

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

bakalářské kombinované studium
2009 – 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Lenka Galeoni

Způsoby vzdělávání u jedinců s Aspergerovým syndromem

Praha 2012

**Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Olga Opekarová, PhD.**

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Combined Studies
2009 - 2012

BACHELOR THESIS

Lenka Galeoni

Title

Prague 2012

**The Bachelor Thesis Work Supervisor:
PhD. Olga Opekarová, PhD.**

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 15.3.2012

Lenka Galeoni

Jméno autorky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat p. PhD. Olze Opakarové, PhD, za její trpělivost, vstřícnost a čas, který mi věnovala při našich společných konzultačních hodinách, kde se mi snažila otevřít více problematiku výchovy, vzdělávání a práce autistických, což mi pomohlo k vypracování této bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá pohledem metodika odboru vzdělávání na problematiku současných možností vzdělávání jedinců s Aspergerovým syndromem.

V první části je popsána obecná charakteristika pervazivních vývojových poruch, jejich historie, popis, výskyt v populaci, rozdělení do jednotlivých typů a stručná charakteristika.

Druhá a největší část této práce je věnována Aspergerově syndromu, jeho vymezení a podrobné charakteristice, neboť tato porucha je podstatou tématu celé bakalářské práce. Jsou zde rozepsány symptomy, diagnostika, etiologie a sociální vztahy jedinců s touto poruchou ve vztahu k běžné populaci.

Ve třetí části jsou uvedeny možnosti vzdělávání jedinců s Aspergerovým syndromem podle míry postižení v předškolních, ale především ve školních zařízeních. Ve vztahu k výuce na základní škole je zde navíc uvedena možnost domácího vzdělávání pro první stupeň.

V závěru jsou uvedeny možnosti výběru zařízení pro vzdělávání dětí s Aspergerovým syndromem s uvedením výchovných i vzdělávacích metod a strategiích z pohledu rodiče takto postiženého dítěte.

Klíčové pojmy

Aspergerův syndrom, autismus, cíle vzdělávání, formy vzdělávání, individuální vzdělávací program, kognitivní funkce, metody vzdělávání, Mezinárodní klasifikace nemocí, Pervazivní vývojové poruchy, Poruchy autistického spektra, proces vzdělávání, schizofrenie

Abstract

My bachelor's final thesis deal with a view on the methodology of education discipline which is looking into current possibilities in education of a person with Aspeger syndrome.

In first part is described common characteristic of pervasive developmental disorder, its history, description, incidence in population, separation of individual parts of the disorders and their short characteristic.

Second and biggest part of the bachelor's thesis is dedicated to Aspeger syndrome, his delimit and detailed characteristic because this disorder is base for whole theme of the thesis. It includes also description of symptoms, diagnostic, etiology and social relationships of individuals with Aspeger syndrome in comparison with ordinary population.

In third part of the thesis are mentioned possibilities of education of individuals with Aspeger syndrome according to level of their disease development in preschool age but primarily in school institutions. In relation with basic school education is added in addition comment mentioned also possibility of home education for the first school level.

At the end are presented possibilities a choice of institutions for education of children's with Asperger syndrome and comparison of educational and pedagogical methods and strategy from their parent point of view.

Key term

Asperger syndrome, Autism, goals of educations, form educations, individual educated plan, cognitive function, method of the educations, International Classification of Disease, pervasive developmental disorder, Autism Spectrum of Disorders, process of education, schizophrenia.

OBSAH

ÚVOD	8
1. Klasifikace Pervazivních vývojových poruch	10
1. 1 Historie Pervazivních vývojových poruch.....	10
1. 2 Výskyt Pervazivních vývojových poruch v populaci.....	12
1. 3 Typy Pervazivních vývojových poruch a poruchy autistického spektra.....	12
1. 3. 1 Dětský (infantilní) autismus.....	13
1. 3. 2 Atypický autismus.....	14
1. 3. 3 Rettův syndrom.....	14
1. 3. 4 Jiná dezintegrační porucha v dětství.....	15
1. 3. 5 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereot.pohyby....	15
1. 3. 6 Aspergerův syndrom.....	15
1. 3. 7 Jiné PVP a pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná.....	17
1. 4 Etiologie autismu.....	17
2. Aspergerův syndrom	20
2. 1 Vymezení pojmu.....	20
2. 2 Symptomy.....	21
2. 2. 1 Řeč - komunikace.....	22
2. 2. 2 Speciální zájmy.....	23
2. 2. 3 Motorika.....	23
2. 2. 4 Smyslové vnímání.....	24
2. 2. 5 Emoce.....	24
2. 2. 6 Sociální vztahy.....	25
2. 3 Prevence a terapie.....	29
2. 4 Prognóza.....	29
2. 5 Diagnostika.....	30
2. 5. 1 Diagnostická kritéria podle DSM - IV.....	33
2. 5. 2 Diagnostická kritéria podle MKN - 10.....	34
2. 5. 3 Diferenciální diagnostika v dětství.....	35
2. 5. 4 Diagnostika pedagogická.....	36
2. 5. 5 Diferenciální diagnostika v dospělosti.....	37
3. Plnění povinné školní docházky	38
3. 1 Integrace.....	42
3. 2 Speciální škola.....	44
3. 3 Alternativní způsoby vzdělávání.....	44
3. 4 Domácí vzdělávání.....	45
3. 5 Individuální vzdělávání ve Speciálně pedagogickém centru.....	42
4. Výchovné a vzdělávací strategie	46
4. 1 Strukturované učení.....	47
4. 1. 1 Strukturalizace.....	48
4. 1. 2 Vizualizace.....	49
4. 1. 3 Individuální vzdělávací plán.....	50
4. 2 Výchovně vzdělávací systémy.....	51
ZÁVĚR	52
SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ	55

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma „**Způsoby vzdělávání jedinců s Aspergerovým syndromem**“. Toto téma je mi velice blízké. Můj syn Ondřej částečně trpí poruchou Aspergerova syndromu a díky němu jsem se dostala blíže ke „světu autistů“. Asi jako každý rodič takto postiženého dítěte jsem prošla různými formami „sžívání se“ s tímto faktem. U Aspergerova syndromu je typické, že nejsou rozpoznatelné hranice mezi tím, co je ještě „normální“ a co už spadá do abnormality, neboť vše se děje plíživě a nečekaně. Dítě se rodí bez jakýchkoli náznaků symptomů autistické poruchy jako kterékoli jiné zdravé dítě, aniž by cokoli nasvědčovalo tomu, že další vývoj bude vykazovat jisté odlišnosti. A nastávají prvá překvapení. Rodič takového dítěte se pomalu začíná setkávat se situacemi, které jej zaráží svoji „jinakostí“, cítí, že je něco mimo standard, pomalu poznává, že svět těchto „Aspíků“ je sice v mnoha ohledech stejný jako ten náš, v jiných oblastech však úplně jiný, zvláštní, „podivínský“. Zdá se, jako by se tito obyvatelé stejné planety, kteří si dokonce do života přinášejí naši genetickou výbavu, na svět dívali z jiného úhlu a vytvářeli si jiná pravidla, jiné normy. Často v této souvislosti nemohu uniknout úvaze o tom, zda svět nás, „normálních“, není v normě jen proto, že je nás většina. Vždyť svět lidí s Aspergerovým syndromem se v mnoha aspektech jeví jako „čistší“, má jasnější a bezelstná pravidla, kterými se jejich nositelé opravdu striktně řídí. Dodržování těchto nepsaných pravidel pak požadují i po druhých, a nenajdou-li dostatek pochopení, „rozhodí“ je to natolik, že nejsou schopni tolerance. Pak nastupují negativní projevy, kdy jsou děti „zaseklé“ a často i agresivní. Ani pro rodiče, především v počáteční fázi, není lehké pochopit, že tyto negativní reakce nevycházejí z jakési negativní stránky jejich povah, ale jsou spíše obranným mechanismem před nepochopení okolí i okolím.

Díky synovi jsem byla donucena se tímto vším zabývat více - kdekoli jsem se s ním pohybovala, vždy jsem narážela na nepochopení a neznalost v této oblasti. Jak Ondřej roste a já si s ním postupně procházím prostředím různých zařízení, školek a posléze škol, zjišťuji, jak je náročné být „jiný“ a nezapadnout do dětského kolektivu, že dnešní svět, ačkoli jej považujeme za moderní a osvícený, není dostatečně připravený

na takovéto situace, neumí je flexibilně řešit. A tak se jako rodič často cítím bezmocná, chci-li pro své dítě udělat maximum možného, pro jeho vzdělání a celkové naplnění plnohodnotného života.

Po synově neúspěšném zahájení školní docházky jsem se rozhodla pro domácí individuální vzdělávání - formu výuky dle Školského zákona č.561/2004 Sb. §36 o plnění povinnosti školní docházky a podle školního vzdělávacího programu „Každému pro jeho život“.

Z pohledu rodiče takto postiženého dítěte jsem nabyla přesvědčení, že mnohde zcela chybí informovanost v této oblasti, situace je navíc o to náročnější, že v České republice je stále ještě nedostatek odborníků a odborných pracovišť schopných tuto poruchu správně diagnostikovat. Rodičům pak trvá podstatně déle, než se v problematice zorientují. Proto jsem se rozhodla v této práci nejen více přiblížit identifikaci samotné poruchy Aspergerova syndromu, ale také zamyslet se nad tím, jak děti s touto poruchou vnímá okolí, jak procházejí školním prostředím a jaké mají možnosti zařazení v sociální oblasti. Za nejdůležitější prvotní krok k úspěšnému zařazení takto postiženého dítěte považují stanovení včasné a správné diagnózy. Rodiče (nebo zákonní zástupci) těchto dětí pak čeká dlouhá cesta za úspěchem a musí v sobě nalézt dostatek síly, elánu, trpělivosti a především pevné vůle, protože často musí překonávat pocit zklamání, když vynaložená námaha neodpovídá výsledkům.

Tato práce vymezuje základní rozdíly mezi čtyřmi jednotlivými formami vzdělávání v České republice. Jedná se o domácí vzdělávání, integrace postiženého do klasické třídy ZŠ, speciální třída při klasické základní škole a speciální škola. Každá z těchto možností má své pro i proti a já jsem se snažila s využitím vlastních praktických zkušeností poskytnout stručnou orientaci dalším rodičům pro potřeby vzdělávání dítěte s Aspergerovým syndromem.

1. KLASIFIKACE PERVAZIVNÍCH VÝVOJOVÝCH PORUCH

„Pervazivní vývojové poruchy (dále jen PVP), jsou podle desáté verze Mezinárodní klasifikace nemocí, (dále jen MKN - X), řazeny do skupiny poruch, které se projevují zhoršenou společenskou komunikací, stereotypně opakujícím se souborem zájmů a prostoupením do všech oblastí osobnosti. Symptomy ve vývoji se vždy objeví do prvních pěti let věku dítěte. Pro diagnostiku PVP jsou důležité rozhodující projevy chování, narušeny jsou i kognitivní funkce. Do této skupiny spadá dětský a atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom, Jiné dezintegrační poruchy v dětství, Hyperaktivní porucha, a Jiné pervazivní vývojové poruchy a PVP nespecifikované“. (MKN – X, 2000)

Svůj původ mají Pervazivní vývojové poruchy v biologické etiologii, či přesněji v organické etiologii. Donedávna byly tyto poruchy řazeny lékaři do skupiny psychóz, ale postupně se od pojmu psychóza ustoupilo, neboť bylo třeba odlišit tuto skupinu poruch od psychóz u dospělých. Hlavní rozdíl spočívá v tom, že PVP jsou vývojové vady a u psychóz jde o ztrátu již naučených schopností.

1.1 Historie pervazivních vývojových poruch

Prvním člověkem, jenž upozornil na podobně nepřiměřené chování u skupinky několika dětí, byl Americký psychiatr, rakouského původu, Kanner. Tyto zvláštní projevy považoval za symptomy specifické samostatné poruchy, kterou nazval **časný dětský autismus** (Early Infantile autism – EIA), podle řeckého původu slova „autos“, což znamená v překladu „sám“. Ale jako první přišel v roce 1911 se samotným pojmem **autismus**, švýcarský psychiatr Bleuler, který tímto označil jeden ze symptomů svých schizofrenních pacientů. Autistické odtažení od reality bylo výrazem pro zvláštní druh myšlení, pohroužení se do vnitřního světa snů a fantazie. Toto myšlení bylo a je považováno za neproduktivní a pasivní, jedná se spíše o výraz popisující druh snění, které je obráceno do vlastního nitra (Thorová, 2006).

V roce 1943 Kanner pozoroval dětský autismus na skupině 11 dětí a pojmenoval jej jako **časný infantilní autismus** v díle „Autistické poruchy afektivního kontaktu“.

V roce 1944, vyšel článek vídeňskému pediatrovi Aspergerovi „Autistische Psychopathen im Kindersalter“ (Autističtí psychopati v dětství), v kterém uvádí problém u čtyř chlapců s podobnými nezvyklými projevy v sociálním chování a zvláštnostmi v komunikaci, řeč mají vyvinutou velmi dobře, normální až vysokou inteligenci, ale mají velmi omezené zájmy a problémy s motorickou neobratností. Tyto děti však v porovnání s dětmi popsány Kannerem, vykazovaly mnohem mírnější formy této poruchy, zároveň se blížily svým nedostatkem kontaktu s okolím ke schizofrenikům, hluchým nebo slabomyslným. Rozdíl těchto 11 dětí od dětí schizofrenních, byly v projevech symptomů, jež byly patrné již od narození, dále rozdíl od dětí hluchých a slabomyslných se tyto děti ještě odlišovali naprostým nezájmem o kontakt s ostatními osobami. Neschopnost navazovat vztahy s ostatními lidmi nazval Kanner „**extrémní autistickou osamělostí**“. Protože se tento charakteristický rys objevoval již v raném dětství, pojmenoval jej „early infantile autism“, později byla tato porucha pojmenována podle něj - Kannerův časný dětský autismus (Nesnídalová, 1994).

