

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Speciálně pedagogická intervence u dětí s PAS

Bakalářská práce

Autor: Milena Horvatová
Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent práce: Mgr. Martin Kaliba, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Milena Horvatová
Studium:	P12589
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Název bakalářské práce:	Speciálně pedagogická intervence u dětí s PAS
Název bakalářské práce AJ:	Special-education intervention for children with ASD (autism spectrum disorder)

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem teoretické části bakalářské práce je definovat PAS, popsat jejich etiologii, epidemiologii, možnosti diagnostiky. Dále pak vymežit specifika dětí s PAS a popsat možnosti speciálně pedagogické intervence u této cílové skupiny. Cílem praktické části bakalářské práce je zmapovat aktuální stav v oblasti zajištění (rané) speciálně pedagogické intervence o děti s PAS z pohledu jejich rodičů. Z metodologického hlediska bude využito dotazníkové metody (popřípadě rozhovoru, kazuistiky).

Anotace:

Cílem teoretické části bakalářské práce je definovat PAS, popsat jejich etiologii, epidemiologii, možnosti diagnostiky. Dále pak vymežit specifika dětí s PAS a popsat možnosti speciálně pedagogické intervence u této cílové skupiny. Cílem praktické části bakalářské práce je zmapovat aktuální stav v oblasti zajištění speciálně pedagogické intervence o děti s PAS. Z metodologického hlediska bude využito kazuistiky.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Martin Kaliba, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 12.3.2014

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí práce PhDr. Petry Bendové, Ph.D. a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.“

V Hradci Králové dne 23. listopadu 2020

.....

Milena Horvatová

Poděkování

Děkuji vedoucí práce PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za laskavé vedení, odbornou pomoc, připomínky, cenné rady, trpělivost a podporu v průběhu zpracování.

Anotace

HORVATOVÁ, Milena. *Speciálně pedagogická intervence u dětí s PAS*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 75 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá intervencí u dětí s PAS se zaměřením na speciálně pedagogickou intervenci. V teoretické části práce jsou charakterizovány poruchy autistického spektra, jejich etiologie a epidemiologie. Dále jsou popsány možnosti diagnostiky těchto poruch, vymezeny specifika dětí s PAS a také možnosti speciálně pedagogické intervence u této cílové skupiny. V praktické části bakalářské práce je na konkrétním příkladu popsán aktuální stav v oblasti zajištění speciálně pedagogické intervence o děti s PAS. Z metodologického hlediska je využito kazuistiky.

Klíčová slova: intervence, poruchy autistického spektra, kazuistika

Annotation

HORVATOVÁ, Milena. *Special pedagogical intervention for children with ASD*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2020. 75 pp. Bachelor Thesis.

The bachelor thesis deals with interventions in children with ASD and focusing on special pedagogical intervention. The theoretical part of the thesis characterizes autism spectrum disorders, their etiology and epidemiology. Furthermore, the possibilities of diagnosing these disorders are described and the specifics of children with ASD are defined as well as the possibilities of special pedagogical intervention for this target group. The practical part of the bachelor thesis describes the current situation in the field of providing special pedagogical intervention for children with ASD on a specific example. From a methodological point of view, case studies are used.

Keywords: intervention, autism spectrum disorders, case study

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA	10
1.1 Definiční vymezení poruch autistického spektra	10
1.2 Etiologie poruch autistického spektra.....	11
1.3 Epidemiologie poruch autistického spektra	12
1.4 Možnosti diagnostiky poruch autistického spektra.....	13
1.5 Klasifikace a charakteristika jednotlivých poruch autistického spektra	14
2 SPECIFIKA DĚTÍ S PAS	23
2.1 Typické projevy poruch autistického spektra	23
2.2 Variabilní nesespecifické rysy dětí s PAS.....	25
3 KOMPLEXNÍ PODPORA JEDINCŮ S PAS	29
3.1 Intervence o jedince s PAS v resortu Ministerstva zdravotnictví.....	29
3.2 Podpora jedinců s PAS v resortu Ministerstva práce a sociálních věcí.....	31
3.3 Intervence o děti/žáky s PAS v resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy	35
3.4 Metody edukace, přístupy, terapie	37
PRAKTICKÁ ČÁST	41
4 UVEDENÍ DO PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	41
4.1 Cíle praktické části bakalářské práce	41
4.2 Metodologie praktické části bakalářské práce.....	42
4.3 Specifikace průběhu realizace praktické části bakalářské práce	43
4.4 Charakteristika místa šetření a výzkumného vzorku.....	43

4.5 Vlastní šetření	53
4.6 Zhodnocení naplnění cílů praktické části bakalářské práce	64
ZÁVĚR	68
Seznam použitých zkratk	70
Seznam použité literatury a dalších pramenů.....	71
Seznam internetových zdrojů.....	75

„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nezávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně je pochybená.“

Adrian D. Ward

Úvod

Dlouhou dobu byla problematika dětí s poruchami autistického spektra a jejich rodin neřešena. Pro rodiče se jednalo o vyčerpávající, někdy několikaletý proces, než se jejich dětem dostalo účinné pomoci. Celkově se zlepšuje informovanost a profesní zdatnost odborníků, s nimiž se rodiče a dítě s PAS setkají. Také záleží na nich samotných, jak situaci zvládnou, zda mají podporu širší rodiny a pochopení okolí.

V současnosti je snaha o co nejpřesnější diagnostiku poruch autistického spektra a její posunutí do nejranějšího věku dítěte. Při prvních pochybnostech rodičů ohledně odlišnosti jejich dítěte je nutné, aby měli štěstí na odborníky s lidským přístupem a v co možná nejkratší době stanovenou správnou diagnózu. Důležité je včasné zahájení speciálně pedagogické péče, která zavedením různých intervenčních přístupů výrazně zlepší vývoj dítěte a jeho prognózu v budoucím životě. Zároveň může zabránit deprivaci způsobené sociálním a komunikačním handicapem.

Škála poruch autistického spektra je velmi různorodá a má mnoho podob, kdy prakticky nenajdeme dvě děti se stejnými projevy. Jedná se především o širokou variabilitu kombinací různých projevů v oblasti sociální interakce, komunikace, představitivosti a hry, které se mění v průběhu času. Péče o dítě, kterému je diagnostikována některá z poruch autistického spektra, je pro pečující osoby náročná.

