhá spolu s canisterapeutickým odborníkem a pedagogem. Základ tvoří vzájemná interakce mezi psem a dítětem, využívá se přátelskosti zvířete ke zvýšení otevřenosti a komunikativnosti dítěte s autismem. Zpočátku se dítě učí pozdravit, zamávat, případně pohladit na přivítanou, později se přechází na různé interakční hry a úkoly. Rozvíjejí se taky kognitivní schopnosti, jemná i hrubá motorika. Když pedagog cítí, že dítěti je příjemně, zkouší různá polohování na psa, kdy může cítit teplo od srsti, klidný dech, ale i ostré drápky nebo studený psí čenich. Důležité je, aby pedagog vycítil, co je dítěti příjemné, a co ne (Richman, S., 2001).

4.4.5 Hipoterapie

Hipoterapie je komplexní metoda, která v sobě zahrnuje prvky fyzioterapie, psychoterapie a socioterapie. U dítěte sedícího či ležícího na hřbetu koně je ovlivňována jeho motorika. Kůň poskytuje pohyblivý relaxační stůl. Hipoterapie se používá hlavně k ovlivňování svalstva dítěte, ale taky k rozvíjení pozornosti, balance, rozvoji hrubé i jemné motoriky, svalové koordinace spojené s uvědomováním si pohybů koně i vlastního těla. Tyto pohyby u koní probíhají v rovině frontální, sagitální a horizontální. V psychosociální rovině kůň tak ovlivňuje emocionální chování dítěte, protože motivuje a zprostředkovává kontakt s okolím a je výborným nástrojem pro verbální i neverbální komunikaci (dotýkání a hlazení koně). Důležitá je ale hlavně radost z aktivity (Želinová, 2005).

5. CÍL PRŮZKUMU

Cílem průzkumu je ukázat kladný posun v oblasti vzdělávání, výchovy a osobního rozvoje u autistického chlapce s využitím základních vzdělávacích metod, zejména implementací programu včasné intervence v předškolním zařízení a v rodině. Chlapec se jmenuje Hugo a v současné době je ve věku šesti let (kazuistika viz. Kapitola 6. Charakteristika zkoumaného vzorku). U chlapce již třetím rokem působím jako pedagogická asistentka v běžné mateřské školce.

V průběhu průzkumu byly použity následující metody:

- pozorování dítěte ve školce v časovém sledu
- komunikace s dítětem
- komunikace s matkou dítěte
- analýza dokumentace dítěte (na jejím základě byla zpracována charakteristika dítěte)
- porovnání chování dítěte před a s působením pedagogické asistentky
- analýza působení předškolního zařízení a pedagogické asistentky

5.1 Informace od chlapcovo matky

Chlapcovo matka uvedla, že chlapec je a byl v minulosti neklidný, neustále v pohybu, neunavitelný. Je schopen chodit i velmi dlouhé pochody. Odmalička ale zřídkakdy míval záchvaty vzteku.

Matka od raného dětství pozorovala mírné abnormality v navazování očního kontaktu, odmítání fyzického kontaktu, někdy odmítání fyzického kontaktu, někdy je v kontaktu neosobní. Zdraví nespontánně, např. řekne „táta“, když přijde z práce, ale na rozdíl od svých sourozenců k němu neběží. Nemá rád změny, nechce nové věci, trvá na starých. Odmítá odejít do prostředí, kde je více lidí najednou, nebo se tam pak chová neadekvátně. Je náladový.

Od dvou let věku se u něj objevil výrazný negativismus, odmítá dělat řadu činností, avšak většinou se mu to dá vysvětlit. Při hře byl fixován na nůžky, odmítal bez nich kamkoliv jít a doma s nimi věci přenášel. Řadí si věci do řady a trvá na jejich stálém uspořádání. Dokola vyžaduje po matce, aby mu kreslila a on dokresluje detaily, sám namaluje slunce, balónek a domeček. Nechápe dvoustupňové instrukce (např. podat věc v místnosti). Má řadu rituálů, které musí rodina dodržovat.