Asperger i Kanner použili současně pojem autismus, vzniklo tak shodně, ačkoli o své práci vzájemně nemohli vědět, neboť tato událost probíhala v období druhé světové války a spojení mezi oběma vědci bylo téměř nemožné (Thorová, 2006).

V budoucnu se používání pojmu „autismus“ v Kannerově práci neosvědčilo a ukázalo jako velmi matoucí a problematické, neboť již dříve používal Bleuler pro popis právě jednoho ze symptomů schizofrenie a tím vznikl mylný dojem, že autistická porucha, kterou popisoval Kanner má přímou souvislost se schizofrenií. Ve skutečnosti však šlo o vyjádření, že jím pozorované děti žijí jakoby ve vlastním uzavřeném světě (Hrdlička, Komárek 2004).

Po více než 20 následujících let se na autismus pohlíželo jako důsledek chybné a citově chladné výchovy rodičů, ti byli touto teorií velmi traumatizováni. Teprve od roku 1980 se začal používat termín pervazivní vývojová porucha a nový pojem - **vrozená vývojová porucha mozku**.

Vysoce funkční autismus (HFA - high functional autism) byl popsán v roce 1981 a to pro podskupinu autistických pacientů s normální, či nadprůměrnou inteligencí a

v tomto roce vznikl i název Aspergerův syndrom, který byl určen skupině pacientů, do té doby označovaných jako - autističtí psychopati. V této době vznikly první dohady, zda vysoce funkční autismus a Aspergerův syndrom, není jedna a tatáž porucha. Pojem **autistická psychopatie** byl nahrazen později britskou lékařkou Wingovou za termín Aspergerův syndrom. Wingová se také významně podílela na poznacích o poruchách autistického spektra. Určila například základní trádu postižení jedinců s poruchami autistického spektra – na oblast sociálních vztahů, komunikace a představitosti.

1.2 Výskyt Pervazivních vývojových poruch v populaci

Výskyt autismu se v současné době pohybuje kolem 5-10 dětí na 10.000, s tím, že častěji jsou postiženi chlapci, než dívky. Jde zhruba o poměr 4:1, přičemž u dívek jde o mnohem mírnější formu, kde je více vyvinutá řeč a sociální vztahy než u chlapců. Údajů o poměru výskytu Aspergerova syndromu je velmi málo, předpokládá se však, že tato porucha je mnohem častější, než dětský autismus a často není správně diagnostikován a poté je skryt pod diagnózou jiné psychiatrické poruchy jako je schizofrenie, obsedantně - kompulsivní porucha aj.

1.3 Typy pervazivních vývojových poruch

Pervazivní vývojové poruchy (PVP) a poruchy autistického spektra (PAS)

Poruchy autistického spektra je termín, který je v diagnostice významově užší než je pojem pervazivní vývojové poruchy. Klimeš v roce 1986 uvádí nový pojem pervazivní jako „**všepronikající**“.

Pervazivních vývojových poruch je v současné době uváděno v MKN-X osm, a jen některé z nich jsou zároveň zařazeny do poruch autistického spektra. Rettův syndrom například patří do pervazivních vývojových poruch, ale přitom nejde o poruchu autistického spektra. Do PAS je zařazen především Dětský autismus a

Atypický autismus. Všechny poruchy autistického spektra patří do pervazivních vývojových poruch. Odborníci obecně uvádí pojem pervazivní vývojové poruchy, jen někteří ještě používají termín poruchy autistického spektra, jedná se především o oblast při zaměření na diagnostiku Dětského autismu.

1.3.1 Dětský (infantilní) autismus

Dětský autismus má v MKN-X označení **F 84.0**. Identifikační kód je pro vyjádření typických symptomů jednotlivých typů poruch autistického spektra. U dětí s touto poruchou se projeví před věkem tří let, kdy se projeví především typické symptomy v sociální interakci, jako porucha komunikace a výskyt opakujících se stereotypních projevů. Nejvíce nápadná je absence sociálně emočního, verbálního i neverbálního komunikačního vyjádření a velmi chudé užívání řeči. Tato porucha se vyskytuje až čtyřikrát víc u chlapců než u dívek.

Pro určení klinické diagnózy „dětský autismus“ je třeba splnit všechny tři následující kritéria, uvedené v současných diagnostických manuálech MKN-X a v Mezinárodní klasifikaci duševních poruch i poruch chování - čtvrté revize (DSM - IV)

- **kvalitativní porucha v komunikaci**
- **kvalitativní porucha reciproční sociální interakce**
- **inflexibilita myšlení a hry, stereotypy a rituály**

Zde jsou stereotypní způsoby chování rigidní a mají charakter nefunkčních rituálů, kdy jejich narušení dítě těžce snáší. K dětskému autismu se většinou přidružují různé fobie, nezvladatelné záchvaty vzteku, agrese, poruchy příjmu jídla a sebezraňování. Tyto deficity pokračují i do dospělosti, takže tato autistická porucha nemá věkovou hranici a může se vyskytovat v každé věkové skupině. IQ u takto postižených jedinců je zastoupeno ve všech stupních, avšak výrazně převažují případy v kombinaci s mentální retardací. Do této skupiny patří dříve označované stavy, jako je autistická porucha, infantilní psychóza, infantilní autismus nebo Kannerův syndrom.

1.3.2 Atypický autismus

Autismus atypický má v MKN-X označení **F 84.1**. Tato skupina se výrazně liší od dětského autismu tím, že se narušený vývoj projeví až po třetím roku života nebo tím, že chybí jedna či dvě, ze tří patologických diagnostických kategorií autismu.

Tuto kategorii nalezneme v diagnostickém manuálu DSM-IV zařazenu pod pervazivní vývojovou poruchu nespecifikovanou. Základní kritéria udávající se v Mezinárodní klasifikaci nemocí (1996) jsou stanoveny takto:

- **abnormality nebo narušený vývoj je patrný ve věku tří let nebo později**
- **kvalitativní abnormality ve vzájemné sociální interakci nebo komunikaci**
- **omezené, stereotypní chování, zájmů a aktivit**

(www.autik.blog.cz)

Uvedeny jsou v podkapitole 1.3.1 charakterizující Dětský autismus a vyskytují se nejčastěji u jedinců s těžším stupněm mentální retardace a s vývojovou poruchou receptivní řeči. Zahrnuje stavy dříve označované jako atypická dětská psychóza, a mentální retardace s autistickými rysy.

1.3.3 Rettův syndrom

Rettův syndrom má v MKN-X označení **F 84.2**. Je také jednou z pervazivních vývojových poruch a u PAS se uvádí z toho důvodu, že sekundární projevy, této závažné poruchy, jsou typické pro autistický syndrom.

První projevy této poruchy se objeví již někdy mezi 7 – 24 měsíci života a je provázen zpomalením růstu hlavy. Projeví se ztrátou funkčních pohybů ruky a již naučených jemných manipulačních motorických schopností. Současně se projeví i ztráta nebo nedostatečný vývoj řeči, stereotypní pohyby pažemi, nedostatečné žvýkání potravy a často se přidružují epileptické záchvaty.

Rettův syndrom je velmi závažná progresivní porucha, která se vyskytuje pouze u dívek a v nejtěžších případech končí zástavou vývoje. Následně dochází k rychlé regresí, ztrátě naučených kognitivních schopností, cíleného pohybu rukou, ale nejvíce je

to patrné u řeči. V tomto období se prohlubují autistické rysy chování, poruchy spánku a demence. (Hrdlička, 2001)

„Mytí rukou“, jak je pojmenované typické stereotypní pohyby horních končetin se obvykle projeví kolem 3 - 4 roku, epileptické záchvaty se objevují nejčastěji až po 4. roce. Následuje několik let až desetiletí relativní stabilizace stavu. Poté se klinický obraz znovu zhoršuje.

Velmi často se zvyrazňuje spastická kvadruparéza, (částečné ochrnutí všech čtyř končetin), progreduje těžká kyfoslóza (vybočování páteře v oblasti hrudní kyfózy). Pacientky jsou v konečném stadiu choroby zcela imobilní.

1.3.4 Jiná dezintegrační porucha v dětství

Jedná se o pervazivní vývojovou poruchu, v MKN-X má označení **F 84.3**, která se vyznačuje tím, že před jejím začátkem existovalo období normálního vývoje. Poté v krátké době došlo k významné ztrátě dříve získaných dovedností. Ztráta postupně postihuje několik vývojových oblastí. Současně dochází k nástupu charakteristických sociálních i komunikačních odchylek a abnormalit v chování. Dítě se stává podrážděné, úzkostné a hyperaktivní. Následuje ochuzení a ztráta řeči, doprovázené dezintegrací v chování naznačuje ve většině případů těžkou mentální retardaci.

1.3.5 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

Tato skupina má v MKN-X označení **F 84.4**. Zařazujeme ji mezi PVP, protože u dětí s těžkou mentální retardací, kdy je IQ pod 50, jsou větší problémy s hyperaktivitou a pozorností se mohou objevit i stereotypní chování. Tyto děti také většinou nereagují na psychostimulancia, která u nich mohou navodit až dysforické reakce. Hyperaktivita těchto dětí se často v adolescenci strmě změní v hypoaktivitu, pasivitu a k celkové ztrátě elánu.

1.3.6 Aspergerův syndrom

Lawson ve své knize názorně popsal pohled na svět očima člověka s Aspergerovým syndromem takto: „*Jestli je to jen trochu možné, snažím si udržet něco stálého, i když vím, že přijde změna.*“ (Lawson, 2008) Stručně by se dalo říci, že tito

jedinci mají neustálou potřebu každodenních rituálů a pevně stanovených pravidel na to, aby si zařadili základní představu schématu dne a byli schopní každodenních běžných aktivit a klidného prožití dne. Jakákoli změna, či nedodržení těchto pravidel, jej může úplně psychicky rozladit.

Aspergerův syndrom (dále jen AS) je typ pervazivní vývojové poruchy, která je v MKN-X označena **F 84.5**. Tato kategorie je velmi sporná, charakterizovaná kvalitativními poruchami reciproční sociální interakce spolu se stereotypními, opakujícími se zájmy a činnostmi. U Aspergerova syndromu by se nemělo vyskytovat vývojové zpoždění, či narušení řeči před 3. rokem života, tak, jako je to typické pro dětský autismus. Vývoj řeči bývá formálně v pořádku, ale vyskytují se zde nápadnosti ve výběru a používání slov, šroubovanost ve vyjadřování, egocentrický komunikační styl s preferencí dlouhých monologů na témata, která zajímají pouze dotyčného, obtížnost navázat skutečnou reciproční konverzaci a citlivě reagovat na sdělení od jiných osob. Inteligence je zachována, někdy jsou vysoké dílčí schopnosti. AS je koncepčně nejdiskutovanější skupinou v okruhu PVP, neboť se velmi obtížně hledají její odlišnosti od vysoce funkčního autismu (HFA – v angličtině „Highly Functional Autism“). Zásadní rozdíl je, že u AS se jedná o verzi dětského autismu ohraničenou jen na pravou mozkovou hemisféru. Někteří odborníci vedou spor o tom, zda AS není jen méně závažnou variantou autismu a celkové dělení do dvou diagnóz je jen umělé. AS se vyskytuje převážně u chlapců, v poměru asi 8:1.

V porovnání sociálního chování u Aspergerova syndromu a vysoce funkčního autismu je řada paralel a zároveň odpovídající shodná kritéria MKN-X pro oblast sociálního narušení. Děti s AS, jsou stejně jako děti s vysoce funkčním autismem sociálně izolovány od svých vrstevníků, ale navíc si tuto situaci uvědomují.

Pro děti s AS je velmi obtížné spontánně a přiměřeně reagovat na nečekané a nezvyklé situace. Tyto děti mají zúžené stereotypní zájmy a koníčky, které bývají propracovanější než u vysoce funkčního autismu, jen jsou méně abnormální, i když nepřiměřenost projevů k věku je velmi patrná. Dalším symptomem u dětí s AS je motorická neobratnost, ta je také jedním z diagnostických kritérií MKN-X, ale nevyskytuje se u vysoce funkčního autismu.

1.3.7 Jiné pervazivní vývojové poruchy a pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná

Jiné pervazivní vývojové poruchy s označením v MKN-X, jako **F 84.8** a Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná s označením v MKN-X **F 84.9.**, patří mezi další pervazivní vývojové poruchy. Podle MKN-X jsou to zbývající diagnostické kategorie, které by se měly používat pro poruchy, na které se hodí všeobecný popis pro pervazivní vývojové poruchy, ale u kterých protichůdné nálezy neodpovídají žádné z předchozích kategorií.

„Tyto děti se vyvíjejí do jednoho a půl až čtyř let stejně jako děti ostatní, ale poté se objeví těžká symptomatologie autistického typu. Někdy se tato porucha nazývá pozdní začátek autismu.“ (Gillberg a Peeters, 1998, s. 43)

V této době se objeví klinicky významná ztráta již dosažených dovedností, minimálně ve dvou z následujících oblastí: řeč, sociální dovednosti, motorické dovednosti, hra, a ovládání vyměšování a současně s postižením alespoň ve dvou oblastech triády autismu. (viz.podkap.: 2.5)

Dřívější název pro tuto poruchu byl: dezintegrační psychóza, Hellerova demence či Hellerova psychóza.

1.4 Etiologie autismu

Přesné rizikové faktory autismu nejsou zcela známy, však závažným rizikem jsou především tyto dosud známé faktory:

- silná **genetická složka**, výskyt v rodině
- porodní komplikace, abnormální způsob narození
- infekce, bakteriového nebo virového onemocnění, jenž poškozuje mozkovou tkáň, ke kterému dochází během těhotenství, před narozením nebo krátce po narození (Atwood, 2005, s. 141)
- organické nebo biologické oblasti
- chybná funkce tvorby tzv. **endogenních ovoidů**, což jsou vlastním tělem vyprodukované tzv. hormony štěstí a látky ztišující, tlumící bolest, jedná se především o endorfíny apod.