Názory na diagnostická kritéria jsou postupně sjednocována, ale mezi odborníky se stále liší. Mohou bránit komplexní a efektivní intervenci dítěti i celé rodině.

Bakalářská práce je zaměřena na včasnou diagnostiku a speciálně pedagogickou intervenci u dětí s PAS. Cílem teoretické části bakalářské práce je definovat PAS a popsat možnosti diagnostiky. Dále pak uvést možnosti speciálně pedagogické intervence u dětí s PAS. Cílem praktické části bakalářské práce je zhodnotit aktuální stav v oblasti možnosti zajištění speciálně pedagogické intervence o děti s PAS. Z metodologického hlediska bude využito kazuistiky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Poruchy autistického spektra

Dnešní společnost je zaměřena na výkon, efektivitu, funkčnost, pozitivní přístup, vizuální dokonalost a vyčerpávající stylizace na sociálních sítích. Skupinou jedinců, kteří se v daném ohledu vyčleňují jsou děti s poruchou autistického spektra.

1.1 Definiční vymezení poruch autistického spektra

Poruchy autistického spektra patří k těžkým vývojovým onemocněním, konkrétně do skupiny pervazivních vývojových poruch, které mají svůj počátek v raném dětství. Projevují se od narození nebo začínají v batolecím či předškolním věku. Předpokládá se organická příčina vzniku. Je narušeno především utváření sociálních vztahů a schopnost komunikace, kdy obtíže v těchto oblastech jsou závažné a více či méně přetrvávají v průběhu celého života, jsou tedy všepromikající-pervazivní (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009).

Podle Švarcové (2011) neexistuje definice autismu v naší literatuře. Je považován za spektrum poruch charakterizovaný klinickými projevy, které se projevují deficitem v chování, sociálních vztazích, komunikaci. Shodně uvádí Šporclová (2018), že autismus nelze jednoduše definovat, pouze dlouho a trpělivě poznávat, vzhledem k jeho komplexnosti.

Jednotliví autoři definují poruchy autistického spektra následovně:

„Autismus je celoživotní vývojová porucha, která ovlivňuje u daného člověka schopnost komunikace a způsob, jakým rozumí našemu sociálnímu světu. Porucha se obvykle projevuje před třetím rokem věku dítěte“ (Yau, 2012, s. 8).

Poruchy autistického spektra patří společně s dětskou mozkovou obrnou, vývojovou dysfázií a některými dalšími poruchami psychomotorického vývoje mezi neurovývojová onemocnění s narušenou komunikací, sociální interakcí, repetitivním chováním a omezenými zájmy (Hrdlička, Komárek, 2014).

Z pedagogického hlediska se jedná o „vývojovou poruchu projevující se neschopností komunikovat a navazovat kontakty s okolím. Dítě obtížně vyjadřuje svá přání a potřeby, nechápe, proč mu ostatní nerozumějí“ (Mühlpachr in Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 23).

„Pervazivní porucha je taková, která zcela proniká osobností dítěte a výrazně mění jeho chování, možnosti socializace, vzdělání“ (Valenta, Müller in Zvolský, 2013, s. 54).

Vývoj dítěte s poruchou autistického spektra je nejen opožděný, ale i kvalitativně narušený a nerovnoměrný. Závažným a komplexním způsobem poškozuje jeho psychický vývoj. Postihuje většinu psychických funkcí, kdy nejnapadnější je porucha sociálně-komunikačních kompetencí. Mezi hlavní příznaky patří porucha sociálního porozumění, mezilidských vztahů a komunikace, kdy je typicky nápadné stereotypní chování (Vágnerová, 2012).

1. 2 Etiologie poruch autistického spektra

Etiologie PAS není jednoznačně vymezena, předpokládá se, že na vzniku má podíl více faktorů a jeho kombinací jako důsledek organického poškození mozku, genetické podmíněnosti, exogenních prenatálně působících vlivů (např. intrauterinní infekce), funkčních či strukturálních změn mozku a neurochemickými odlišnostmi centrální nervové soustavy. Není podmíněn sociokulturně (Vágnerová, 2012).

Také Thorová (2016) uvádí nejednotnost výsledků výzkumů, vzhledem k etiologické variabilitě, kdy dosud není jednoznačně prokázána příčina vzniku PAS. Naopak výzkum ukázal, že není způsoben chybným výchovným vedením. Krom zkoumání kandidátních genů zmiňuje možnou rizikovost faktorů souvisejících s těhotenstvím, dále vlivu prostředí ve vztahu k deficitům imunity.

Předpokládá se genetická podmíněnost, která byla opakovaně potvrzena, ale nebyla jednoznačně charakterizována. Význam genetických dispozic podporuje shoda autistických projevů u 60-95 % monozygotních dvojčat. Na rozdíl od dizygotních, kde se uvádí 0-9 % shoda. U rodičů dětí s PAS může jít o dědičně podmíněné osobnostní rysy s nápadností v komunikaci, navazování mezilidských vztahů, rigiditě, tendenci k izolaci a větší úzkostnosti (Köhler in Vágnerová, 2012).

„Specifickou skupinu, s nejasnou etiologií, tvoří předčasně narozené děti s porodní váhou do 1500 g a deprivované děti z rumunských sirotčinců“ (Hrdlička, Dudová in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 342).

Teorie mysli znamená vmyšlení, vcítění do duševních pochodů druhých lidí. Děti s poruchou autistického spektra mají omezenou schopnost navázat pohled a sdílet

pozornost s druhou osobou (Komárek in Hrdlička, Komárek, 2014). Děti selhávají v otázce porozumění, myšlení druhých lidí a ve schopnostech utvářet si na základě takového porozumění koncepty umožňující předvídat pravděpodobné chování druhých.

Hosák (2015) zmiňuje významnou roli zobrazovacích metod, doloženou 50ti studiemi strukturální magnetické rezonance mozku, ze kterých vyplývá u jedinců s PAS větší objem oblastí mozku, mozečku a bazálních ganglií. Naopak menší jsou svazky vláken spojující mozkové hemisféry.