Má výborné paměťové schopnosti. Umí počítat do pěti - ale spíše sám pro sebe ne na výzvu. Ostatní děti nekontaktuje, nehraje si s nimi jen se zapojí do hry na honěnou. Pokud ho kontaktuje jiné dítě při hře, většinou si hrát přestane, ojediněle jiné dítě plácne. Odmítá pracovat v kolektivu ostatních dětí, schovává se pod stůl. V MŠ si hraje spíše sám. Vyžaduje neustálou pozornost učitelky pro sebe. Jeho schopnost soustředění je velmi krátká a je hyperaktivní. Hra je stereotypní, má problémy s představivostí. Matku nejvíc trápí jeho nesamostatnost a neadekvátní chování. Nesnáší stříhání vlasů a mytí hlavy. Dvakrát denně ráno a v odpoledne má stavy kdy poskakuje, běhá po špičkách a vydává houkavé zvuky a uchechtává se bez příčiny. Po chvíli se pak sám zklidní.

5.2 Pozorování chlapce v časovém sledu

Mateřská škola, září 2008

Do kolektivu ostatních dětí se nezapojil. Hrál si individuálně a občas s komentářem zvuků, skřeky-nesrozumitelné. S dětmi ani s učitelkou příliš nekomunikoval. Vyhledával spíše dospělého. Po třídě pobíhal, nevydržel v klidu, smál se. Nevyhledával konflikty, jen se bránil když mu někdo něco bral, podával na vycházce ruku učitelce, dětem ruku nedal. Pozorován motorický neklid, při oslovení pouze krátký oční kontakt, nesnášel hluk, zacpával si uši.

Mateřská škola, leden 2009

Chlapec byl na základě doporučení dětského psychiatra zařazen do programu včasné intervence APLA Praha. Současně byla zavedena i medikace k ovlivnění hyperaktivity a poruchy soustředění. Můžeme říci, že použití těchto metod přineslo výsledky. Chlapec se již nebojí sednout si učitelce na klín, byť jen na chvíli. Dokáže se již cca na dvě minuty zapojit do kroužku vytvořený ostatními dětmi, avšak zatím podá ruku pouze učitelkám. Postupně začíná verbálně označovat předměty (pes, čaj) a osoby (Zdeňka, Věrka). Na chvíli vydrží v klidu a případně i pracovat s učitelkou.

Mateřská škola, červen 2009

Došlo ke zlepšení verbální komunikace a v oblasti sociální interakce. Začíná říkat jednotlivá slova, pomazlí se. Postupně se začíná zapojovat do činností s ostatními dětmi, sedí a poslouchá při pohádce, poslouchá písničky, ale nezazpívá. Podá už ruku jiným dětem, začíná si s nimi hrát, ale krátce. Leze na skluzavky, ale nedokáže odhadnout nebezpečí. Děti ho někdy provokují, případné konflikty s dětmi řeší silou. Má zájem o technické věci, např. o reproduktory a ventilátory ve třídě. Veden ve třídě o 24 dětech, v rámci programu včasné intervence je mu doporučeno individuální vedení a pomoc asistenta pedagoga.

Mateřská škola, leden 2010

S chlapcem začala v říjnu pracovat pedagogická asistentka, což opět znamená další přínos pro kladný chlapcův rozvoj. Třída byla prostorově upravena (chlapec má svůj vlastní stoleček na hraní, skříňku pro uložení didaktických her a své vlastní křeslo). Postupně si ve spolupráci s asistentkou začíná hrát s konstruktivními hračkami, v rámci prostorové a časové vizualizace mu asistentka vytvořila speciální kartičky (viz. Příloha č.1), které po ukončení dané činnosti ukládá do krabice. Ve spolupráci s asistentkou dochází k motorickému rozvoji, velmi rád pracuje s keramikou, barvami a s modelínou (modeluje mořské tvory a dinosaury).