- zvýšená hladina **serotoninu** (serotonin slouží mimo jiné jako látka přenášející signály v mozkové tkáni, tlumí bolest, ovlivňuje emoce, paměť, spánek).

Jedna z teorií je, že se zastaví rozvoj sociální (emoční) inteligence – EQ, a inteligenční kvocient – IQ nic „nebrzdí“ a tak se vesele vyvíjí dál a je větší, rozvinutější

O tom, že autismus může být poruchou vrozenou, případně dědičnou, uvažovali již Asperger i Kanner. V roce 1969 Friedman publikoval svoje zjištění, že u poměrně dětí trpících fenylketonurií se vyskytuje také autistické chování, a tím byla podpořena myšlenka genetické příčiny autismu. V sedmdesátých letech probíhaly výzkumy v oblasti genetiky, které upozornily na spojitost cytogenetických abnormalit s vývojovými poruchami, včetně autismu. V průběhu dalšího desetiletí byly identifikovány nejrůznější anomálie téměř na všech chromozomech ve spojení s diagnózou autismu. Mezi geny s velkou pravděpodobností prokazaného bližšího vztahu k autismu je např: chromozomální oblast 2q, 7q, 15q, 16q.

Schopler a Mesibov příčinu autismu vidí v organické nebo biologické oblasti. Autismus je porucha, která má neurobiologický původ, spočívající na genetických faktorech a následně se manifestujících v chování. Další faktor je poškození mozku plodu během těhotenství, při porodu, těsně po porodu a nebo pokud se nachází v nevhodném prostředí, v němž vyvíjející se mozek nemá pozitivní růst. Podrobnějšími výzkumy bylo zjištěno, že spánkový lalok, a někdy i čelní jsou nějakým způsobem dysfunkční. Mozkomíšní tekutina neprokazovala rovnováhu určitých přenašečů a u jedinců s autismem se zjistilo, že má vysokou hodnotu rozpadu dopaminu a vysoký pokles produktů rozpadu noradrenalinu. Proteiny vylučované podpůrnou tkání nervových buněk též vykazovaly vyšší hodnoty. (Schopler, Mesibov, 1997).

V další možné teorii se vychází z předpokladu, že autismus je metabolickou poruchou, podobající se celiakii a fenylketonurii. Vznik těchto poruch se přičítá následku špatného trávení proteinů. Peptidy, jež jsou fragmenty trávených proteinů, pronikají dále střevní stěnou do krve a poškozují CNS. Tyto peptidy, jsou podobné morfinu. Jde o gluteomorphine, vznikající nestrávením lepku a caseomorphinu, jež obsahují všechny mléčné výrobky. (www.apla.cz).

V červnu 2004 byla v časopise „Archives of General Psychiatry“ publikována studie australských vědců, podle níž se autistické děti rodí častěji matkám ve vyšším věku, které měly komplikace během těhotenství a porodu. Na základě lékařských zpráv došli autoři studie i ke zjištění, že autismem jsou častěji postiženy prvorozené děti.

Před několika roky se ještě objevila teorie o možném spojení mezi očkováním a dětským autismem. Profesorka Milesová z University of Missouri vyvrátila tuto možnou souvislost. *„Hlavním zdrojem sporu byla látka **thimerosal**, jež obsahuje rtuť, a byla obsažena v některých vakcínách, neboť chránila obsah ampulí před kontaminací bakteriemi na vícero použití. Tímto způsobem se podle vědců zmíněné univerzity zabývalo mnoho výzkumů a nikdo nepotvrdil spojení mezi nárůstem autismu a thimerosalem. U většiny těchto dětí se příznaky autismu rozvíjejí zhruba ve stejné době, kdy jsou očkované. Je pochopitelné, že někteří rodiče věří, že souvislost existuje. Podíváme-li se však na data, jednoduše žádný vztah nenajdeme. Stejně tak se nepotvrdila souvislost mezi podáváním thimerosalu během těhotenství v rámci léčby matky a výskytem autismu u narozených dětí“.* (cit. Rodný, 2005, s. 8)

Nedávná výzkumná studie na příčinu vzniku autismu ukazuje na nedostatek kyslíku během vývoje plodu. Tyto experimenty byly provedeny na potkanech, které vědci vystavovali 10-12 minut zvýšené koncentraci dusíku během porodu. Po této kyslíkové deprivaci došlo u potkanů v pozdějším životě k symptomům, které jsou podobné u autistických dětí.

Z etiologického hlediska se též uvažuje o mutacích 2. a 7. chromozomu nebo zvýšenou hladinou testosteronu v těle matky během těhotenství.

2. ASPERGERŮV SYNDROM

„Aspergerův syndrom je charakteristický disharmonickým vývojem osobnosti s převažující poruchou v oblasti sociální interakce a komunikace. Na rozdíl od dětského autismu není narušen vývoj řeči ani inteligence“. (Vágnerová, 2004, s. 330)

Tato porucha byla pojmenována podle **Hanse Aspergera** (1906 –1980), rakouského psychiatra, který jako první popsal tuto poruchu. Asperger vycházel z výsledků své disertační práce, ve které si u svých dětských pacientů všiml problémů v sociálním kontaktu, zvláštností v řeči, omezených zájmů a motorické neobratnosti. Tento rakouský psychiatr se domníval, že se jedná o poruchu osobnosti a nazval ji "autistická psychopatie" (v Aspergerově době se užíval termín „psychopatie“ v dnešním významu „porucha osobnosti“).

Termín "Aspergerův syndrom" v roce 1981 poprvé použila britská lékařka Wing, která se též významně zasloužila o rozšíření poznatků v oblasti psychopatologie poruch autistického spektra a zpopularizovala práce Aspergera. (Thorová, 2006, s. 37)

2.1 Vymezení pojmu Aspergerův syndrom

Mezi širokou veřejností je Aspergerův syndrom je považován za mírnější formu autismu, neboť jeho syndromy jsou ve většině případů stejné, jen mnohem méně zřetelné a plynule přecházejí do normy. Proto je v určitých hraničních skupinách velmi obtížné odlišit, zda se jedná o AS nebo jen o sociální neobratnost. Thorová ve své knize uvádí, že se stále vedou spory o tom, zda je tento syndrom samostatnou jednotkou nebo jen součástí autistického kontinua.

„Lidé s Aspergerovým syndromem se nevyznačují žádnými tělesnými nápadnostmi, ale druzí si o nich myslí, že jsou divní, protože se při kontaktu nechovají zcela standardně“ (cit. Attwood, 2005, s. 33).

Howlin uvádí, pro diagnostická kritéria Aspergerova syndromu, deficit v sociální komunikaci a často vyskytující se obsedantní chování, čímž také odpovídají autismu.

Jediná kritéria, lišící se výrazně od autismu, která zde Howlin uvádí, jsou relativně normální kognitivní dovednosti a normální vývoj jazyka. (Howlin, 2005).

Všeobecně uznávaným pravidlem je, že touto poruchou trpí lidé s normální, někdy i nadprůměrnou inteligencí.

Hrdlička uvádí, že Aspergerův syndrom by neměl být diagnostikován u osob s inteligenční hodnotou pod IQ 70. (Hrdlička, 2004)

2. 2 Symptomy Aspergerova syndromu

U Aspergerova syndromu je typický disharmonický vývoj osobnosti, kde převažuje porucha v sociální oblasti, především komunikace. Vývoj řeči ani inteligence nejsou narušeny, jako je tomu u dětského autismu. Verbální projev je u těchto dětí nápadný svou monotónností v hlase a pedantickým důrazem na vyslovování. Jejich zájmy jsou nápadné, neobvyklé a jsou si velice podobné svou specifičností a stereotypem, jako u autistických dětí. AS se projevuje se sníženou kvalitou sociální interakce, dodržováním zaběhnutých rituálů v chování, omezenou nebo netypickou mimikou a gestikulací, stereotypními zájmy, problémy s porozuměním ironie, humoru a metafor. Intelekt je v pásmu normy tj. $IQ > 70$, někteří jedinci s AS mají výrazné intelektové nadání $IQ > 130$. Děti s Aspergerovým syndromem mají nevyrovnaný vývojový profil. Jejich intelekt je normální, jejich sociální a emoční dovednosti však vždy výrazně zaostávají za jejich kognitivním vývojem. Pro děti a někdy i dospělé s AS je náročné rozlišit, které chování je sociálně přijatelné a které nikoliv. Nerozumějí významu zdvořilých gest (narozeninové přání a podobně), uniká jim smysl společenských formalit. Je pro ně náročné přiměřeně přijmout nebo vyjádřit kompliment, kritiku nebo gratulaci. Chybí jim flexibilita a přizpůsobivost, těžce nesou změny, zejména neplánované. Bývají perfekcionista, často odmítají novou aktivitu, protože si nejsou jisti, jestli ji dokonale zvládnou. Jsou extrémně kritičtí k vlastním nedostatkům i chybám ostatních. Pro Aspergera může být typická i pohybová neobratnost a podivínské chování. Mezi silné stránky lidí s AS patří čestnost, respektování pravidel, spolehlivost, důslednost a cit pro detail.

Hlavní symptomy Aspergerova syndromu dle Wingové (Burgoine a Wing, 1983) :

- nedostatek empatie
- naivní, nepřiměřená a jednostranná interakce
- pedantská a opakující se řeč
- chudá neverbální komunikace
- malá, případně žádná schopnost vytvářet přátelství
- intenzivní zaujetí určitými předměty
- nemotorné a špatně koordinované pohyby a zvláštní pozice

2.2.1 Řeč – komunikace

Lidé s Aspergerovým syndromem jsou, oproti lidem s dětským autismem, výrazně společenšší. Nerozumí však mimoverbální komunikaci, jako je řeč těla, zabarvení tónu hlasu. Při komunikaci často pomíjí výraz tváře, či postoj posluchače, nereagují na gesta, připomínky, nedbají nezájmu posluchačů. Jejich řeč a vyjadřování bývá pedantické a přesné, často připomíná spíše mluvu dospělých „profesorů“, než dětí. Rádi také vymýšlí vlastní neologizmy a mají většinou velice dobrou slovní zásobu, je však pro ně velmi těžké plynule konverzovat s ostatními. Rádi dlouze mluví o svých oblíbených tématech, bez ohledu na to, jestli to posluchače zajímá, nebo ne. Mnozí neustále skáčou druhému člověku do řeči, protože neumí odhadnout, kdy nastane vhodný okamžik, aby vstoupili do rozhovoru. Nevědí, jak začít nebo ukončit rozhovor, nebo jak změnit téma diskuze. Pro tyto lidi je problém porozumět příslovím a symbolům, mate je a nerozumí sarkasmu, ironii a metaforám.

Někteří jedinci s AS mají chudou mimiku obličeje a řeč těla, jiní gestikulují velmi neobvyklým způsobem. Mnozí vyjadřují své pocity fyzicky: třepou rukama nebo kroutí prsty, skáčou radostí a podobně. Pro Aspergera je typický neobvyklý oční kontakt. Attwood uvádí, že pro lidi s AS je náročné soustředit se na rozhovor a zároveň se partnerovi dívat do očí. (Attwood, 2005, s. 56.)

2.2.2 Specifické zájmy a hra

Pro děti s Aspergerovým syndromem je typické, že se vyžívají v rutíně, jejich svět je jako podle daných pravidel a šablon, která každý den vyžadují. S oblibou provádí každý den své stále stejné rituály, stejné postupy, stejný rozvrh dne, mohou vyžadovat stejnou cestu do školy či práce apod. Jakákoli neočekávaná změna v jejich každodenním zajištění a předem stanoveném rytmu může mít katastrofické následky a u dítěte vyvolává nejistotu, úzkosti, rozhořčení, depresivní náladu či jiné neobvyklé reakce. Děti s AS, mají stejně jako děti s dětským autismem, oblibenu nějakou činnost, které jsou schopni věnovat většinu svého času. S oblibou si pamatují dlouhé seznamy jmen, jízdni řady, sportovní výsledky, telefonní čísla, návody, počty a vše, co je zaujme. Zájem se může týkat sběratelství, ale též např. studia vesmíru, různými rozbory materiálů, dopravním značením, sledování kamerových systémů, únikových východů, poplašných zařízení, apod. Okolí pak na takovéto chování pohlíží jako na posedlost a dotyčné označují za podiviny. Tyto zaujetí v činnosti však nejsou pravidlem a odhaduje se, že u 5-15 % lidí s AS tento speciální zájem „o něco“ chybí. Attwood poukazuje na rozdíly mezi speciálními zájmy kluků a dívek. Zájmy chlapců s AS jsou obvykle hodně odlišné jako záliby jejich vrstevníků. Dívky nemají až tak vyhraněné záliby, zajímají se třeba o panenky, televizní seriály nebo zvířata, podobné těm, jako mají ostatní dívky jejich věku. Svému zájmu se však věnují mnohem intenzivněji.

2.2.3 Motorika

Aspergerův syndrom spojen velmi často s motorickou neobratností. Z pohledu motorického vývoje v celkové pohybové schopnosti dítěte sledujeme tyto oblasti:

- koordinace pohybů
- rovnováha a pohyb v prostoru
- manuální zručnost a grafomotorické dovednosti
- zvláštní motorické projevy, stereotypní a kývavé pohyby, často spojované s napětím nebo radostí
- schopnost udržet rytmus

(Čadilová, Žampachová, 2006, s.16)

Tyto děti mívají problémy s činnostmi, které vyžadují motorickou zručnost, jako je zavazování tkaniček, oblékáním nebo používáním přístroje. Neobratnost se také může projevit při jízdě na kole, bruslích, lyžích, dále se vyskytují neobvyklé pohyby při běhu, chůzi a toto přetrvává až do dospělosti. Někteří z těchto dětí nedovedou správně uchopit propisku a jejich písmo je skoro nečitelné. U jedinců s AS bývá nejméně postižená schopnost plavat, potápět se, skákat na trampolíně, hrát golf a jezdit na koni. Díky své síle a preciznosti mohou někteří v těchto sportech dosáhnout pozoruhodné výsledky.