Za pomoci zobrazovacího systému magnetické rezonance byly zkoumány a porovnány anatomické přenosy mozku a mikrostrukturální vlastnosti bílé hmoty u dětí s PAS, vývojovou dysfázií a zdravými dětmi. Podrobné analýzy odhalily významné rozdíly mezi skupinami dětí s PAS a vývojovou dysfázií proti zdravým dětem. Postižení u dětí s PAS a vývojovou dysfázií bylo nejvíce podobné, jednalo se o levý dolní podélný svazek dlouhých nervových asociačních vláken, spojujících kůru frontální a temporální v limbickém systému. Asociační dráhy spojují dvě různá místa v téže hemisféře (Hrdlička a kol., 2019, online).

1.3 Epidemiologie poruch autistického spektra

Trend nárůstu dětí s poruchou autistického spektra je všeobecně přijímán současnou světovou odbornou veřejností. Výsledky epidemiologických studií se však liší.

Thorová (2008, s 43) uvádí častější výskyt u těchto dětí než je dětí s Downovým syndromem, cukrovkou nebo onkologickým onemocněním. Vývojovými poruchami trpí častěji chlapci než dívky, průměrně 3-4 chlapci na 1 dívku. U Aspergerova syndromu a poruch autistického spektra bez postižení intelektu uvádí poměr chlapců k děvčatům vyšší 9:1, protože jsou dívky sociálně zdatnější než chlapci. Roční přírůstek v České republice je okolo 500-1000 dětí. Na 100-200 narozených dětí připadá 1 dítě s PAS.

Autoři, uvádějící průměrnou prevalenci PAS 1% populace, ji označují spíše za konzervativní údaj (Hrdlička, Dudová in Hosák a kol., 2015).

Strunecká (2016) uvádí stejnou průměrnou globální prevalenci 1% obyvatel. Zdůrazňuje neexistenci národní databáze v ČR, stejně jako ve většině zemí EU, která by poskytovala ucelený přehled o prevalenci PAS. Pokud se vychází ze světových odhadů, žije v ČR 100 000 osob s PAS. V Evropě se uvádí 60 dětí na 10 000.

Narůstající trend potvrzuje Hort (2008) a také dále Ryšánková, Kulisek (2020), kdy všechny poruchy autistického spektra dosahují v populaci 1-1,5 % výskytu. Uvádějí vyšší zastoupení u chlapců v poměru 4-5:1 vůči dívkám u dětského autismu. Nejčastější poruchou přidruženou k autismu je mentální retardace (cca 60 % případů).

Thorová (2016) jako důvod nárůstu počtu dětí s poruchami autistického spektra uvádí akceptaci rozšířených diagnostických kritérií mezi širším okruhem diagnostiků, přesnější testy a více dostupných center, společné diagnostikování s jiným typem poruch, schopnost identifikovat děti s intelektem v průměru na školách běžného typu, snížení hranice screeningu do batolecího věku. Dále faktor prostředí jako zvyšující se věk rodičů především otců, extrémně nezralí novorozenci a vícečetné porody.

1.4 Možnosti diagnostiky poruch autistického spektra

Diagnózu nelze stanovit jasně objektivními metodami. Diagnostika poruch autistického spektra je velmi obtížná, jde o složitý a zdlouhavý proces, který probíhá na základě kvalitního přímého pozorování chování dítěte a vyžaduje dobrou znalost projevů těchto poruch v jednotlivých etapách vývoje (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2003).

U poruch autistického spektra se musí vyskytovat vždy kombinace projevů v hojných variantách a síle. Některé projevy naopak mohou chybět. Přítomnost nebo nepřítomnost dílčích symptomů není pro diagnózu stěžejní. Projevy dítěte se rychle mění s věkem. V určitých věkových obdobích bývá chování nápadnější a postupně může ustupovat díky vlivu prostředí, výchovně-vzdělávacímu programu, osobním charakteristikám, rozumovým schopnostem a jiným přidruženým poruchám. Stěžejní pro diagnózu je diagnostická triáda. Triádou rozumíme navenek pozorovatelné omezené schopnosti v oblasti sociální interakce, komunikace, imaginace a hry (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007 a Thorová, 2008).

Pozorování rodičů a nejbližšího okolí dítěte bývá klíčovou součástí anamnézy. Celý proces diagnostiky býval v minulosti zdlouhavý, pro rodiče psychicky náročný, s dlouhými čekacími termíny na vyšetření i výsledek. Na diagnostice se podílí multidisciplinární tým pediatr, psycholog, dětský psychiatr, neurolog, logoped, speciální pedagog. Dále mohou být prováděna vyšetření genetická a metabolických vad. Případná vyloučení sensorických vad provádí foniatr a oftalmolog.

Diagnózu a případnou medikaci provádí dětský psychiatr. Klinický psycholog by měl dítě odeslat pro potvrzení diagnózy k dětskému psychiatrovi. Dle Thorové (2016) lze již ve dvou letech stanovit diagnózu dětského autismu a okolo třetího roku u těžšího typu Aspergerova syndromu. V pěti letech, se již typické projevy v oblasti socializace a řeči stávají zřetelnějšími. S přibývajícím věkem mohou být některé méně nápadné. Dle Hanušové (2020) mohou být mírnější formy zachyceny většinou až v mladším školním věku, když děti selhávají v obyčejných praktických věcech nebo vypadávají z kolektivu. V současné době přibývají i nově diagnostikovaní dospělí s Aspergerovým syndromem.

Stále se jedná o poměrně specifickou poruchu, se kterou lékaři ani psychologové nepřicházelí běžně do kontaktu příliš často, krom specializovaných center. Proto některé děti mohou mít nepřesnou diagnózu, bez které nelze cíleně zajistit odpovídající speciálně pedagogickou podporu. Stejně tak v současnosti může existovat skupina dětí, vzhledem k variabilitě projevů syndromů, které nebudou spadat přesně do jedné z kategorií pervazivních vývojových poruch. Ideální složení diagnostického týmu dle Thorové (2016) je pediatr psycholog, dětský psychiatr, neurolog, případná následná vyšetření neurologická, senzorká, logopedická, speciálně pedagogická a vyšetření metabolických vad. Klinická zkušenost je nezastupitelná.

Jak tedy vyplývá z výše uvedeného textu, nedílnou součástí systému jsou poradenští pracovníci sociálních služeb a školství jako jsou pedagogové, logopedi, pracovníci pedagogicko-psychologických poraden a speciálně pedagogických center. Rodiče mají nezastupitelné místo ve všech třech fázích diagnostického procesu. Od doby, kdy vysloví podezření, v průběhu diagnostiky a v dalším období, kdy je dítě diagnostikováno.