Mateřská škola, leden 2010

Chlapec začal docházet na klinickou logopedii k PaedDr. Mileně Vránové. Výsledkem je zvýšení slovní zásoby a slovní komunikace jako celku. Na druhé straně začíná být velmi fixovaný na rodiče, velice mu pomohly fotografie rodiny získané od maminky a nalepené na stěnu u jeho pracovního stolečku. Začíná mít ve velké oblibě vycházky ven, ačkoliv jde o každodenní změnu, kterou autisté nepřijímají moc vstřícně. Snaží se být většinou poblíž své asistentky a komunikuje pouze s ní. Má velmi v oblibě nízkou houpačku, dokáže na ní být po celou dobu vycházky, což reflektuje jeden z mnoha projevů autismu-obliba houpání.

Mateřská škola, září 2010

V rámci předškolního vyšetření a i ve spolupráci s programem rané péče APLA byl chlapci doporučen odklad školní docházky minimálně o jeden rok, přestože opět došlo k mírnému posunu ve vývoji chlapce. Chlapec má stále více v oblibě konstruktivní hry (lego, kostky apod.), hru s dinosaury, které pojmenovává. Dále začíná komunikovat s vrstevníky, v tělocvičně se dokonce neostýchal předcvičovat. V průběhu léta prodělal zlomeninu ruky, měl sádru, avšak podle matky nedošlo k výraznějším změnám v chování důsledkem tohoto zranění.

Mateřská škola, prosinec 2011

Předškolní výchova nadále probíhá v souladu s programem včasné intervence, výrazně se zlepšila spolupráce s rodiči chlapce, chlapec si velmi zvykl a oblíbil osobní asistentku, dokonce jí sám vyrobil vánoční dárek. Během nácviku školní vánoční besídky se poprvé dobrovolně zapojil do nácviku programu, což může vypovídat i o úspěšně nastaveném programu včasné intervence. Chlapec je velice chytrý, nicméně je velmi obtížné ho přemluvit k zapojení se do nějaké činnosti, ať se jedná o výtvarné práce, pohybové hry, ruční práce apod.. Jeho jemná i hrubá motorika je na velmi dobré úrovni, zvládá sám řadu pro autisty obtížnějších činností (sám si donese tác s obědem, přidá si polévku, nalije si šťávu apod.).

6. CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO VZORKU

6.1 Rodinná anamnéza

Hugo se narodil rodičům mladšího věku v roce 2005. Matka dříve pracovala jako sekretářka, jako provozní vedoucí v restauraci a v současné době je na mateřské dovolené. Matka chlapce má středoškolské vzdělání. Matka je zdráva.

Otec chlapce pracuje jako soukromý podnikatel, dříve pracoval jako číšník. Od dětství se u něho projevuje lehká dyslexie a dysgrafie. Jiné zdravotní problémy nemá. Otec má střední odborné vzdělání.

Manželství rodičů se jeví jako harmonické, u matky jde o manželství první, u otce o druhé. Rodiče jsou manželé deset let.

Hugo má dva vlastní mladší bratry (nar. 2007 a 2008), kteří jsou bez vývojových vad. Dále má jednoho staršího (nar. 2004) nevlastního bratra trpícího dyslexií. Nevlastní bratr žije u své matky.

6.2 Osobní anamnéza

Hugo je narozen z první gravidity, nerizikově, v termínu,. Pro polohu koncem pánevním provedeno S.C.. Porodní hmotnost 3140g, 49 cm, nekřišen. Neměl novorozenecký ikterus. Poporodní průběh byl bez komplikací. Kojený byl dva měsíce.

Hugo byl ve dvou letech jeden měsíc hospitalizován ve Vinohradské nemocnici pro Henoch- Schenlainovu purpuru vzácnou formu. Dále celkově vykazoval a vykazuje malou nemocnost. Žádné úrazy neutrpěl a netrpí žádnými alergiemi.