2.2.4 Smyslové vnímání

U většiny dětí s Aspergerovým syndromem se objevuje silná přecitlivělost na světlo, různé zvuky, barvy, pachy, chutě nebo dotek. Až u 70-85 % dětí s touto diagnózou je přecitlivělost na různé zvuky, přičemž spektrum je překvapivě široké, některým lidem vadí krátké zvuky, jako je štěkání psa, jiným vadí vysoké tóny, například zvuk vrtačky, mixéru apod. Těmto lidem vadí hluk v nákupních centrech nebo na různých společenských akcích. A asi 50 % lidí s AS má přecitlivělost na některé chutě a pachy. Běžná je i přecitlivělost na světlo - lidem s AS může vadit prudké sluneční světlo, nebo jas zářivek, používaných uvnitř administrativních budov. U jedinců s touto diagnózou se někdy objevuje zvláštní vnímání teploty - někteří vůbec nevnímají chlad a nosí trička a kraťasy i v zimě. U jiných je zkrácené vnímání bolesti - někteří jsou přecitlivělí na bolest, jiní ji téměř vůbec nevnímají.

2.2.5 Emoce

Emoce lidí s AS jsou také velice rozdílné, někteří se projevují, jako by byli o emoce ochuzení, neprojevují tolik svůj pocit z radosti, smutku a empatie, ale zdaleka to neplatí pro všechny, neboť mnozí mají naopak hluboké, nepřiměřené a intenzivní pocity, kterým však ve většině případů nedokážou porozumět a vyjádřit je sociálně

přiměřeným způsobem. Attwood ukazuje, že emoční zralost dítěte nedosahuje úroveň přiměřenou věku a kognitivním schopnostem. Chybí jim jemnost ve vyjadřování emocí, svůj hněv, smutek nebo úzkost dávají najevo příliš intenzivně. Často se objevují intenzivní záchvaty afektu, vyvolané událostí, jenž je pro blízké okolí jen nepodstatnou změnou, jako je drobná úprava programu. U těchto dětí běžně dochází k prudkým změnám nálad. Navíc nedovedou odhadnout moment, kdy není vhodné veřejně mluvit o svých emocích. Přílišným odhalením svého citového života uvádí kamarády nebo blízké okolí do rozpaků. (Attwood, 2005, s. 53)

Pozitivní povahové stránky spojené s AS, podle učitele ZŠ Wintera (2003):

- čestnost
- odhodlanost
- spolehlivost
- obětavost

Thorová ve své knize uvádí, že někteří lidé s AS jsou pasivní a nevykazují se žádnými výraznými abnormalitami v chování. Jejich blízké okolí je však často vnímá jako „podivný“, se zvláštními introvertními zájmy. I přes tyto odlišnosti mohou vést běžný život, najít si svého životního partnera, mít své zaměstnání a naplnit tak svůj život. Na opačné straně této skupiny jsou však lidé, kteří mají již od dětství problémy se svým chováním vůči okolí, nejsou schopni si najít práci, případně v ní opakovaně selhávají. Bohužel tito lidé nejsou schopni navázat partnerský vztah, neboť ve většině oni sami, nemají potřebu klasického vztahu a nevyhledávají jej. (Thorová, 2006)

2.2.6 Sociální vztahy

Attwood ukazuje na to, že dětem s touto diagnózou často chybí motivace zapojit se do skupinových aktivit, které mají oblíbené ostatní vrstevníci. Nejjistěji se děti s AS cítí ve společnosti jednoho kamaráda, než ve skupině. Většina těchto dětí se cítí mezi vrstevníky nejisté a vyhledávají společnost výrazně mladších dětí, jež jsou sociálně na stejné úrovni. Jindy naopak vyhledávají dospělé, kteří bývají zpravidla tolerantnější k jejich zvláštnostem. Chtějí-li si hrát s vrstevníky, nevědí, jak se do hry zapojit,

nerozumějí pravidlům běžných dětských her a sportů. Další problémy vznikají při vytváření přátelství. Děti s AS žijí v představě, že když si někoho oblíbí, tak že i ten druhý má k nim stejně intenzivní vztah, jako mají oni k němu. Nedovedou číst jemné náznaky, kterými jim ten druhý chce naznačit, že to tak není. Podaří-li se dítěti s AS navázat vztah, je pro ně náročné si přátelství udržet. Potřebuje rady, jak často se má příteli ozývat, o čem se s ním má bavit, jak řešit konflikty a nedorozumění.

Aspergerův syndrom začíná nenápadně. Často se objevuje totéž, co u autistů, že seskupují a skládají věci pravidelně, úhledně, avšak podivně. Ale výrazně se zde objevuje také puntičkářství tzv. perfekcionismus. To může stát tohoto jedince mnoho času, a okolí to mnohdy zatěžuje, je to taky zdržuje.

„Pozitivním“ symptomem Aspergerova syndromu je nadprůměrná dílčí schopnost. Ale neznamená to, že pokud někdo má nadprůměrnou inteligenci, má i AS. U těchto dětí je typické, že se vzhlednou v nějakém oboru, jako je fyzika, vlastivěda, přírodověda apod. a v tomto oboru vynikají znalostmi a jsou schopni celé hodiny studovat informace s tímto oborem související. Bohužel emoční inteligence (EQ) těchto dětí je velmi nízká. Většina jedinců s AS není schopna komukoli ani pohlédnout do očí a tím navázat mezilidské vztahy. Velkým problémem je absence fantazie, nepochopení nadsázky, vtipů, metafor, ironii, dvojsmyslům, a že berou vše naprosto vážně. Stává se, že u některých běžně řešitelných případů jsou totálně bezradní a často jim chybí schopnost domyslet si následky některých situací. Z tohoto důvodu je v některých zemích zákon o zmírnění trestu autistům. Dalším výrazným symptomem AS je ulpívání na jednom tématu či jedné činnosti, kterou pak mají potřebu shodně vykonávat každý den. Jsou to tzv. „denní rituály“. Pokud vykonávají tuto činnost, soustředí se jen na ni a nejsou schopni nic jiného vnímat a nevyruší je ani, když zvoní telefon nebo na něho někdo volá, či třeba někdo něco chce. Rádi opakují stále jedno slovo, frázi nebo gesto, které se občas zamění za nové, ale jeho frekvence se nezmění. Tímto slovem občas odpoví třeba i na nějakou otázku i přesto, že to vůbec nedává smysl. Ale oni tam ten smysl jaksi záhadně cítí a myslí si, že tato odpověď je úplně v pořádku a někdy to považují za humor a opakováním těchto frází si vynucují pozornost.

Velký problém v sociální oblasti nastává, když jim ten jejich „svět“ někdo naruší. Některé děti se stydí, jsou plaší, nervózní a někteří mohou být nedůtklivé i agresivní. Chování těchto dětí je pro okolí často nepředvídatelné, někteří velmi stydliví jedinci nezvládají běžné situace, které ostatní lidé považují za normální a naopak situace, které ostatní lidé považují za zábavné, vůbec nechápou a ani je nevyhledávají. Toto jejich chování zapříčiňuje, že mají jen velmi málo nebo žádné kamarády a nejsou schopni si ani najít partnera.

Děti s AS mají velký problém porozumět úmyslům, myšlenkám, pocitům a záměrům ostatních. Schopnost vžít se do prožívání ostatních se nazývá „teorie myslí“ a u neurotypických (bez poruchy autistického spektra) dětí se rozvíjí kolem pátého roku. V tomto období dokáže dítě podle mimiky a gestikulace odhadnout emoční stav druhého člověka. U dětí s AS je tato schopnost opožděná nebo narušená. Kvůli tomuto nedostatku často mylně odhadnou pocity druhého člověka, co bývá někdy popisované jako chybějící empatie. Problém ovšem obvykle nespočívá v nezájmu o toho druhého, ale v problému správně „přečíst“ řeč těla.(Attwood, 2008, s.112 - 114)

Attwood, jenž je odborník na problematiku AS, poukazuje na to, že malým dětem s touto diagnózou chybí motivace zapojit se do skupinových aktivit, které mají oblíbené neurotypické děti. Děti s AS se obvykle cítí jistěji ve společnosti jednoho kamaráda, než ve skupině. Některé děti jsou mezi vrstevníky nejisté a vyhledávají společnost výrazně mladších dětí, které jsou sociálně přibližně na stejné úrovni. Jindy vyhledávají dospělé, kteří jsou zpravidla tolerantnější k jejich zvláštnostem. V případě, že si chtějí hrát s vrstevníky, nevědí, jak se do hry zapojit, nerozumějí pravidlům běžných dětských her a sportů.(Attwood, 2005, s. 35 - 36)

Attwood taky upozorňuje na problémy, kterým čelí děti, mládež i dospělí při vytváření přátelství. Tito lidé se domnívají, že jestli si někoho oblíbí, tak ten druhý má k nim stejně intenzivní vztah jako oni a nedovedou číst jemné náznaky, kterými jim ten druhý chce naznačit, že to tak není. Podaří-li se jedinci s AS navázat vztah, je pro ně náročné si přátelství udržet. Potřebuje poradit, jak často se má příteli ozývat, o čem se s ním má bavit, jak řešit konflikty a nedorozumění. (Attwood, 2008, s.89)

U lidí s Aspergerovým syndromem rozlišujeme pět typů sociálního chování: osamělý, pasivní, aktivní, formální a smíšený.

- **Děti s osamělou formou.** Pro tyto děti je charakteristické odmítání fyzického kontaktu (mazlení, hlazení) s rodiči a dalšími blízkými lidmi. Tyto děti nejeví zájem o kontakt s vrstevníky. Nenavazují oční kontakt. Mívají nízkou míru empatie a snížený práh bolesti. (Thorová, 2006, s. 64)
- **Pasivní děti** kontakt s ostatními akceptují, ale sami ho vyhledávají, jen zřídka. Oslavy, setkávání se s novými lidmi a jiné sociální aktivity, jim nepřinášejí žádné potěšení. Mají omezenou schopnost vyjádřit své potřeby, nedovedou s ostatními sdílet radost, neumí poskytnout druhým lidem útěchu nebo se s nimi o ni dělit. Tyto děti mají nízkou míru spontaneity, bývají pasivní, hypoaktivní. (Thorová, 2006, s. 67)
- **Aktivní děti** kontakt rády a často iniciují, neumějí posoudit přiměřenost svého konání, a proto se často chovají nevhodně, dotýkají se cizích lidí, vstupují do jejich osobního prostoru, oslovují neznámé lidi a povídají jim o svých specifických zájmech a podobně. Toto chování odolává pokusům o změnu, protože tyto děti mají problém porozumět pravidlům sociálního chování i kontextu situace. Rádi pořád mluví o své zálibě, bez ohledu na zájem posluchače. Mají neobvyklou mimiku, bizarní řeč těla a nepřiměřený oční kontakt, tzv.: „civí“ druhým lidem do očí. U těchto dětí se často vyskytuje i ADHD. (Thorová, 2006, s. 70)
- **Děti s formálním chováním** svým projevem připomínají spíše dospělé. Mají výborné vyjadřovací schopnosti, jejich řeč však působí strojeně. V sociálním styku jsou odtažití, působí chladným dojmem. Oblibují společenské rituály a úzkostlivě dbají na jejich dodržování. Lpějí na pravidlech a normách chování, jakékoli porušení předpisů je silně rozruší, reagují afektem. Mají problém porozumět ironii, humoru, metaforám. V sociálním kontaktu jsou velice naivní a upřímní, i když se to v dané situaci vůbec nehodí. Mají encyklopedické zájmy, o svém hobby vědí neuvěřitelné detaily a podrobnosti. (Thorová, 2006, s. 73)

- **dětí se smíchanými projevy.** U těchto dětí kvalita sociálního kontaktu značně kolísá. Jejich projevy jsou rozmanité, závisejí na kontextu a osobě, s kterou navazují kontakt. Vyskytují se u nich prvky všech čtyř typů chování. (Thorová, 2006, s. 76)

2. 3 Prevence a terapie

Aspergerův syndrom není nakažlivý. Úmrtnost v přímé souvislosti spojená s tímto druhem postižením je 0%. Účinná prevence v získání AS neexistuje a nelze této poruše nijak předcházet, neboť podstata tohoto postižení není dosud přesně známa. Vzhledem k tomu, že se zde uvažuje o spojitosti s mutacemi na chromozomech číslo 2. a 7., mohlo by být do budoucna možné tohoto poznatku využít a včlenit jej do prenatální diagnostiky.

Mezi „léčbu“ AS patří jen podpůrné prostředky, snažící se nejvíc o posílení schopnosti navázání mezilidských vztahů a seznámení děti s pravidly chování a diety.

2. 4 Prognóza

U těchto dětí je nápadný verbální projev nápadný svou monotónností a důrazným pedantským používáním jazyka. Své zájmy mají velmi odlišné od svých vrstevníků, a proto jsou okolí velmi nápadné. Jejich velice specifické a stereotypní zájmy jsou podobné autistickým dětem, ale na rozdíl od dětí s dětským autismem, mívají problémy především v oblasti sociální adaptace, prognóza je však mnohem lepší. Aspergerové si své potíže dobře uvědomují a z tohoto důvodu se u nich často vyvolá deprese a může i suicidální chování. (Vágnerová, 2004).