1.5 Klasifikace a charakteristika jednotlivých poruch autistického spektra

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 2016 vydala třetí přepracované vydání MKN-10, ze kterého vychází i současná aktualizovaná česká verze Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) pro rok 2020. Skupina pervazivních vývojových poruch je charakterizována kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezenými stereotypními a opakujícími se zájmy a činnostmi, které jsou pervazivním rysem jedince v každé situaci. Mezi pervazivní vývojové poruchy (dg. F84) řadí: Dětský autismus,

Atypický autismus, Rettův syndrom, Jiná dětská dezintegrační porucha, Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby, Aspergerův syndrom, Jiné pervazivní vývojové poruchy, Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (MKN-10, 2020, online).

Ryšánková, Kulísek (2020) v katalogu podpůrných opatření pro děti s PAS dle MKN-10 uvádějí dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom a jinou desintegrační poruchu v dětství. **Americký statistický manuál DSM-5** slučuje tyto poruchy do jediné jednotky nazvané porucha autistického spektra. A dále pracuje s tzv. dyádou, kde je zahrnuta komunikace a sociální chování jako jedna oblast. V České republice by toto měla zohlednit MKN-11, platná od roku 2022. Jak uvádí Hosák (2015) v DSM-5 je oddělen Rettův syndrom od autismu, protože má známou etiologii.

V současné době je vycházeno z navenek pozorovatelných abnormalit ve třech oblastech vývoje dítěte. Mluvíme o tzv. autistické triádě:

- narušená sociální interakce,
- narušená komunikace,
- abnormality v chování, zájmech a hře.

Dle katalogu podpůrných opatření je užíváno i další dělení, a to z hlediska **závažnosti** rozlišujeme nízkou, středně těžkou a těžkou míru příznaků. Z hlediska **schopnosti** dítěte přizpůsobit se požadavkům běžného života (čili adaptability) rozlišujeme tzv. **funkčnost postižení**. Dítě s vysoce funkční formou PAS vykazuje poměrně kvalitní komunikaci a je schopné relativně dobré kooperace, často, ale nikoliv výlučně, při normálním intelektu. Naproti tomu nízkofunkční jedinci nemají dostatečně vyvinutou verbální ani neverbální komunikaci, často, ale nikoliv výlučně, při těžším narušení intelektu; obvykle také vykazují výraznější a obtížněji korigovatelné problémové chování (Ryšánková, Kulísek, 2020, online).

Níže je uvedena klasifikace PAS včetně diagnózy dle české aktuálně platné MKN-10 (2020):

A/ Dětský autismus F84.0

Dětský autismus (časný infantilní autismus, Kannerův syndrom) tvoří jádro poruch autistického spektra. Pro stanovení diagnózy dětského autismu, dále (DA) se požaduje nástup příznaků autistické triády před dovršením třetího roku života. Stupeň závažnosti poruchy bývá různý, od mírné formy až po těžkou. Problémy se musí projevit v každé

části diagnostické triády. Porucha se diagnostikuje bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost jakékoli jiné přidružené poruchy (Thorová, 2012).

Nástup příznaků může být dvojího druhu. Častější bývá postupný rozvoj autistických deficitů již v prvním roce života. V menším měřítku nastává tzv. autistická regrese, kterou definujeme jako závažný vývojový obrat zpět. U dítěte se částečně nebo úplně ztrácejí již získané vývojové dovednosti v oblasti řeči, sociálního chování, nonverbální komunikace, hry a někdy i kognitivních schopností. Regrese může nastat jak u dětí, které se do té doby vyvíjely normálně, tak u dětí, které již předtím jevily mírné známky autismu (Hrdlička, Komárek, 2014).

Ve $\frac{3}{4}$ případů je porucha kombinovaná s mentální retardací. Vzdělávání u dětí s DA probíhá většinou ve speciálních třídách. Nápadné jsou stereotypní pohyby, bývají zaujaté jednotvárnou, rituální manipulací s předměty. S hračkami si nehrají adekvátním způsobem (Valenta, Müller, 2007).

Diagnostická kritéria pro dětský autismus: Kvalitativní narušení sociální interakce, nezájem o kontakt s lidmi, včetně nejbližší rodiny, slabá nebo žádná odpověď na emoce jiných lidí. Vážně přizpůsobení chování sociálnímu kontextu.

Komunikaci dominuje opožděný vývoj řeči a její nedostatečné užívání v běžném rozhovoru, snížené jazykové vyjadřování. Od ostatních dětí se liší deficitem ve hře. Chybí fantazijní a napodobující hra s nedostatkem tvořivosti a fantazie v myšlení.

Omezené, stereotypní chování a zájmy. Dominuje lpění na neměnnosti života a prostředí dítěte, projevující se dodržováním nefunkčních rituálů a odporem k sebemenším změnám prostředí. Nápadné jsou motorické manýrismy, stereotypní, opakující se pohyby rukou, prstů nebo celého těla, které patrně slouží k uvolnění napětí. Specifické zájmy jsou zcela odlišné od zájmů vrstevníků. Například o neživé, mechanické předměty, jako mohou být dopravní systémy, nikoliv o společenské, interaktivní koníčky (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2008).

B/ Atypický autismus F84.1

Obraz Atypického autismu se hodně podobá výše popsanému zcela typickému časnému infantilnímu autismu, ale v některých ohledech se liší. Buď se liší dobou vzniku poruchy, kdy nápadnost je patrná až po 3. roce života, což v klinické praxi nebývá časté. Jedna či dvě oblasti autistické triády nejsou naplněny. Řada autorů (Wingová, in Svoboda a kol., 2009) zastávají názor, že všechny poruchy patří do jediného spektra, přechody mezi klasifikačními kategoriemi jsou plynulé, jen se liší v některých ohledech Křejčířová

(in Svoboda a kol, 2009) doporučuje nepoužívat kategorii atypického autismu v klinické praxi, případně využívat minimálně, z důvodu nepřesného vymezení. Dle MKN do ní mohou být zařazeni děti se sémanticko-pragmatickou poruchou řeči, děti s těžkým stupněm mentální retardace nebo naopak děti s lepší prognózou.