Psychomotorický vývoj probíhal cca do 3 roku v normě. Seděl bez pomoci na rovném povrchu v osmém měsíci věku, lezení taktéž v 8 měsíci a stoj u nábytku v měsíci devátém. Samostatně začal chodit ve čtrnácti

měsících. Obratnost projevoval v jemné i hrubé motorice. Kontrola mikce a stolice plně dosažena do dvou let věku. V devíti měsících začal říkat první slabiky a první slovíčka v jednom roce, do tří let začal používat základní věty se slovesy.

Abnormality ve vývoji matka zaznamenala těsně před třetím rokem věku. Odchylky se začaly projevovat hlavně ve vývoji sociálních dovedností, v herních činnostech a v zapojení do kolektivu vrstevníků.

6.3 Školní anamnéza

Do jeslí nechodil, od 3 let dosud navštěvuje mateřskou školu na Vinohradech, Šumavská 37, Praha 2, kde je zařazen do běžné třídy a v roce 2009 mu na základě psychiatrického vyšetření mu byla přidělena pedagogická asistentka. Ve školce se zpočátku nezapojoval vůbec do společných činností, vyžadoval individuální přístup učitelky. K dětem se chová jinak než ostatní děti, straní se jich, nejvíce si hraje sám. Rád se s ostatními dětmi honí, ale nehraje si s nimi.

6.4 Logopedické vyšetření ze dne 22.11.2010

Chlapec je roku 2010 na doporučení pediatra v logopedické péči u PaedDr. Mileny Vránové, klinické logopedky.

Chlapec má sice bohatší slovní zásobu, avšak stále mluví v jednoduchých větách. Řeč nemá plně komunikační funkci, mluví si sám pro sebe, opakuje časti vět, které se mu líbí a zaslechl je i několikrát za sebou. I přes nácvik chybí oční kontakt. Minimálně používá přirozenou gestikulaci a mimiku. Cílená spolupráce má velké výkyvy, záleží jak ho hra - cvičení zaujme, od úplného odmítnutí až po dobrou spolupráci. Pokud ho cvičení zaujme, chce ho i příště opakovat.

V řeči převládají podstatná jména, ojediněle slovesa, echolálie, neologismy, věty velmi jednoduché 2-3 slovné, nepoužívá předložky, zájmena, zhoršená srozumitelnost řeči. Pasivní slovní zásoba větší než aktivní. Neumí žádnou písničku, říkadlo, nácvik odmítá. Zkrácená verbální paměť. Zvládá opakování slov. Některé sociální situace nechápe. Těžce chápe nové úkoly, pokyny (nyní nacvičujeme pochopení pojmů stejný x jiný, i přes názornost se nedaří). Motorika mluvidel - velká neobratnost, hypotonie jazyka.

Barvy i přes intenzivní nácvik nerozlišuje, počet.předst.0, pojmenuje základní geometrické tvary. Velmi nyní zlepšená kresba, jemná motorika, (sebeobsluhu zvládá od začátku logopedické péče). Krátkodobá pozornost, pozornost snadno odvedou i lehce rušivé podněty. Závěr: kombinace poruchy autistického spektra a vývojové dysfázie

Pokračuje terapie řeči, která je zaměřená na základní verbální vyjadřování (základní větná stavba, srozumitelnost řeči, odstraňování agramatismů, aktivní slovní zásoba, verbální paměť, rozumění řeči atd.), motoriku mluvidel, určování barev, pohybové dovednosti v celé motorice, včetně grafomotoriky a motoriky mluvidel.

6.5 Diagnóza ze dne 27.8.2009

Na základě podrobného klinického psychiatrického vyšetření chlapce a vyšetření specifickou autistickou škálou CARS byl u chlapce MUDr. Janou Schmidtovou diagnostikován dětský autismus vysoceční F84.0. Toto postižení je navíc kombinováno s hyperaktivitou, poruchou soustředění a mírným opožděním řečového vývoje.