2.5 Diagnostika

Při stanovení diagnózy dětského autismu musí být prokázány problémy v každé z následujících tří diagnostických oblastí tzv. "Triáda" (Thorová, 2006):

DIAGNOSTICKÁ TRIÁDA:

Abnormality v sociální interakci (Hrdlička, Komárek 2004)

- autističtí kojenci se vyhýbají očnímu kontaktu, nejeví zájem o lidské tváře
- nevytvářejí si typickou vazbu k matce a jen málokdy projevují strach z odloučení od blízké osoby nebo strach z cizích lidí (Lewis, 1996; Wiener, 1997, cit. dle Hrdlička, Komárek 2004)
- později narušení sociální interakce, především nezájem o kontakt s lidmi; slabá nebo žádná odpověď na emoce okolí
- potíže při přizpůsobování se sociálnímu kontextu

Abnormality v komunikaci

- opožděný vývoj řeči (Hrdlička, Komárek 2004)
- nedostatečné sociální užívání řeči (Thorová 2006)
- postižení neverbální složky komunikace – nedostatečná gestikulace při komunikaci, mimika nereagující na vlastní potřeby nebo dění kolem (Hrdlička, Komárek 2004)
- porucha ve fantazijní a společenské napodobující hře, nedostatek tvořivosti a fantazie v myšlení, soustředění na detail (Hrdlička, Komárek 2004)

Abnormality v chování a zájmech

- lpění na neměnnosti navyklých způsobů a prostředí – rituály, odpor k jakýmkoli změnám (Hrdlička, Komárek 2004)
- stereotypní zájmy, pohybové stereotypie (Thorová, 2006)
- zájem o neživé, mechanické předměty a nezájem o společenské záliby a hry s vrstevníky (Hrdlička, Komárek 2004)

Aspergerův syndrom bývá diagnostikován později, protože v raném věku se postižení neprojevuje tak výrazně, jako u dětského autismu. Porucha s AS se vyskytuje četněji, než autismus, ale obě poruchy mají mnoho společných znaků. Diagnostika AS je mnohem složitější a často se stává, že je diagnostikována jako jiné onemocnění. Stane se tak z toho důvodu, že lidé s AS nemají poruchy řeči, jako je to typické pro dětský autismus a jsou v některých případech řečově nadaní a nadprůměrní. Navzdory řečovým schopnostem, mívají tyto děti problémy v některých předmětech ve škole, protože jim chybí abstraktní myšlení, nicméně velmi vynikají v učení se faktům, seznamům či vzorcům. Inteligence u dětí s AS je normální až nadprůměrná. Stává se, že diagnóza těchto jedinců je stanovena až v dospělosti, což je poté pro daného jedince ospravedlňující a osvobozující záležitostí a jsou mu objasněny všechny negativní prožitky a události v komunikační a sociální sféře, které měl v dosavadním životě.

U diagnostiky Aspergerova syndromu obvykle probíhají dvě fáze. Nejprve rodiče nebo učitelé dotyčného dítěte, s podezřením na Aspergerův syndrom, vyplňují dotazník nebo posuzovací stupnici, na které se označí intenzita projevu, podle toho, jak vše oni vnímají. Ve druhé fázi je již diagnostika odborná, kterou vede klinický zkušený psycholog, který již má praxi s diagnostikou chování a schopností dětí, trpícími vývojovými poruchami. V první části diagnostiky jsou posuzovány děti podle pevně stanovených posuzovacích škálových stupnic. Pro příklad je stručně uvedena Australská škála Aspergerova syndromu, kdy v první fázi rodiče vyplňují dotazník, jenž je stanoven pro chování a další projevy, které svědčí pro poruchu AS a je zaměřen na děti v prvních letech školní docházky, neboť v tento věk je kritickým obdobím, kdy se změnou prostředí se nejvíce projeví abnormality v chování a nápadné vlastnosti.

Skupiny vzorců chování a nápadně odlišných vlastností pro určení AS:

- sociální a emocionální schopnosti a dovednosti
- specifické zájmy
- komunikační dovednosti
- pohybové dovednosti
- kognitivní schopnosti
- další proměnné

Každá část dotazníku tvoří několik otázek, kde rodiče a učitelé označují intenzitu projevů podle otázek na škále od 0 do 6 (což znamená 0 = zřídka, 6 = často).

Pokud se dotazované dítě ve většině pohyboval v oblasti dva až šest bodů, ještě to neznámá, že má dítě AS, ale tento výsledek je již jako důvod na odborné diagnostické vyšetření.

Ve druhé fázi vyšetření, zaměřené na stanovení diagnózy, se již psycholog snaží se posoudit sociální, faktory kognitivní a jazykové, pohybové schopnosti a dovednosti. U tohoto vyšetření je velmi důležité pozorování sociálního chování dítěte, při kterém se sleduje schopnost a kvalita vztahu s druhými osobami, očního kontakt a jeho intenzita, mimika, řeč těla, zmínky o kamarádech. Jedním z častých úkolů dítěte je popsání emocí zachycených na fotografii.

Součástí vyšetření je i jazyková dovednost. Děti s AS mají velmi bohatou slovní zásobu, jen výběr slov je často neobvyklý, nepřirozený a působí velmi šroubovaně. Jistou důležitou roli hraje i použití jazyka v konkrétní dané situaci neboť dětem s AS se stává, že se dostanou do situace, v níž nevědí, jak na položenou otázku odpovědět. Většina dětí s AS je ve svém projevu přehnaně důsledných a lpících na maličkostech, výjimkou není ani odlišný tón řeči, kdy děti zřetelně vyslovují jednotlivé hlásky a zakládají si na přesném vyslovování.

V další fázi vyšetření je myšlení, paměť a učení, čili kognitivní schopnosti. U tohoto vyšetření je třeba se zaměřit na zájmy dítěte ve srovnání s dětmi stejného věku. Během vyšetření se sledují pohybové schopnosti, jako je například chytání a házení s míčem, běh, kreslení a psaní.

V poslední fázi diagnostického vyšetření se vyhodnocují všechny získané informace a posuzují různé vazby a možnosti ve vztahu s formálními diagnostickými kritérii. Kritéria se nepodařilo dosud sjednotit. Známý jsou 4 postupy kritérií, které klinický psycholog může k diagnostice využít a která jsou stanoveny od:

- Americké psychiatrické asociace ve 4. revizi Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM – IV)
- Světová zdravotnická organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN - X)
- Christopher a Corina Gillberg ze Švédska“ (Attwood, 2005, s. 28).
- Peter Szatmarima z Kanady

2.5.1 Diagnostická kritéria podle DSM - IV

A. Kvalitativně narušená sociální interakce, projevující se alespoň dvěma příznaky:

- výrazně narušené neverbální chování v řadě aspektů, například pohled z očí do očí, výraz tváře, tělesný postoj, gesta při konverzaci
- neschopnost navázat vztahy s vrstevníky odpovídající vývojové úrovni
- nedostatek spontánního zájmu o sdílenou radost, zájmy či cíle ve společnosti druhých lidí, absence ukazování, přinášení či zdůrazňování předmětu zájmu ostatním lidem
- nedostatek sociální a emocionální vzájemnosti

Omezené opakující se či stereotypní vzorce chování, zájmů a činností, přičemž se projevuje alespoň jeden příznak z níže uvedených:

- pohlcující zaujetí pro jednu či více stereotypních zálib s přísně vymezenými pravidly, které se od ostatních liší intenzitou nebo předmětem zájmu
- nepružné dodržování specifických rituálů či rutinních činností a bezvýhradné lpění, aby nebyly porušeny
- stereotypní a pravidelně se opakující pohybové manýrismy, jako je kmitání či kroužení rukou nebo prsty nebo pohyby celým tělem
- trvalé zaujetí částmi předmětů nebo objekty

Poruchy zapříčiňují klinicky významné narušení sociálních, pracovních či dalších významných aspektů života.

Nedochází ke klinicky významnému opoždění řečového vývoje, jako jsou například jednotlivá slova ve dvou letech, slovní spojení udržující komunikaci ve třech letech.

Nedochází ke klinicky významnému opoždění kognitivního vývoje, úroveň sebeobsluhy a adaptivního chování, kromě sociální interakce, odpovídá věku a zvědavost ohledně okolí je v normě.

Nejsou splněny kritéria pro diagnostiku jiné specifické pervazivní vývojové poruchy ani schizofrenie. (Tony Attwood, 2005, s. 189 - 190)

2.5.2 Diagnostická kritéria podle MKN-X

A. Nedochozí k žádnému klinickému opoždění mluvené řeči, schopnosti rozumět řeči ani kognitivního vývoje. Při této diagnóze je podmínkou, aby jedinec do dvou let používal jednotlivá slova a do tří let se naučil používat komunikativní fráze. Zvědavost týkající se okolí, adaptivní chování a sebeobsluha by během prvních tří let měly odpovídat standardnímu intelektovému vývoji. Milníky motorického vývoje jsou však opožděné, běžná je pohybová neobratnost, i když však není nezbytným diagnosticky významným projevem. U těchto dětí se vyskytují speciální dovednosti, jimiž bývají pohlčení, avšak ani ony nejsou jedním ze základních předpokladů ke stanovení diagnózy.

B. Kvalitativní odchylky se musejí projevovat ve vzájemné sociální interakci alespoň ve dvou níže uvedených oblastech:

- neschopnost udržení si přiměřeného pohledu z očí do očí, používání mimiky, postoj těla a gesta pro účely usměrňování sociální interakce
- neschopnost navazovat přiměřeným způsobem vztahy s vrstevníky, jež jsou založené na sdílení zájmů, činností a prožitků přiměřeného k mentálnímu věku a navzdory četným příležitostem
- absence sociálně - emocionální vzájemnosti projevující se narušenou či odchýlnou reakcí na citové projevy druhých lidí, případně nedostatečná přizpůsobivost chování podle sociálního kontextu nebo chabé propojení sociálních, emocionálních a komunikativních vzorců standardního chování
- absence a neschopnost spontánního vyhledávání přítomnosti vrstevníků, se kterými by dítě s AS dokázalo sdílet zájmy, radost, úspěchy, či neúspěchy.

C. U dítěte se projevuje neobvyčejně silný a úzce vymezený zájem, případně omezené, opakující se a stereotypní vzorce chování, zájmy a činnosti, a to přinejmenším v jedné z následujících oblastí:

- pohlcující zaujetí zálibou se stereotypním a opakujícím se vzorcem, která je abnormální svým obsahem nebo zaměřením; případně jeden a více zájmů vyznačujících se netypickou intenzitou a precizně vymezenou povahou, avšak bez abnormalit v obsahu nebo předmětu zájmu
- nutkavé zaujetí nefunkčními rutinními činnostmi či rituály
- stereotypní a opakující se pohybové manýrismy obsahující buď kmitání či kroužení rukou, případně prsty, anebo pohyby celým tělem
- silné zaujetí částmi předmětů nebo nefunkčními částmi hraček, jejich barvu, vjemem při doteku jejich povrchu, hlukem či vibracemi, jež produkují.

D. Porucha nelze přiřadit k jiným formám pervazivních vývojových poruch, simplexní schizofrenii, schizotypní poruše, anankastické poruše osobnosti obsedantně-kompulzivní poruše, reaktivní a dezinhibované poruše příchyllosti v dětství. (Attwood, 2005, s. 190 - 191)

2.5.3 Diferenciální diagnostika v dětství

Mezi odborníky se často diskutuje diskuse o rozdílech mezi Aspergerovým syndromem a schizoidní poruchou v dětství. Schizoidní porucha se projevuje přecitlivělostí, nedostatkem empatie, někdy se vyskytují i paranoidní myšlenky a zvláštní zájmy. Psycholožka Thorová uvádí, že: *„Schizoidní porucha v dětství nemá jasně vymezené diferenciálně-diagnostická kritéria vůči poruchám autistického spektra, její popis se do značné míry překrývá se symptomatikou zejména Aspergerova syndromu. V podstatě se dá říci, že se jedná o mírnější variantu Aspergerova syndromu tzv. vysoce funkční Aspergerův syndrom.“* (Thorová, 2006, s. 303).

Další diskuze se vedou o vztahu mezi AS a schizotypní poruchou v dětství. Pro schizotypní poruchu jsou typické paranoidní představy, magické a bizarní myšlení,

sociální stažení, zvláštní zájmy, obřadní řeč, somatosenzorické iluze a psychotické epizody s halucinacemi a bludy. Stejné symptomy se mohou objevit i při AS, hranice mezi těmito poruchami je nejasná. Někteří autoři se domnívají, že jde ve skutečnosti o jednu poruchu. (Thorová, 2006, „Poruchy autistického spektra“, Praha: Portál, s. 303 - 304).

2.5.4 Pedagogická diagnostika

Pedagogická diagnostika je komplexní proces, jehož cílem je zjišťování dosažené úrovně vědomostí, dovedností, návyků a emočně sociální úroveň žáka. Stručně řečeno, při diagnostice sledujeme nejen výsledek, ale i samotný proces. Diagnóza má význam především pro domluvu mezi odborníky a je ovlivněna současnou úrovní vědomostí a zkušeností těch, kteří se na jejím stanovení podílejí. Přidělení diagnózy je v současnosti velmi důležité a v některých případech podle školského systému i nutné. Zdravotně oslabené dítě má nárok na finanční příspěvky odstupňované podle závažnosti diagnózy. Dítě se specifickou poruchou učení má nárok na zvýšený normativ pouze v případě závažné poruchy a je spojen s povinností vypracovat individuální vzdělávací plán (viz. podkap.: 2.5) a věnovat dítěti individuální péči. (Zelinková, 2007)

Bohužel stanovení pedagogické diagnózy může mít, z hlediska dítěte, rodiny a školy i protichůdné následky. Z jedné strany nastupuje úleva, že dítě má poruchu učení a neúspěch není způsoben nižšími rozumovými schopnostmi, leností, nedostatkem snahy, nedostatky ve vedení výuky apod., ale z druhé strany může diagnóza sloužit jako výmluva, za níž se skrývá snaha nic nedělat, zbavit se odpovědnosti za výsledky dítěte ve škole, a to ze strany rodičů a někdy i učitelů. Je třeba pečlivě zvažovat přidělení diagnózy u dětí mladšího školního věku, neboť zde je nebezpečí identifikace s diagnózou, sebepodceňování nebo přehnané vnímání své odlišnosti. V těchto případech působí přidělená diagnóza inhibičně.