Jak uvádí Thorová (2012) atypický autismus je diagnostikován obvykle v případech, kdy první symptomy byly zaznamenány až po třetím roce života. Dále kdy abnormální vývoj postihuje všechny tři oblasti diagnostické triády, ale způsob vyjadřování a frekvence symptomů nenaplnuje diagnostická kritéria. Dalším případem je, kdy není naplněna diagnostická triáda. Nebo jedna z oblastí není primárně a výrazně narušena. A dále v případě, kdy autistické chování se přidružuje k těžké a hluboké mentální retardaci. Stejně i Krejčířová (in Svoboda a kol, 2009) uvádí do této kategorie děti, u kterých vzhledem k těžkému stupni MR se kvalitativní dysfunkce nemohou plně projevit. Naopak do této kategorie patří i děti vysoce fungující a s lepší prognózou. Což potvrzuje, že se jedná o širokou kategorii, která není jednoznačně vymezena.

Celkově lze říci, že pouze část dětí s atypickým autismem má některé oblasti vývoje narušeny méně než děti s klasickým autismem. Může se jednat o lepší sociální či komunikační dovednosti nebo chybí stereotypní zájmy. Z hlediska náročnosti péče a potřeby intervence se atypický autismus neliší od dětského autismu, v některých případech může být i těžší (Thorová, 2012).

Pro diagnózu je důležité, aby celkový obraz atypického autismu nesplnil kritéria jiné pervazivní vývojové poruchy. Diagnóza je tak založena na co nejlepším odhadu a subjektivním mínění diagnostika. Neexistují speciální škály, které by poskytovaly přesná diagnostická vodítka. Typické pro tuto kategorii jsou potíže v navazování vztahů s vrstevníky a neobvyklá přecitlivělost na specifické vnější podněty. Sociální dovednosti jsou méně narušeny, než bývá u klasického autismu. Dítě má řadu specifických sociálních a emocionálních symptomů, které se s potížemi dětí s autismem shodují. Specifické jsou i problémy v chování (Thorová, 2016).

C/ Aspergerův syndrom F84.5

„Abyste se stali vynikajícím vědcem nebo skvělým umělcem, musíte mít alespoň nějaké znaky Aspergerova syndromu, která vám umožní odpoutat se od tohoto světa.“

Hans Asperger

V současné době je Aspergerův syndrom považován za samostatnou jednotku. Jedná se o velmi různorodý syndrom, kdy symptomatika plynule přechází v normu.

Intelekt lidí s Aspergerovým syndromem je v pásmu normy. V životě se dostávají do problémů díky naivitě, nepraktičnosti, neschopnosti vžít se do myšlení druhých lidí a pojímat situace v širším kontextu.

Od dětského autismu se liší nepřítomností těžké poruchy řeči, její lehké opoždění není vyloučeno. Nápadné jsou zejména odchylky intonace a hlasitosti. Řeč bývá většinou v normě, i když může být pedantská. Ve vyšším věku artikulačně dokonalá. Rozhodující pro diagnózu je porucha sociální interakce, kdy chybí reciprocita. Patrná je porucha neverbální komunikace. Nápadné jsou neobvyklé reakce na emoce druhých. V útlém věku obtížněji navazují vztah k rodičům. V pozdějším věku je závažnější chybění přátelského vztahu s vrstevníky. O kontakt se pokoušejí neobratně a dětmi bývají odmítány (Krejčířová, in Svoboda a kol, 2009).

Aspergerův syndrom doprovází sebepodceňování, odsuzování a hledání chyb na vlastní osobě, kdy schopnost ovládat vlastní chování je snížena. Děti s tímto syndromem často podléhají nekontrolovatelným záchvatům vzteku a bývají náladové. Zájmy mívají úzký a ulpívavý charakter. Mezi oblíbené okruhy patří dopravní prostředky a značky, počítače a programování, kosmos, vodovodní potrubí, mapy, vlajky, značky aut, čísla. Vše, v čem lze najít určitý řád nebo alespoň prvky opakování. Časté je memorování textů, informací nejrůznějšího charakteru, např. televizních programů a reklam (Thorová, 2016).

V roce 1943 popsal Leo Kanner skupinu 11 dětí, nazvanou infantilní autismus, které měly vývoj řeči v normě, ale špatnou schopnost neverbální komunikace, pohledu, chyběla empatie a humor. Děti byly egocentrické, měly úzce vyhraněné zájmy a zvláštní vztahy k předmětům (Krejčířová, in Svoboda a kol, 2009).

V roce 1944 popsal vídeňský pediatr Hans Asperger podobnou skupinu dětí s běžnou či vysokou inteligencí, zúženými zájmy, motorickou neobratností, poruchou v sociální oblasti a řeči. Poruchu nazval autistická psychopatie (Hrdlička, Hort a kol., 2008).

U dětí s Aspergerovým syndromem bývá časté problémové chování, adaptabilita je snížena, změny v navyklém řádu a rutíně často snáší s velkými obtížemi. Reakcí bývá rigidní chování ve formě rituálů, které směřují vůči sobě i svému okolí. Rituály tedy sami provádí a vyžadují je od druhých lidí. Nepružně reagují na změny. Ritualizované chování se týká činností i řeči. V dospělosti se může přidat problém s alkoholem, u adolescentů se setkáváme s vyhrožováním sebevraždou nebo pokusem o ni (Thorová, 2012).

D/ Rettův syndrom F84.2

Jak bylo výše uvedeno v DSM-5 je Rettův syndrom oddělen od autismu, protože má známou etiologii. Rettův syndrom patří mezi vrozená neurologická onemocnění. Od roku 2001 je v ČR možné syndrom zachytit pomocí genetického vyšetření. Jde o mutaci genu na raménku X chromozomu. Syndrom postihuje výlučně dívky. Jejich vývoj bývá do 6 měsíců věku normální, pak dochází k jeho zpomalení. Dítě ztrácí zájem o sociální kontakt a komunikaci. Tím připomíná autismus, později se však sociální zájem obnovuje. Dominuje porucha řeči. Buď není vůbec rozvedena nebo dochází k její postupné úplné ztrátě. Ubývají schopnosti funkčního užití rukou. Ruce jsou typicky téměř trvale zaměstnány neúčelnými stereotypními „mycími pohyby“. Diagnózu podporuje zpomalený růst hlavičky, progresivní zhoršování motoriky (děti se postupně stávají imobilními a dochází k deformitám končetin a páteře, bývají přítomny i poruchy dýchání a polykání), časté jsou i kostní abnormality (krátká ruka, změny kůstek ruky). U většiny děvčat se rozvíjí epilepsie. Existují však i atypické obrazy s velmi časným počátkem s normálním růstem hlavičky. Celková prognóza je však ve všech případech velmi nepříznivá a je spojena s omezením délky života. Porucha je spojena s rozvojem těžké mentální retardace, vývojová úroveň zůstává celoživotně přibližně do úrovně 1 roku. Měření kognitivních funkcí je však velmi obtížné, protože chybí řeč a schopnost funkčního užití rukou. Dívky projevují zájem o okolí a druhé lidi, komunikují hlavně pohledem, krásnými očima (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009).