SHRNUTÍ

S ohledem na výsledky postupných pedagogicko-psychologických vyšetření a konečné diagnózy se jak k léčbě, tak i ke zmírnění projevů autistického postižení a související budoucí postupné integrace do běžné společnosti sledovaného vzorku, ukázalo jeho zařazení do programu rané péče APLA Praha jako velmi efektivní. Zároveň se jako vhodné doplnění programu ukázalo i zavedení medikace k ovlivnění hyperaktivity a poruchy soustředění. V neposlední řadě významnou roli zastává i úspěšné zajištění finančních prostředků ze strany zřizovatele mateřské školy, určených k financování pedagogické asistentky po celou dobu pobytu v mateřské škole.

Jedním z významných kroků programu rané péče bylo doporučení využít metodu skupinové integrace umístěním chlapce do běžné mateřské školy s částečným zaměřením na logopedické postižení.

Již na začátku mého působení v dané mateřské škole na pozici asistentky pedagoga došlo k důležitým úpravám třídy ve smyslu prostorového uspořádání s ohledem na individuální potřeby chlapce, což vedlo k jeho snazší orientaci a částečně i k přiblížení domácího prostředí. Současně se podařilo ve spolupráci s rodiči získat fotografie rodiny a rozmístit je po třídě společně s obrázkovými kartičkami, což dále vedlo k významnému posunu v pochopení verbálních instrukcí pedagoga a asistentky. Navíc tyto grafické pomůcky významnou měrou přispěly k pochopení denního režimu (chlapec se naučil odkládat kartičky do krabice po splnění pravidelných činností).

Nelze opomenout i působení pedagogické asistentky v rámci doporučení programu včasné péče. Její úloha spočívala a doposud spočívá zejména v oblastech pomoci při oblékání, při vysvětlování didaktických her, při rozvíjení jemné a hrubé motoriky (stavění kostek, modelování, pobyt v tělocvičně), venku na procházce a při dalších běžných činnostech (držení příboru, hygiena, aj.). Z pohledu ošetřujících lékařů a i dle sdělení matky chlapce, se spolupráce s asistentem pedagoga projevila jako velmi vhodná, chlapec projevil výraznou akceleraci ve zmírnění projevů jeho postižení.

V následujícím školním roce chlapce čeká velice významná životní změna. Opustí mateřskou školu a zahájí základní školní docházku. S ohledem na jeho

dosavadní vývoj a stupeň postižení by bylo optimální jeho zařazení do speciální základní školy, případně i do běžné, kde však bude vhodné pro chlapce vypracovat individuální vzdělávací plán a zajistit mu osobní asistentku. Individuální vzdělávací plán by měl obsahovat jak cíle vzdělávání pro jednotlivé výukové předměty, tak i strategii postupu při začleňování chlapce do nového kolektivu, či specifické cíle vyplývající z jeho osobnosti, případně typu postižení.

ZÁVĚR

S ohledem na moje již téměř čtyřleté působení v pozici pedagogické asistentky u autistického chlapce si velmi vážně začínám uvědomovat důležitost celého výchovně vzdělávacího procesu a zejména jeho neustálé přizpůsobování individuálním potřebám postižených jedinců. Souběžně s tím je nezbytné i přizpůsobovat jejich aktivity ve volném čase a v maximální míře využívat spolupráci a podporu rodiny. Je zřejmé, že právě rodiče znají své dítě nejlépe a tudíž jsou schopni poskytovat předškolnímu zařízení neocenitelné informace.

Děti postižené autismem rozhodně patří k jednomu z nejnáročnějších problémů, s nímž se lze v oblasti dětských postižení setkat. Tento problém je velkou výzvou pro všechny: rodiny, školy, odborníky mnoha profesí i pro celou společnost. Je však bohužel smutnou pravdou, že podpora (zejména finanční) ze strany státu je v současné době velice nedostačující, ať už jde o příspěvky státu rodičům těchto dětí na osobní asistenty, či o dotace specializovaných školních zařízení, která jsou z mého pohledu jedním z hlavních prostředků pomoci těmto dětem. I přesto jsem velmi ráda, že se mohu při své práci podílet při léčbě a pomoci autistickému chlapci.