Diagnostickou diagnostiku rozdělujeme na 4 typy:

- **normativní diagnostika**, u které je výsledek jedince v určité zkoušce srovnáván s výsledky reprezentativního vzorku populace ve stejné zkoušce a slouží například k posuzování možností studia, k přechodu na náročnější typ školy a porovnávání výkonu žáka s obecně platnými normami
 - **kriteriální diagnostika**, nám pomáhá srovnávat vnější měřítka s objektivně vymezenými úkoly, jako je například zvládnutí/nezvládnutí osobní hygieny, zvládnutí/nezvládnutí násobilky pěti
 - **individualizovaná diagnostika**, je velmi důležitá u handicapovaných nebo neúspěšných dětí, u kterých došlo ke ztrátě motivace a je třeba stanovení dílčích kroků k zvládnutí postupu vpřed a nalezení pozitivní motivace
 - **diferenciální diagnostika**, slouží k rozlišení obtíží, které mohou mít stejné projevy, ale různé příčiny
- (Zelinková, 2007, s.14-15)

2.5.5 Diferenciální diagnostika v dospělosti

Gillberg a Peeters ve své knize uvádějí, že Aspergerův syndrom: „je často neoprávněně diagnostikován v dospělém věku jako schizotypní porucha, schizoidní porucha osobnosti, paranoidní porucha osobnosti, atypická deprese, hraniční porucha a dokonce někdy jako: schizofrenie.“ (Gillberg - Peeters, 2008, „Autismus – zdravotní a výchovné aspekty“, Praha: Portál, s. 45)

Pro schizoidní poruchu je typická mělká emotivita, sociální izolovanost, emoční chlad, trvalé upřednostňování individuálních zájmů před skupinovými aktivitami, nezájem o přátelské nebo sexuální vztahy. Tito lidé velice slabě reagují na podněty, které u druhých vyvolávají hněv nebo smutek. Bývají přemýšliví, originální, nepraktičtí; nezajímají je sociální zvyklosti.

Lidé s AS taky preferují individuální aktivity, nedodržují společenské konvence, mají potíže s vyjadřováním pocitů, a proto působí chladně a odtaziť. Jedinci s AS na rozdíl od jedinců se schizoidní poruchou po vztazích většinou touží, kvůli svému

handicapu je však neumí navazovat. Praško uvádí, že pro hraniční poruchu je typická emoční nestálost, „černobílé myšlení“, problémy s identitou a přetrvávající úzkost. Často se vyskytuje sebepoškozování a sebevražedné myšlenky a pokusy sebevraždy. Lidé s hraniční poruchou se bojí opuštění a dopouštějí se nevědomé manipulace ve snaze vyhnout se skutečnému nebo fiktivnímu opuštění. U AS se běžně objevují všechny příznaky typické pro hraniční poruchu kromě nevědomé manipulace a strachu z opuštění. K záměně se schizofrenií dochází podle Thorové kvůli sociální uzavřenosti, zvláštnímu, zabíhavému nebo hyperrealistickému myšlení, neobvyklým zálibám a paranoidním myšlenkám, se kterými se u lidí s AS setkáváme. Tyto projevy připomínají některé znaky schizofrenie. U člověka se schizofrenií se však vyskytují bludy, halucinace nebo katatonní projevy. (Thorová, 2006, s. 291 - 292)

Thorová uvádí, že může dojít i k záměně AS s úzkostní a nebo anankastické poruchy osobnosti. Při úzkostné poruše, stejně jako u Aspergerově syndromu, dochází k sebedopodhodnocování a vyhýbání se společnosti. Aspergerův syndrom se vyznačuje přehnaným perfekcionismem, důrazem na formální pravidla a pedantností, podobně jako je i u poruchy Anankastické poruchy. Poruchy osobnosti však nastupují v adolescenci nebo rané dospělosti, AS se projevuje již v dětství. Sociální deficit je při poruchách osobnosti mírnější než při AS. (Thorová, 2006, s. 302 - 303)

3. PLNĚNÍ POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY JEDINCŮ S ASPERGEROVÝM SYNDROMEM V ČR

Z pohledu vzdělávání dětí s AS je velmi důležité pro rodiče a opatrovníky znát diagnózu dítěte ještě před zahájením školní docházky. Jen tak je možnost včas a vhodným způsobem najít a zvolit vhodné specializované vzdělávací zařízení, které by splňovalo podmínky jejich optimálního zařazení s ohledem na míru poruchy, potřeby dítěte po stránce výchovné, vzdělávací, ale i po stránce sociální, zejména z hlediska včlenění mezi jeho vrstevníky.

V současné době je v České republice žákům s AS, garantováno vzdělávání v plném rozsahu od předškolního až po vysokoškolský a to s ohledem na jejich aktuální

možnosti. Podmínky vycházející z českých školských právních norem pro vzdělávání těchto žáků jsou příznivé. Žáci mohou být integrováni do všech stupňů běžných tříd, jsou pro ně zřizovány speciální třídy nebo je navržen jiný způsob vzdělávání, např. individuální práce s pedagogem, kombinace integrace a individuální práce apod. (Čadilová, Žampachová 2007, s. 6).

Integraci upravuje Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Dalším důležitým krokem pro efektivní vzdělávání dětí s Aspergerovým syndromem bylo zřízení funkce asistenta pedagoga, která je upravena aktuálními legislativními normami. **Asistent pedagoga** pracuje se žákem individuálně nebo se skupinou žáků ve speciální škole. Jeho funkce je však i nemalou pomocí pedagogům, protože eliminuje vysokou náročnost práce při vzdělávání těchto žáků.

Možnosti předškolního vzdělávání dětí s Aspergerovým syndromem:

- **speciální mateřská škola** - zde bývá dítě efektivně zařazeno mezi děti s jiným postižením, jako jsou smyslové a tělesné vady, či mentálně postižení
- **speciální třída pro děti s autismem** - tato třída je zřízena při běžné mateřské škole nebo speciální mateřské škole a má menší počet dětí
- **běžná mateřská škola, tzv. integrace** – zde je do kolektivu běžné třídy zařazeno dítě s AS, pokud je třeba, může mít i osobního asistenta

Někdy se stane, že se u dítěte, které navštěvuje celé předškolní období klasickou mateřskou školu, objeví symptomy AS až okolo 5. roku nebo těsně před nástupem povinné školní docházky. I v tomto případě je samozřejmě možné toto dítě, v souvislosti s nástupem na základní školu, integrovat nebo zvolit jinou formu speciálního vzdělávání.

Možnosti základního vzdělávání dětí s Aspergerovým syndromem:

- **speciální třída** - specializovaná na žáky s autismem, při běžné ZŠ

- **integrace** - do klasické třídy základní školy; zde je možné, přiřadit dítěti asistenta, pokud se jeví, že bez asistence výuku nezvládá
- **speciální škola** - kde je zřízena i speciální třída pro žáky s autismem
- **domácí vzdělávání**

V případě, že diagnóza Aspergerova syndromu je stanovena ještě později, třeba kolem deseti let a dítě je již zařazeno v běžné třídě ZŠ, je nejvhodnější variantou k dítěti přidělit asistentku, aby nebyly přerušeny již vzniklé sociální vazby na stávající třídu. Pokud však je situace, že naopak dítě s AS má v tomto kolektivu problémy v důsledku jeho poruchy a jeho vrstevníci jej nepřijali, tak se domnívám, že nejlepší variantou je, co nejdříve dítě přeřadit do úplně jiného prostředí. Toto nové zařízení už by mělo být voleno pro potřeby vzdělávání dětí s AS, kde je možnost vedení správným směrem, jak po stránce vzdělávání, tak i sociální výchovy. Jsem přesvědčená, že při nevhodně zvoleném sociálním prostředí, nemají tyto děti šanci zapadnout do skupiny, jsou nešťastní, neschopní si najít u svých vrstevníků kamarády a mohou se snadno stát terčem šikany.

Právní předpisy, které se týkají **plnění povinné školní docházky základního vzdělávání**, řeší zákon, č.561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), § 36 odst. 1: „Školní docházka je povinná po dobu devíti školních roků, nejvýše však do školního roku, v němž žák dosáhne sedmnáctého roku věku.“ Není-li, z jakéhokoli důvodu vhodný klasický způsob povinné školní docházky do klasické základní školy, je možné, dle tohoto zákona, zvolit vzdělávání individuální, které se uskutečňuje bez pravidelné účasti žáka ve škole.

Se zahájením povinné školní docházky je už u většiny dětí s AS diagnóza stanovena, ale pro samotné dítě je vstup do nového školního prostředí velká zátěž. Jednou z důležitých podmínek pro úspěšné zvládnutí školní docházky žáka s AS, je informovanost pedagogů, vedení škol, rodiny a poradenského pracoviště. Tento tým hledá neoptimálnější a nejefektivnější řešení konkrétních situací, které v průběhu plnění základního vzdělávání vznikají. Část žáků s AS zvládne školní docházku bez větších obtíží. Někteří docházejí do speciálních tříd, jiní jsou integrováni v různých

typech škol. Někteří potřebují velkou míru podpory a jejich plnění školní docházky se neobejde bez asistenta pedagoga. (Čadilová, Žampachová, 2008, s. 275- 277)

Možnost středního a vysokého vzdělávání jedinců s Aspergerovým syndromem:

V posledních letech se díky rozvoji hnutí za integraci postižených dětí do běžných škol se otevřela možnost pokračovat ve studiu na středních i vysokých školách pro jedince s postižením. (Howlin 2005, s. 175)

Výhodou je, že v době přijímání ke studiu na střední škole má žák s Aspergerovým syndromem již stanovenou diagnózu a během docházky na základní škole byl již integrován a jeho předpoklady k sociálnímu začlenění více méně předvídatelné. Při výběru střední školy musí být brán zřetel na schopnosti a možnosti konkrétního žáka. Po ukončení povinné školní docházky je třeba pečlivě zvážit správnost výběru oboru střední školy pro budoucí uplatnění jedince na trhu práce či v dalším vzdělávání. V současné době neexistuje specializovaná třída pro studenty s AS ve střední škole, neboť je malé procento takto diagnostikovaných studentů. Proto se zatím jedná pouze o integraci v různých stupních a typech středních škol. Studenti s poruchou autistického spektra mají možnost navštěvovat prakticky všechny typy středních škol, průmyslových škol, gymnázií, učebních oborů, technicky i humanitně zaměřených středních škol. (Thorová 2006, s. 366)

„Cílem středního vzdělávání u žáků s AS je rozšíření vědomostí a dovedností, získaných v základním vzdělávání, které jsou nezbytné pro plnohodnotný osobní a občanský život a profesní uplatnění.“ (Čadilová, Žampachová 2007, s. 50)

Dle školského zákona §72, odstavec 1 - 3, jsou stanoveny podmínky ukončování středního vzdělání podle stupně různých typů škol a §73 se zabývá podmínkami vztahujícími se k závěrečné a maturitní zkoušce. Jejich cílem je prověření, zda studenti dosáhli cílů vzdělávání stanovených rámcovým a školním vzdělávacím programem a nabyli potřebné dovednosti a vědomosti pro budoucí vzdělávání či výkon povolání. V současnosti jsou již možnosti, kdy lze studentovi s Aspergerovým syndromem vybudovat podmínky pro úspěšné zvládnutí středního vzdělávání se závěrečnou nebo maturitní zkouškou. Důležité je umožnit studentovi práci se všemi dosud využívanými kompenzačními pomůckami, jako jsou procesuální a pracovní schémata, vizuální značení apod., ale i práci ve známém prostředí. Vhodná je přítomnost asistenta

pedagoga, i když už jen jako pomoc organizační, motivačních pobídek a při průběhu zkoušek může mít student, po dohodě s komisí, krátkou relaxační přestávku nebo lze prodloužit časový limit na splnění zadaných úkolů. Otázky je nutné zjednodušit a rozfázovat pro snadnější pochopení a doporučuje se speciálně upravit předtištěné texty. Studentům s Aspergerovým syndromem také pomáhá při ústní závěrečné zkoušce osnova otázek, jenž je předem připravená, neboť někteří z těchto studentů mají potíže s ústním vyjadřováním a proto by jim mělo být umožněno vypracovat otázky písemnou formou. Před závěrečnými zkouškami je důležité informovat předsedu zkušební komise o studentovi s Aspergerovým syndromem a jeho o specifickém chování a tím tak předejít případným konfliktním nebo nepříjemným situacím. V současné době je v České republice jen několik desítek studentů s Aspergerovým syndromem, kteří ukončili střední vzdělávání, ale předpokládá se, že s přibývajícím počtem těchto studentů se budou podmínky pro jejich úspěšné dokončení nadále zlepšovat.

3.1 Integrace

Pipeková ve své knize uvádí, že: „Světová zdravotnická organizace WHO (1976) definuje integraci jako *„sociální rehabilitaci, kdy příslušná osoba je schopna se podílet na objektivně společenských vztazích. Integrace by se dala popsat, že je to stav, kdy se vyrovnal zdravotně postižený jedinec se svou vadou, žije a spolupracuje s nepostiženými, pracuje a spoluvytváří hodnoty, které uznává společnost jako rovnocenné, společensky významné a potřebné“* (Pipeková, 1998, s. 29).

Problematika integrace a její definice, v souvislosti se vzděláváním je též podrobně popsána v Pedagogickém slovníku, kde je definováno integrované vzdělávání jako *„přístupy a způsoby zapojení žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol.“* (Průcha, Walterová, Mareš, 2001, s.87)

V běžných třídách ZŠ, kde jsou integrováni žáci s Aspergerovým syndromem a ve specializovaných třídách pro žáky s tímto postižením, se vytvářejí stejné podmínky pro integraci, jako u předškolního vzdělávání. Je velmi důležité, aby byly vyhrazeny prostory pro individuální nácvik, relaxační místnost, samostatnou práci, výtvarné a

pracovní činnosti, či šatnu. Na symptomatice stanovené diagnózy jednotlivých žáků vždy závisí míra struktury celého zařízení. Prostorová vizualizace je nejvýraznější ve specializovaných třídách.