E/ Jiná dětská dezintegrační porucha F84.3

„Typ pervazivní vývojové poruchy, která je charakterizována tím, že po období zcela normálního vývoje následuje trvalá ztráta dříve získaných dovedností v různých oblastech vývoje průběhem několika měsíců. Typicky je doprovázeno ztrátou zájmu o okolí, stereotypním motorickým manýrováním a porušenou sociální interakcí a komunikací, podobně jako u autismu. V některých případech může být porucha v určitém spojení s encefalopatií, ale diagnóza by měla být založena na projevech chování“ (MKN, 2008, s. 243).

Syndrom byl poprvé popsán v roce 1908 speciálním pedagogem Theodorem Hellerem, který jej nazval „dementia infantilis“. Později byla porucha pojmenována jako Hellerův syndrom, nebo jako dezintegrativní psychóza. K pozorovaným projevům poruchy se přidává i nástup emoční lability, záchvaty vzteku, potíže se spánkem, agresivita, úzkostnost, dráždivost, hyperaktivita, dyskoordinace komplexních pohybů

a neobratná zvláštní chůze. Po období normálního vývoje, které trvá u této poruchy minimálně dva roky, nastává z neznámé příčiny regres v doposud nabytých schopnostech. Vývoj je prokazatelně v normě ve všech oblastech, kdy dítě ve dvou letech mluví v krátkých větách, sdílí pozornost, přijímá a iniciuje sociální kontakt, gestikuluje, je přítomna napodobivá a symbolická hra. Nástup poruchy je udáván mezi druhým a desátým rokem. Zhoršení stavu může být náhlé nebo může trvat několik měsíců a je vystřídáno obdobím stagnace. Dítě se zhorší v komunikačních a sociálních dovednostech, často nastupuje chování typické pro autismus. Po tomto období může, ale také nemusí, nastat opětovné zlepšování dovedností. Normy není již nikdy dosaženo. Na rozdíl od dětského autismu se dezintegrační porucha liší pozdější dobou nástupu prvních symptomů (je zde delší období prokazatelně normálního vývoje), ztráta dovedností je více markantní (Thorová, 2012).

Příčina vzniku dětské dezintegrační poruchy není známa. Porucha je relativně vzácná, její výskyt je odhadován na 6/100 000, i když počet případů může být ve skutečnosti vyšší. Studie uvádějí, že tato porucha ve srovnání s jiným typem poruchy autistického spektra má horší vliv na vývoj a další prognózu dítěte. Děti s dezintegrační poruchou jsou z hlediska celkové adaptability spíše nízko funkční, mívají těžší typ mentální retardace, bývají více sociálně odtažité. Také epilepsie se vyskytuje u dětí s dezintegrační poruchou častěji než u dětí s dětským autismem. Lidé s dezintegrační poruchou mají stejně jako lidé s jinými poruchami autistického spektra potíže s komunikací a sociálním chováním celý život. Způsob terapie a vzdělávání je stejný jako u dětí s autismem. Náhlý výskyt symptomaticky svědčící pro autismus je obrovskou zátěží pro rodiče. Ze všech poruch autistického spektra je dezintegrační porucha v tomto ohledu nejproblémovější (Thorová, 2012).

F/ Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby F84.4

Porucha sdružuje hyperaktivní syndrom (nereagující na stimulancia), mentální retardaci a stereotypní pohyby a případně sebepoškozování. V adolescenci může být hyperaktivita nahrazena hypoaktivitou, což u pravé hyperkinetické poruchy není obvyklé. Nevyskytuje se sociální narušení autistického typu (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2008).

Porucha je uváděna pouze v MKN-10, americký diagnostický manuál DSM-IV tuto poruchu neuznával (Hosák a kol., 2015).

„Tato porucha je podle MKN-10 špatně definovatelná s nejistou nozologickou validitou. Položka označuje skupinu dětí s těžkou mentální retardací, jejichž hlavní problém tkví v hyperaktivitě a v poruchách pozornosti, ale i ve stereotypním chování. Po stimulaci se nezlepšuje (na rozdíl od dětí s normální inteligencí) a může docházet k těžkým dysforickým reakcím, někdy doprovázeným psychomotorickou retardací. V dospívání hyperaktivita bývá nahrazena sníženou aktivitou. Syndrom je často sdružen s řadou vývojových opoždění. Do jaké míry je tento typ příznaků způsoben nízkým IQ nebo organickou chorobou mozku není známo“ (MKN, 2008, s. 243).

Pro diagnostická kritéria musí být přítomna těžká motorická hyperaktivita, nejméně dva znaky (trvalý motorický neklid jako je běhání, skákání, obtíž zůstat sedět, dítě vydrží sedět několik vteřin s výjimkou, kdy se zabývá stereotypní aktivitou, přehnaná aktivita v situacích, kdy se očekává klid, velmi rychlé změny aktivity i méně než minutu, občasná delší doba, kterou dítě tráví oblíbenou činností diagnózu nevyklučuje, dlouhá doba trávená stereotypními aktivitami může být také slučitelná). U opakujících se stereotypních vzorců chování a činností, alespoň jeden znak (neměnné, opakované motorické manýry týkající se komplexních pohybů celého těla, nebo částečných pohybů, jako poklepávání rukou, přehnané a nefunkční opakované činnosti, které mají stálou formu, hra s jedním předmětem, rituální činnost, opakované sebepoškozování, chybí různorodá, spontánní, symbolická a sociálně napodobivá hra odpovídající vývojové úrovni). IQ je nižší než 50. Není sociální narušení, alespoň tři znaky (používání očního kontaktu, mimika a sociální interakce odpovídají vývoji, vztahy s vrstevníky, které zahrnují sdílení zájmů, aktivit, částečné přibližování se pro útěchu a náklonnost, schopnost sdílet občas radost s jinými lidmi, jiné formy sociálního narušení, nejsou s diagnózou v rozporu). Porucha nesplňuje diagnostická kritéria pro autismus, dětskou dezintegrační poruchu nebo hyperkinetickou poruchu (Thorová, 2012, 2016).