V bakalářské práci bylo mým záměrem charakterizovat problematiku dětského autismu se zaměřením na výchovně vzdělávací možnosti, jsou zde popsány základní vzdělávací metody, zejména program včasné intervence, který považuji za jeden z nejúčinnějších edukačních nástrojů nejenom ve výchovně vzdělávacím procesu, ale i v terapii vedoucí ke zmírnění autistických symptomů. Program včasné intervence aplikovaný u dětí s autismem je velice důležité plánovat, rozpracovat a zejména realizovat tak, aby podpořil rozvoj základních dovedností potřebných v běžném životě a směřoval k co největší míře rozvoje soběstačnosti jedince.

Cílem průzkumu obsaženým v práci bylo charakterizovat zkoumaný vzorek (autistického chlapce), jeho kazuistiku a v časovém sledu čtyř let ukázat výsledky působení správně nastaveného programu včasné intervence a vliv pedagogické (osobní) asistentky na všestranný chlapcův v oblastech komunikace (zejména s vrstevníky), ve vztazích k lidem (začal se zapojovat do

kolektivních her), v oblasti zájmů a opakujících se aktivit (snížení fixace na určité předměty), v oblasti motorické (dokáže vystřihovat, lepit), částečně v oblasti myšlení (již dokáže např. kontinuálně navázat na předchozí činnost), dále v oblasti emocionální (vymizely afektivní stavy) a současně je znát pokrok v oblasti pozornosti (dokáže sledovat výklad učitelky s ostatními dětmi).

Věřím, že tato práce bude přínosem pro osoby zajímající se o tuto problematiku a pro osoby, které jsou součástí výchovně vzdělávacího procesu autistických dětí, jako jsou pedagogické asistentky, osobní asistentky, učitelky, lékaři a v neposlední řadě rodiny autistických dětí.

SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ

BARTOŇOVÁ, MIROSLAVA; BAZALOVÁ, BARBORA; PIPEKOVÁ, JARMILA, *Psychopedie*, 2.vyd., Brno: Paido, 2007, ISBN 978-80-7315-161-4

BEYER, J., GAMMELTOFT, L. *Autismus a hra: Příprava herních aktivit pro děti s autismem*, Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-157-3

ČADILOVÁ, VĚRA; ŽAMPACHOVÁ, ZUZANA, *Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*, vyd.1, Praha, Portál, 2008, 408 s., ISBN 978-7367-475-5 (brož.)

ČADILOVÁ, V., *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, Praha, Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-319-2

GILLBERG, C., PEETERS T., *Autismus–zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*, Vyd.2. Praha: Portál, 2003, 122 s., ISBN 80-7178-856-2

HRDLIČKA, M., *Dětský autismus, Psychiatrie*, 2003, roč. 7, č. 2, s. 117-122.

HRDLIČKA, M.; HORT, V. *Pervazivní poruchy v dětství: doporučené postupy* /on-line/. Projekt zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3, 2001. Dostupné na http://www.cls.cz/dp

CHRÁSKA, M., *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*, Praha, Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1369-4

JELÍNKOVÁ, M., *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*, Praha: Univerzita Karlova v Praze - Pedagogická fakulta, 2001, ISBN 80-7290-042-0

KAUFMAN, B. N. *Son-rise: Zázrak pokračuje*, Bratislava, Barracuda, 2004, ISBN 80-969237-8-1

KLUGEROVÁ, JARMILA; PRÁZOVÁ, IRENA; VACÍNOVÁ, TEREZA; *Jak vypracovat bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*, UJAK, třetí přepracované vydání, Praha 2010, ISBN 978-80-7452-004-4

KREJČOVÁ, D.; HÁJKOVÁ, V.; MASAŘÍKOVÁ, *V.Rettův syndrom*, Praha, Základní škola Zahrádka, 2005, ISBN 80-239-5774-0

KVAPILÍK, J.; ČERNÁ, M., *Zdravý způsob života mentálně postižených*, Praha, Avicenum, 1990, ISBN 80-201-0019-9