Možnosti organizačních forem integrovaného vzdělávání na běžné škole:

- **Speciálně pedagogické diagnostické podpůrné třídy**, shromažďují žáky do jedné výukové skupiny, jež mají speciální vzdělávacími potřeby. Do běžné třídy mohou žáci přejít po prvních třech letech
- **Kooperativní třídy**, tyto třídy navštěvují žáci, jež mají speciálními vzdělávacími potřeby a jsou umístěny v běžné škole, ale vyučujícím je speciální pedagog.
- **Integrační třídy** jsou postupné ročníky v běžné škole, kam je přijato více žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.
- **Integrativní běžné třídy** přijímají jednotlivé žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Počet žáků ve třídě se nesnižuje. Podpora žáků se speciálními vzdělávacími potřebami se poskytuje jen v určitých hodinách.
- **Běžné třídy se speciálně pedagogickou podporou**, kde se vztahuje speciálně pedagogická podpora na žáky se speciálními vzdělávacími potřebami jen v určitých hodinách. K této formě vzdělávání se většinou připojuje fáze speciálně pedagogického poradenství.
- **Běžné třídy bez speciálně pedagogické podpory**, pod názvem „šedá integrace“ jsou třídy běžné školy, jež přijímají žáky se speciálně pedagogickými potřebami, aniž by následovala nějaká speciálně pedagogická podpora.
(Bartoňová, 2005).

Integrace žáka poruchou Aspergerova syndromu do klasické třídy na základní škole, je určitý způsob začlenění dítěte, kdy se již necítí být integrován a nepovažuje se za zvláštní součást kolektivu, ale ani samotný kolektiv nevnímá tohoto integrovaného spolužáka za zvláštní součást třídy. Naprosto klíčovou podmínkou pro úspěšný průběh integračních snah je bezproblémové přijetí tohoto dítěte spolužáky. Tomu by měla odpovídat i příprava třídního kolektivu před jeho příchodem. Je nutné, aby se dotýčný

integrující se žák nestal terčem verbálních a agresivních útoků ze strany spolužáků, aby nezůstal sociálně izolován v dané societě, aby se s ním nezacházelo soucitně a aby se neetabloval jako kuriozita třídy. Nepřípustný je také druhý extrém, kdy se učitel věnuje tomuto integrovanému žákovi natolik plně, že je to na úkor času zbytku třídy. Přirozené podmínky pro integraci úzce souvisí s kulturou a morální úrovní dané společnosti. Obecně lze říci, že ve společnosti zaměřené na výkon trpí nevykonní jedinci frustrací a mají pocit nenaplněného života.

Doplňujícím prvkem integrace je individuální vzdělávací plán (IVP). Uplatňuje se, pokud je ve třídě žák s mírnější poruchou autistického spektra, a tedy i žák s AS. Tento žák bude vzděláván na základě IVP, který vypracovává škola.

3.2 Speciální škola

V základní škole speciální jsou vzdělávání žáci se zdravotním postižením, u kterých byly na základě speciálně pedagogického centra, případně psychologického vyšetření školským poradenským zařízením zjištěny speciální vzdělávací potřeby dle **Zákona č. 561/2004 Sb., §16** do kategorií:

- zdravotní postižení: mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, kombinované postižení (souběžné postižení více vadami), vývojové poruchy učení nebo chování a autismus
- zdravotní znevýhodnění: zdravotní oslabení, dlouhodobě nemocní, lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení nebo chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání
- sociální znevýhodnění: žáci ze sociálně znevýhodněného prostředí, kteří jsou ohroženi patologickými jevy nebo je jim nařízena ústavní či ochranná výchova

3.3 Alternativní způsoby

V naší republice jsou v současnosti dostupné tyto možnosti alternativ:

Waldorfská - MŠ, 1.-9. třída ZŠ, SŠ

Montessori - MŠ, 1.-9. třída ZŠ)

Daltonská - MŠ, 1.-9. třída ZŠ, SŠ, vznik reformních škol ve světě v 1.pol.20.st.

Začít spolu (MŠ, 1.-5. třída ZŠ)

Zdravá škola (MŠ, 1.-9. třída ZŠ, SŠ)

Integrovaná tematická výuka (MŠ, 1.-5. třída ZŠ)

(Vznikají v posledních desetiletích a často staví na zkušenostech reformních škol a na nových vědeckých poznacích z psychologie, pedagogiky apod.)

3.4 Domácí vzdělávání

V posledních letech vzrůstá v ČR počet zájemců o domácí individuální vzdělávání, které vychází z nejpřirozenější výuky dítěte v rámci rodiny, či jiné blízké kmenové komunity. Ve světě v některých státech, jako je Velká Británie, USA a Japonsko, má tato forma vzdělávání mnohem větší tradici než v ČR a je považováno za zcela přirozené. V mnoha zemích je možnost tohoto vzdělání i na středoškolské úrovni.

V naší republice je tento trend poměrně mladý. Domácí vzdělávání má mnoho zastánců, ale i mnoho odpůrců. Nejprve, kolem roku 1998, byl Ministerstvem školství, mládeže a výchovy povolen experiment, v rámci kterého bylo možné zvolit tento způsob vzdělávání, ověřoval jej Výzkumný ústav pedagogický. Teprve až 1.1.2005 vstoupil v platnost Nový školský zákon, podle kterého je možné požádat o povolení domácího vzdělávání na kterékoliv základní škole v ČR. O povolení rozhoduje ředitel školy na základě žádosti. Bližší informace v tzv. školském zákoně 561/2004 Sb. § 41 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Zde se jedná o vzdělávání, kde není povinná účast žáka ve škole, ale tato možnost je pouze u prvního stupně. Pokud je dítě přijato do školy a je mu povoleno individuální vzdělávání, závisí další průběh na dohodě s vedením školy, případně s určeným konzultantem. Obecně platí, že dítě je normálním žákem školy, má tedy právo na poskytnutí pomůcek jako všichni ostatní žáci školy. Zájemci o zapojení do domácího vzdělávání se mohou obrátit

na školy, které mají zkušenosti získané po dobu průběhu „experimentálního ověřování domácího vzdělávání“. (viz. bratskola@quick.cz)

V případě žáků s Aspergerovým syndromem je tato volba vzdělávání poměrně ojedinělá a odborníky je považována za nevhodnou, vzhledem k problematice v sociální oblasti u těchto dětí.

Druhý stupeň:

Ministerstvo školství definitivně schválilo pokusné ověřování individuálního vzdělávání na druhém stupni základní školy od následujícího školního roku. Podmínky tohoto pokusného ověřování jsou zveřejněny na stránkách ADV.

4. VÝCHOVNÉ A VZDĚLÁVACÍ STRATEGIE

Historické souvislosti vzdělávání dětí s hendikepem.

Podmínky pro vytváření a udržování stabilního rozvoje systému vzdělávání jedinců s poruchou autismu a hledání vhodných nástrojů sociální politiky pro uplatnění této uvedené skupiny ve společnosti jsou velmi složité. Většina těchto jedinců, díky jejich znevýhodnění končí v dospělosti, v zachytné sociální síti (Apla, 2007). Stále se zde ještě odráží doznívající následky socialistického systému ve společnosti, jež vládnul v druhé polovině 20. století, kdy se hendikepovaní jedinci umísťovali do ústavní péče a tím se socialistická společnost vyhýbala řešení otázky integrace a minimalizovala rozsah kontaktů společnosti s postiženými lidmi. Vzdělávání i péče hendikepovaných jedinců byly svěřeny do rukou odborníků v ústavech a péče ve vlastních rodinách nebyla v socialistické společnosti ceněna a dokonce byla vedoucími orgány společnosti považována za nežádoucí. Jen ve výjimečných případech byla poskytována rodinná péče, ale byla vykupována nižším materiálním zabezpečením i společenským postavením, rodinných příslušníků těchto hendikepovaných jedinců.

Změny školského výchovného vzdělávacího systému v současnosti

Na konci 20. století došlo, s celkovou změnou poměrů ve společnosti, k vytvoření nových směrů a přístupů ke vzdělávání žáků s autismem. Na základě zkušeností zemí Evropské unie se počalo i v České republice s přípravou a realizací změn vedoucích ke zlepšení péče o děti trpící autismem, vč. zabezpečení jejich práva na vzdělání. Východiskem současné koncepce vzdělávání hendikepovaných osob je uplatňování zásad uvedených v článku 46 Charty OSN pro osmdesátá léta: „*Každý národ má odpovědnost za to, aby se jeho školský systém postaral o děti se zdravotním postižením v takové úplnosti jako o děti ostatní.*“ (Charta OSN). Společnost by v rámci tohoto filozofického, mravního a v jisté míře i právního doporučení měla dbát při hledání východisek současné koncepce vzdělávání dětí zdravotně znevýhodněných, nejen s autismem, jejich sociální seberealizace v rámci zavedeného vzdělávacího systému. Jejich přístup do tohoto systému školského prostředí by měl být, co nejméně omezován. U výuky autistů se většinou vychází ze skutečnosti, že autisté mají vlivem svého znevýhodnění spontánní těžkosti v učení (Čadilová, Žampachová, 2006). Výukové programy by měli být přizpůsobeny tak, aby docházelo k vysvětlení, ukázání vztahů mezi jednotlivými vjemy a autisté byli na základě získaných návyků a těchto vysvětlení nezávislejšími na svém okolí. Jedná se tedy v základním pojetí o naplnění základního práva každého občana demokratického právního státu na vzdělání a informace.

Na základě Směrnice **13710/2001-24 MŠMT** k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami začalo docházet k propracování dosavadních forem péče o vzdělání žáků s autismem. Na základě světových zkušeností se i u nás praktikují zejména podle Opekarové, Šedivé (2006, s. 25-27) při přístupu ke vzdělávání osob s autismem výchovně vzdělávací výukové programy.

4.1 Strukturované učení

Strukturované učení, jako metodika výchovy a vzdělávání lidí s autismem, vychází především z TEACCH programu a Loovasovy intervenční terapie.

Základem těchto dvou přístupů je behaviorální a kognitivně behaviorální intervence. Což znamená, že tyto metodiky jsou postaveny na teoriích učení a chování. Behaviorální intervence se zaměřuje především na vnější změnu podmínek učení a chování jednotlivce, zatímco kognitivně-behaviorální intervence se vychází z vnějších podmínek chování člověka, vnějších změn podmínek učení a na změnu jeho myšlení. Při uplatnění uvedených intervencí je důležitá řada faktorů, z nichž nejdůležitější je míra mentálního handicapu a míra symptomatiky poruch autistického spektra (PAS). Metodika strukturovaného učení zohledňuje širokou škálu poruch autistického spektra, osobnostní a charakterové odlišnosti každého jedince a jeho mentální úroveň. Pro syndromy, které tuto škálu tvoří, je charakteristická výrazná variabilita symptomů.

TEACCH program („Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children“ – Terapie a vzdělávání dětí s autismem a dětí s příbuznými poruchami komunikace). Jde o výchovný a vzdělávací program spočívající v celodenním systému strukturované výuky a je určen především pro děti s autismem, který má velmi významnou roli při vzdělávání dětí s AS, ale jeho principy jsou velmi úspěšně i u dětí s aspergerovým syndromem. Program vznikl v r. 1966 ve Spojených státech, pod vedením světového odborníka na autismus profesora Schoplera. Od jeho vzniku uběhlo tedy již čtyřicet let. Nejprve se rozšířil po celých USA a následně do Evropy. Neustále je rozvíjen a doplňován.

TEACCH program klade důraz na tři základní principy:

- strukturované prostředí
- vizuální podporu
- individuální hodnocení a individuální výchovně-vzdělávací přístup

4.1.1 Strukturalizace s vizuální podporou

Strukturalizace s vizuální podporou vychází z faktu, že dítě s autistickými rysy má vrozený deficit ve zpracování vnějších podnětů a je nutné vnést do prostředí určitý řád, pravidelnost a míru předvídatelnosti. Zavádí se přehledný strukturovaný prostor, vizualizovaný časový plán, předvídatelná organizace prostoru a časový rozvrh, vizuální předkládání úkolů atd. (Vítková, 2004)

„Strukturalizací je myšleno vytvoření systému neboli struktury, která se zabývá otázkami: „Kde, jak, kdy, co, a jak dlouho?“ za pomoci jednoznačně viditelného uspořádání prostředí, času a jednotlivých činností. Toto uspořádání můžeme provést nejen prostřednictvím pravidelné struktury vyučovací hodiny a obsahu výuky, ale i strukturou prostředí.“ (Čadilová a Žampachová, 2006, s. 22)

„Struktura prostředí – žáci s Aspergerovým syndromem mají potřebu jednoznačnosti, předvídatelnosti a jasné vizuální orientace. Míra těchto potřeb je individuální. Doporučuje se, aby žák měl vyhrazeno svoje místo v lavici, které je po celý čas neměnné. Místo, kde se pracuje, musí být jasně odlišené od místa, kde si dítě může hrát a kde odpočívá.“ (Howlin, 2005, s. 159)

„Svoje konkrétní místo by měly mít i pomůcky a potřeby, které žák užívá. Nabídneme-li postiženým tuto předvídatelnost, pak určitě přispějeme k prevenci problémů v chování.“ (Gillberg a Peeters, 2003, s. 89)

„Pokud má žák poruchy soustředění, záchvatů vzteku a nelibosti, je potřeba odejít a pokračovat v práci v separované místnosti. Fyzická struktura musí být specifická a velmi názorná. Nábytek a pracovní pomůcky by měly být uspořádány tak, aby napomáhaly snadné výuce a orientaci dítěte.“ (Hrdlička, Komárek, 2004, s. 168)

U žáků s Aspergerovým syndromem je třeba dbát na dodržení struktury obsahu výuky, struktury dne a činností, neboť když tyto děti nevědí dopředu, co bude následovat, cítí se dezorientovaní. Díky tomu u nich následně dochází k narušení schopnosti soustředit se a snadno se dostanou do stresu, které obvykle řeší stereotypní činnostmi. Mnohým problémům lze předcházet, je-li ve škole pevně stanoven a dodržován denní program a žák s AS má v kteroukoli dobu jasno, co se od něho očekává. Díky denním programům, rozvrhům, seznamům úkolů a stanovením pravidel, jsou schopni žáci s Aspergerovým syndromem v dospělosti pracovat samostatněji a věci si lépe rozvrhovat. Každý žák by měl mít u sebe na viditelném místě rozvrh dne, neboť mu dodává pocit klidu.