G/ Jiná pervazivní vývojová porucha F84.8

Do této kategorie spadají osoby, které nesplňují klasická kritéria autismu, přesto jsou jejich problémy v různých vývojových oblastech tak hluboké, že způsobují v běžném životě závažné potíže v několika oblastech. Může být narušen sociální a emoční intelekt, schopnost naplánovat si věci, domýšlet důsledky vlastního chování a schopnost porozumět jazyku. K častým obtížím signalizujícím pervazivní vývojovou poruchu patří úzkost, nepozornost, hyperaktivita, nerovnoměrný vývoj, těžká sociální a emoční nezralost, obtíže s afektivní regulací. Kvalita komunikace, sociální interakce

i hry je narušena, nicméně nikoliv do míry, která by odpovídala diagnóze autismu nebo atypickému autismu. Symptomatika je různorodá, jednotlivé symptomy mohou být totožné s chováním dětí s autismem, ale nikdy se nevyskytují v dané kategorii ve větším množství. Zároveň některé dílčí schopnosti v triádě odpovídají či se blíží normě nebo průměrnému mentálnímu věku. Jde o hraniční symptomatiku, konec autistického spektra, což ale neznamena, že dítě je na péči nenáročné. Může tomu být naopak. Je výrazně narušená oblast představivosti, kdy je typická malá schopnost rozeznávat mezi fantazií a realitou a až obsedantní zájem o určité téma. Potíže s představivostí a stereotypní, obsedantní zájmy mají vliv na kvalitu komunikace a sociální interakce. Způsob sociálního chování a komunikace nevykazuje téměř žádné znaky typické pro autismus, i když sociálně komunikační dovednosti jsou slabé (Thorová, 2008).

H/ Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná F84.9

U některých dětí se rozvíjí symptomatika okolo pátého roku. A tato kategorie slouží k přechodnému využití u dětí raného a předškolního věku, které zatím není možné zařadit do jiné kategorie PAS (Thorová, 2016).

2 Specifika dětí s PAS

„Na zemi v dětském pokoji sedí dítě. Světlovlasý kudrnatý chlapeček. Přesypá korálky. Nabere jich plnou hrst a pustí do misky. Znovu a znovu. Uběhne půl hodina. Korálky chrastí, dítě se nahlas směje. Radostně zatřepe rukama jako křidélky. Na zavolání nereaguje, nabízených hraček si nevšímá, nic nechce. Občas zvedne hlavu a zadívá se upřeně do očí, pohledem ani gestem však s lidmi nekomunikuje. Zdá se, že skoro vůbec nevnímá okolí.“

(Thorová, 2012, s. 19)

Společným jmenovatelem PAS je již zmiňovaná autistická triáda. Jednotlivé projevy vyplývající z vývojových deficitů se mohou lišit a mnohé z nich s postupem věku dítěte vymizí,lepší se, nebo jsou změněny.

2.1 Typické projevy poruch autistického spektra

"Já dělám svou věc a ty děláš svou věc. Nejsem na světě proto, abych žil podle tvých představ, a ty nejsi na světě proto, abys žil podle mých. Ty jsi ty a já jsem já. Najdeme-li se náhodou vzájemně, je to krásné. Nenajdeme-li se, nedá se nic dělat.“

Friedrich Salomon Perls

Thorová (2008) popisuje typologii dětí s PAS dle sociálního chování.

A/ Vztahy k lidem

Dle vztahu k lidem lze vymezit čtyři typy:

- typ osamělé sociální interakce,
- typ pasivní sociální interakce.
- typ pasivní sociální interakce,
- typ aktivní sociální interakce.

Typ osamělé sociální interakce. Malý zájem o druhé osoby a společnou činnost, hraní si nebo trávení času nejraději o samotě. Velmi malá nebo vůbec žádná reakce na snahu druhého člověka, který se snaží navázat kontakt. Vůči blízkým osobám mohou, ale také nemusí uplatňovat nejzákladnější sociální dovednosti jako úsměv, fyzický kontakt, radost ze shledání a vzájemný pohled do očí.

Typ pasivní sociální interakce. Pasivní přístup k lidem, kontakt bývá krátkodobý, málo bohatý, malá snaha aktivního navázání sociálního kontaktu s vrstevníky nebo cizí osobou, ale může být radost z pozorování. Obvykle nechápání pravidel sociální interakce, chování velmi nezralé, naivita.

Typ aktivní sociální interakce. Aktivní navazování kontaktu, ale nepřiměřené, bez ohledu na druhé, provokace, může být agresivita, neschopnost odhadnout sociální normu, lpění na určitých tématech hovoru, kladení nevhodných otázek. Překračování sociální normy, navazování příliš osobního kontaktu i se zcela neznámými lidmi.

Typ formální sociální interakce. Chybí sociální intuice, nepochopení rozdílů společenského styku, snaha o nápodobu ostatních, chování ale působí zvláště. Lpění i zcela nevhodné na dodržování určitých pravidel chování, které jsou osvojeny. Neschopnost přizpůsobení chování změně sociální situace a kontextu.

Ve vztahu k ostatním lidem se dále mohou vyskytovat potíže se začleněním mezi vrstevníky, kdy se dítě s PAS neumí správně zapojit do kontaktu. Problém představují kolektivní hry a potíže řídit se danými pravidly. Ostatními nebývají pro své odlišné chování přijímáni, mohou se stávat obětí šikany. Potíže s nápodobou pohybů, činností nebo řeči. Opakování s dlouhou prodlevou, nepřesně nebo s nezájmem. Neumějí zakomponovat každodenní činnosti, které pozoruje u svých blízkých a ve svém okolí.

B/ Komunikace

Jak uvádí Vágnerová (2012) nápadně opožděný, ale i odchylný vývoj řeči je jedním z hlavních příznaků u dětí s PAS. Rozvoj komunikačních kompetencí, především verbálních je důležitou součástí socializace a ovlivňuje vývoj vztahů (Vágnerová, 2000).