MÜHLPACHR, P. Autismus, in: VÍTKOVÁ, M. (ed.): *Integrativní speciální pedagogika*, Brno: Paido, 2004, ISBN 80-7315-071-9

OŠLEJŠKOVÁ, HANA, *Poruchy autistického spektra: poruchy vyvíjejícího se mozku*, přehledový článek, Pediatrie pro praxi 2008; 9(2): 80-84

PEETERS, T., *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*, Praha, Scientia, 1998, ISBN 80-7183-114-X

PIPEKOVÁ, JARMILA, *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, 2.vyd., Brno: Paido, 2006, ISBN 80-7315-120-0

RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*, Vyd. 1., Překlad Miroslava Jelínková, Praha, Portál, 2006, 127 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7102-6

SCHOPLER, E., *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje: výchova a vzdělání dětí s autismem*, Praha 1999, Portál, ISBN 80-7178-202-5

THOROVÁ, KATEŘINA, *Poruchy autistického spektra*, Vyd.1, Praha: Portál, 2006, 456 s., ISBN 80-7367-091-7

THOROVÁ, KATEŘINA, *Poruchy autistického spektra: Včasná diagnóza branou k účinné pomoci, Informační příručka APLA,* vyd.2, Praha, APLA, 2008

THOROVÁ, KATEŘINA, *Vyjímečné děti: Aspergerův syndrom, Informační příručka APLA*, vyd.2, Praha, APLA, 2007

THOROVÁ, K.; SEMÍNOVÁ, M., *Strukturované učení: základy metodiky práce u dítěte s autismem*, Praha, SPC Vertikála, APLA, 2000

VALENTA, M., MÜLLER, O., *Psychopedie*, Praha, Parta, 2003, ISBN 80-7320-039-2

VERMEULEN, P., *Autistické myšlení*, Praha, Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1600-3

VÍTKOVÁ, MARIE, *Integrativní speciální pedagogika-Integrace školní a sociální,* 2.vyd. Brno: Paido, 2004, ISBN 80-7315-071-9

VOCILKA, M., *Autismus,* Praha, TECH-MARKET, 1996, ISBN 80-902134-3-X

VOSMIK, MIROSLAV, *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole: možnosti intergrace na ZŠ a SŠ*, vyd.1, Praha, Portál 2010-200 s.,
ISBN 978-80-7367-687-2 (brož.)

WILLIAMSOVÁ, D. *Nikdo nikde: Nevšední životopis autistické dívky*, 1. vyd., Praha, Nakladatelství Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0462-1.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

www.apla.cz

www.muzikoterapie.cz

www.pediatriepropraxi.cz

www.homohumanus.cz

www.srp-terapeut.cz

http://www.autismus.cz

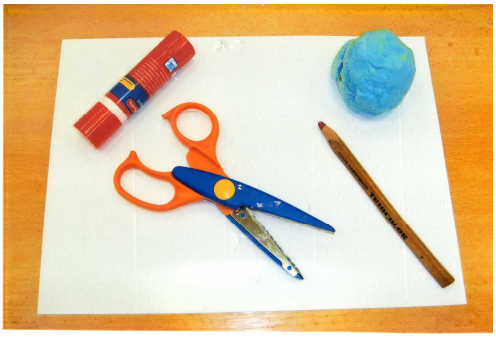
PŘÍLOHY

Příloha A – Speciální kartičky

„ Konstruktivní hra“

„Čtení pohádek“

„Jídlo“



„Ruční práce“

„Hudební výchova“

„Hygiena“

„Didaktické hry“

„Výtvarná výchova“

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lucie Rapantová

Obor: Speciální pedagogika-vychovatelství

Forma studia: kombinované

Název práce: Dětský autismus

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 46

Celkový počet stran příloh: 1

Počet titulů české literatury a pramenů: 29

Počet internetových zdrojů: 6

Vedoucí práce: PhDr. Josef Novotný, CSc.