4.1.2 Vizualizace

„Základním krokem je přizpůsobit prostředí dítěti tak, aby vyhovovalo jeho kognitivnímu stylu, percepčním potížím a problémům s časovým odhadem.“ (Hrdlička, Komárek, 2004, s. 166)

„Žáci s Aspergerovým syndromem potřebují znát informace o činnostech, jež budou následovat, jak dlouho budou trvat, kdy začnou a kdy skončí. Vizualizaci a předvídatelnost v čase je možné zajistit pomocí různých forem denních a pracovních režimů. Používání režimů usnadňuje dítěti nácvik komunikace, snižuje úzkost a zlepšuje adaptabilitu“ (Hrdlička, Komárek, 2004, s. 168).

„Časové vymezení jednotlivých činností může být znázorněno různě. Pro jasné vymezení délky trvání činností můžeme využít minutky nebo stopek. Když zná žák hodiny, může mít čas aktivity vyznačený přímo na svém rozvrhu. Žákům, kteří potřebují „vidět“ plynutí času v budoucnosti, poslouží kalendář či diář, kde si mohou zaznamenávat důležité věci. Vizuelní pomoc výrazně zvýší samostatnost, postižení méně selhávají v praktickém životě a více uplatní své akademické dovednosti, které jsou někdy značné. Zvýší se tak šance na úspěšnou integraci“ (Jelínková 1999, s. 7)

4.1.3 Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán (dále jen IVP) je doplňujícím prvkem, který reflektuje na individuální schopnosti dítěte a může být podkladem pro hodnocení dosahování stanovených cílů. IVP vychází z diagnostiky žáka vypracované speciálně pedagogickým centrem či pedagogicko-psychologickou poradnou, která stanovuje konkrétní výukové cíle s ohledem na možnosti žáka. Tento vzdělávací plán se připravuje na celý školní rok, ale v případě nutnosti individuální potřeby žáka i na kratší období. Vypracován je pro všechny předměty, včetně zvolení způsobu hodnocení. Jelikož IVP je důvěrný a obsahuje osobní údaje, je nutný souhlas zákonného zástupce žáka a slouží pouze pro vnitřní potřebu pracoviště.

Metody, jež užíváme při práci s postiženým dítětem je nutné přizpůsobit tak, aby odpovídaly mentálnímu věku a konkrétním deficitům tohoto dítěte. Je-li ve třídě integrovaný žák s Aspergerovým syndromem, učitel by měl přizpůsobit obsah výuky potřebám žáka s touto poruchou, míra přizpůsobení je individuální. Práce při

jednotlivých hodinách se musí tzv: „šít na míru“, aby byly dodrženy individuální potřeby každého žáka s Aspergerovým syndromem. Při zadávání úkolů musí učitel dbát na schopnost dokončování, proto musí být krátké, stručné a konkrétní, jak instrukce, tak i kladené otázky. Používaný pracovní text (pracovní sešit, učebnice) by měl být srozumitelný a pro lepší orientaci je vhodné zvýrazněná potřebná část. Výukové materiály a pomůcky je nezbytné organizovat tak, aby dítě bylo schopné v práci pokračovat a samostatně dokončit zadaný úkol.

U složitější formy výuky, jako je výklad a přednáška je vhodné, aby měl tento žák u sebe vizuální podporu v podobě psaných poznámek, jež mu usnadní orientaci v mluveném slovu pedagoga. Učivo by mělo být vykládáno pomocí stručných vět a konkrétními příklady zdůrazněno, co je podstatné. Pokud je třeba, poskytuje učitel žákovi s AS vysvětlení navíc. Nově probíranou látku i nově vzniklé situace je zapotřebí dávat do souvislosti s již nabytými zkušenostmi, vědomostmi a poznatky.

Při tvorbě výukových strategií pro vzdělávání žáků s AS je zapotřebí dobře znát proces normálního vývoje dítěte a přihlížet na povahu deficitů Aspergerova syndromu. Při mylné interpretaci dostává dítě různé stigmatizující „nálepky“, jež jsou pro budoucí výchovně vzdělávací cíle vždy zavádějící a často vedou jiným směrem. Musíme znát individualitu každého žáka a zároveň je třeba brát v úvahu i prostředí a podmínky, ve kterých žije.

4.2 VÝCHOVNÉ A VZDĚLÁVACÍ SYSTÉMY

VOKS (verbální obrázkový komunikační systém)

„Výměnný obrázkový komunikační systém na základní škole speciální“ je metodická pomůcka, určena především pro děti, které mají problémy s osvojením a užíváním mluvené řeči, již zmíněné strukturované učení znamená postupovat v malých krocích, dbát na opakování již získaných dovedností a postupné rozšiřování již zmapovaného prostoru učební látky.

Degrieck uvádí model učení ve třech fázích:

- podporované a individuálně upravené učení
- následné nezávislé aktivity a jejich podpora
- zobecňování získaných znalostí v situacích každodenního života

(Degrieck, 2006, s.13)

Tyto praktické kroky, které se dnes již při výchově autistů používají i v naší republice, mají vést od individuálního učení k použití naučeného v reálném životě a umožnění integrace osob s autismem do jejich sociálního prostoru.

„Výchovu a vzdělávání jedinců s mentálním postižením chápeme jako celoživotní proces.“ (Švarcová, 2006, st.65) Od ekonomicky i mravně vyspělé společnosti se očekává vytváření podmínek pro celoživotní vzdělávání nejen zcela zdravých a na společnosti v podstatě nezávislých jedinců, ale i těch spoluobčanů, kteří jsou znevýhodněni svým zdravotním stavem.

PER-P, je pomůcka umožňující u mladších dětí reálné definování výchovného a vzdělávacího cíle při výuce.

ABLIS, v ČR je systém znám pod názvem ABA, jedná se o terapeutickou metodu, která využívá zásady postupných kroků a pečlivého pozorování rozvoje klientů

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala možnostmi vzdělávání jedinců s Aspergerovým syndromem. Cílem bakalářské práce bylo analyzování stávající situace vzdělávání dětí s Aspergerovým syndromem v České republice. Neboť porucha Aspergerova syndromu je pro daného jedince celoživotní a způsobuje prolínání symptomů ve všech fázích života, je velmi důležité zvolit vhodné výchovně vzdělávací zařízení, které je jakousi vstupní bránou k úspěchu zvládnutí a eliminování úskalí související s touto poruchou a provází takto postižené dítě až do období dospělosti.

Vhodný výběr tohoto zařízení umožní nalézt jedinci s Aspergerovým syndromem spojenci s okolním světem a pomůže se integrovat nejen do studia, ale i do života ve společnosti celkově.

Ve své práci jsem nejprve uvedla základní odborné rozdělení jednotlivých pervazivních vývojových poruch a poruch autistického spektra. V další části této práce jsem se již podrobněji zaměřila na Aspergerův syndrom. Tato porucha, je stejně jako všechny autistické poruchy, celoživotní a prolíná se do tří základních oblastí osobnosti. Jedná se o takzvanou triádu, do níž patří oblast komunikace (řeč, oční kontakt), myšlení (imaginace, hra), a specifických zájmů (chování, motivace). Při volbě vhodného výchovně vzdělávacího zařízení, je nutné tuto triádu mít neustále na zřeteli a vycházet z diagnostiky této triády s ohledem na „jinakosti“ dítěte s Aspergerovým syndromem od normy vůči jeho vrstevníkům. Zde je nutné si uvědomit důležitost výběru vhodného výchovného a vzdělávacího zařízení, neboť na úrovni formálního vzdělání jedince s Aspergerovým syndromem závisí jeho budoucí úspěšné zařazení do společnosti, též uplatnění po stránce pracovní a možností prožít plnohodnotný život.

Díky vyhledání a zmapování školských zařízení v České republice mohu shrnout poznatek, že v současné době je již několik možností, kam dítě vhodně umístit a integrovat. Úspěch zdárné integrace dítěte, do školského výchovně vzdělávacího zařízení, je možný pouze za předpokladu propojení spolupráce rodičů s pedagogy, speciálními pedagogy, pedagogy ze školského poradenského zařízení, vychovateli i psychology, eventuálně odborníky ze specializovaných center. Cesta pro rodiče dětí s Aspergerovým syndromem je velmi dlouhá a složitá. Ze svého pozorování této problematiky, jsem si uvědomila, že prvotním krokem úspěšného zařazení dítěte je správná a včasná diagnostika, od které se odvíjí vše ostatní. S diagnózou lze vhodně volit neoptimálnější možnost výchovy a vzdělávání dle konkrétních potřeb daného dítěte. Další neméně důležitou podmínkou úspěšné integrace žáka s Aspergerovým syndromem vidím v schopnosti pedagoga, jemuž je tento žák svěřen. Na jeho ochotě a síle osobnosti se odvíjí reakce celé třídy, jak ostatní žáci přijmou postiženého spolužáka a jaká se vytvoří celková atmosféra. Velmi přínosnými a efektivními považuji zásady Strukturovaného učení pro děti s Aspergerovým syndromem, kdy se touto výchovnou a vzdělávací metodou daří tyto děti úspěšně integrovat do vzdělávacího procesu. Při

vzdělávání těchto žáků je vhodné využívání ověřených výchovných a vzdělávacích intervencí. Vzdělávání těchto jedinců je postaveno na hlavních principech TEACCH programu. Ke každému jedinci je nutné přistupovat individuálně a brát ohled na jeho specifické potřeby a zvláštnosti.

Vzdělávání dětí s Aspergerovým syndromem nejčastěji probíhá formou integrace v běžné škole. Integrace je možná jak s asistentem, tak bez asistenta. Spolupráce s asistentem je vhodnější přínosnou variantou a často i nezbytnou součástí žákova vzdělávání. Asistent žákovi usnadňuje orientaci ve vzdělávacím procesu, každodenně pomáhá při začlenění do skupiny vrstevníků. Pro žáka s Aspergerovým syndromem vždy bývá vypracován individuální vzdělávací plán. Můžeme také využít speciálních tříd při běžných školách. Integrace dětí s Aspergerovým syndromem do běžných tříd ZŠ má svoje výhody i nevýhody. Mezi výhody například patří možnost vyrůstat a vzdělávat se mezi vrstevníky, naučit se s nimi komunikovat a zlepšení v oblasti sociálních dovedností. Nevýhodou ovšem stále zůstává fakt, že mnohdy se musí řešit vzniklé problémové situace, které jsou při integraci běžnější, než v podporovaném vzdělávání, např. v autistické třídě, na úkor samotného vzdělávacího procesu. V obou případech se však potvrdilo, že je integrace především přínosem. Začleněním žáka do skupiny vrstevníků dochází ke zlepšení v oblasti sociálních dovedností i komunikace.

Otázka správné volby výběru vhodného vzdělávacího zařízení pro jedince s Aspergerovým syndromem je velmi složitá a v současné době se otevírá více možností a myslím si, že došlo v České republice k velkým pozitivním změnám ze stránky informatiky i rozšíření řad odborníků. Toto téma mě velice zajímá a ráda bych se této problematice věnovala podrobněji i v mém budoucím studiu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ATTWOOD, „*Aspergerův syndrom, Porucha sociálních vztahů a komunikace*“, Praha: Portál, 2005, 208 s., ISBN 80-7178-979-8.

ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, „*Specifika výchovy, vzdělávání a celoživotní podpory lidí s Aspergerovým syndromem.*“ Praha: IPPP ČR, 2006, ISBN 80-86856-20-8.

ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, „*Strukturované učení*“, 1.vyd., Praha: Portál s.r.o., 2008, 408 s., ISBN 978-80-7367-475-5.

GILLBERG, PEETERS, „*Autismus*“, Praha: Portál, 1998, 122 s., ISBN 80-7178-201-7

HOWLIN, „*Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*“, Praha: Portál, 2005, 296 s., ISBN 80-7367-041-0.

HRDLIČKA, KOMÁREK, „*Dětský autismus*“, 1.vyd., Praha: Portál s.r.o., 2004, 206 s., ISBN 80-7178-813-9.

JELÍNKOVÁ, „*Autismus I. – problémy komunikace dětí s autismem*“, Praha: IPPP ČR, 1999.

NESNÍDALOVÁ, „*Extrémní osamělost*“, Praha: Portál s.r.o., 1994, 163 s., ISBN 80-7178-024-3 (brož.)

SCHOPLER, „*Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami*“, Praha: Portál, 1998. 272 s. ISBN 80-7178-199-1.

SCHOPLER, „*Autistické chování*“, Praha: Portál, 1997, 303 s., ISBN 80-7178-133-9

THOROVÁ, „*Poruchy autistického spektra*“, Praha: Portál, 2006, 456 s., ISBN 80-7367-091-7.

ZELINKOVÁ, „*Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*“, Praha: portál, 2007, 207 s., ISBN 978-80-7367-326-0

LAWSON, „*Život za sklem*“, Praha: Portál, 2008, 100 s., ISBN 978-80-7367-389-5

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

www.apla.cz

www.autik.blog.cz

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora:	Lenka Galeoni
Obor:	Speciální pedagogika a vychovatelství
Forma studia:	kombinované
Název práce:	Způsoby vzdělávání jedinců s Aspergerovým syndromem
Rok:	2012
Počet stran textu bez příloh:¹	46
Celkový počet stran příloh:²	0
Počet titulů české literatury a pramenů:	13
Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:	0
Počet internetových zdrojů:	2
Vedoucí práce:	PhDr. Olga Opekarová, PhDr.

¹ zahrnuje počet stran od úvodu po závěr práce (počet stran odborné literatury nepočítáme!)

² zahrnuje celkový počet jednotlivých stran příloh