Děti mohou mít problém s receptivní, ale i s expresivní složkou řeči, kdy nedovedou sdělit zpětnou vazbu, svoji potřebu, což může vést k frustraci, výbuchům vzteku a problémovému chování.

V oblasti mimoslovní komunikace malé nebo vůbec používání ukazování, oční kontakt méně kvalitní, mimika a gesta chudší. Malá nebo vůbec koordinace gest s očním kontaktem, nesledování směru pohledu druhé osoby, nedívání se do očí kvůli získání souhlasu, pochvaly nebo sdílení společného zájmu. Potíže v řečovém vývoji, kdy je vývoj řeči opožděný, případně nemluví nebo mluví velmi málo. K dalším znakům patří jednostranná komunikace, mluvení převážně o vlastních tématech, nezájem o potřeby

a zájmy posluchače. Kladení banálních dotazů, kde znají odpověď nebo otázky týkající se jejich zájmů, případně otázky nejsou téměř pokládány.

Praktické používání komunikace bývá omezené. Obtíže při vyjadřování svých pocitů, vyprávění, sdělování informace z minulosti. Nepřizpůsobení komunikace sociální situaci. Mechanické opakování slyšeného, záměna zájmen, potíže s gramatickou strukturou věty, mluva pro sebe, řazení slov bez kontextu. Lpění na určitých výrazech, potíže s přiměřenou intonací a regulací hlasitosti řeči, tendence opakovat určité výrazy či věty stále dokola (Thorová, 2008).

C/ Opakující se zájmy a aktivity

Děti s PAS mohou projevovat zájem o vyhraněná témata, například mapy, dopravu, antény, hydranty, písmena, číslice, hodiny, videohry. Jde obvykle o aktivity, které mají nějaký řád. Nedostatečná schopnost věnovat se jiným aktivitám. Stereotypní manipulace s předměty v podobě roztáčení a pootáčení různých předmětů, házení s věcmi, pouštění vody a hra s ní, otvírání a zavírání dveří a zásuvek. Nezacházení s předměty podle jejich funkce, nesprávné hraní si s hračkami. Obliba symetrie a řádu. Skládání předmětů do řad, kreslení či sestavování různých obrazců. Nadání bývá jednostranné, úzkoprofilové, vývoj ostatních schopností nerovnoměrný. Potíže v sociálním chování a komunikaci bývají často přičítány na vrub nadprůměrného intelektu. Některé děti s poruchou autistického spektra mohou velmi brzy rozeznávat písmena a číslice, znát značky aut, umět počítat a číst. K oblíbeným tématům patří astronomie, zvířecí a rostlinná říše, technika, šachy, matematika, sportovní výsledky. Výrazně lpí na určitých předmětech, například běžné hračky, ale i předmětech netradičních, například zátka, řetízek, rukavice apod. Nosí je stále s sebou, velmi nelibě nesou jejich odloučení, které může způsobit i prudký afekt.

2.2 Variabilní nesespecifické rysy dětí s PAS

Kromě výše popsaných základních oblastí, které spadají do autistické triády, mívají děti s poruchami autistického spektra i řadu dalších zvláštností a specifických projevů, které jsou popsány dále. Vždy je nutné přihlížet i k těmto dalším projevům dětí nejen při diagnostice, ale především v průběhu intervence při výchově a vzdělávání. Tuto skutečnost zahrnuje také Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění. Mnohotvárnost

a proměnlivý obraz odlišností v chování je nutné brát v potaz, stejně tak je významná doba trvání jednotlivých symptomů.

D/ Motorika

Jedním z projevů dětí s PAS může být chůze po špičkách, třepotání prsty, kroucení rukama v zápěstích, nastavování rukou do zvláštních poloh, otáčení se dokola, opakované tleskání, poskakování, zvláštní nachýlená chůze, stereotypní simulační sebezraňování (bouchání hlavou, ťukání a plácání se do části těla nebo částmi těla). Motorická neobratnost má negativní vliv na sebeobslužné dovednosti a pohybové aktivity. Potíže s koordinací pohybů a psaním, někdy dobré zvládnání zautomatizovaných činností, velká neobratnost v nových aktivitách.

Některé děti s PAS naopak mohou být, jak uvádí Krejčířová (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009) pohybově velmi obratné a často mají velmi dobrou schopnost prostorové orientace, prostorovou a zrakovou paměť i v případě těžkých poruch zraku. Ale naopak mohou být dyspraktické.

E/ Myšlení

Tyto děti mohou mít problém s myšlením, učením a plánováním. Obtížně a dlouho se učí novým věcem, malá spolupráce s výkyvy, častý je vývojový skok. Schopnost plánovat aktivity a organizovat činnosti je slabá. Někteří mohou mít velké potíže s orientací, selhávají v praktických dovednostech uplatňovaných v běžném životě. Dalšími projevy jsou neflexibilní myšlení, snížená schopnost zobecňovat a oddělovat podstatné od nepodstatného, vnímání detailů na úkor celku. Potíže může dělat dvě a více věcí najednou, správně zvládnout sérii činností.

F/ Emocionalita

V oblasti emocionality u dětí s PAS můžeme pozorovat projevy staženosti, sebelítosti, smutné nálady, rozmrzelosti, deprese, obviňování sebe i okolí, stěžování si, podezřívavosti. Dále emoce vyjadřované nepřiměřeně situaci, netečnost, nebo příliš silná emoce. Neadekvátní smích, pláč, vyskytují se specifické strachy nebo celková úzkost. Obtížná orientace ve vlastním emočním prožívání i u druhých lidí. Nervozita s náchylností ke stresu, nálady se rychle střídají, jednání bývá zkratkovité.

G/ Vnímání (senzorické abnormality)

V minulosti nebyly senzorické abnormality součástí diagnostické triády, v dnešní době jsou již zařazeny do diagnostických kritérií, neboť se u dětí s poruchami autistického spektra často vyskytují.

Mezi obtíže v oblasti **vizuálního vnímání** může patřit dlouhé pozorování, prohlížení si věcí velmi blízko očí, třepání prsty před očima, fascinace jednotlivých předmětů (dlouhé, upřené pozorování daného předmětu).

U těchto dětí se projevují některé **sluchové vjemy**, jako například přecitlivělost na některé zvuky. Naopak děti si mohou zacpávat uši i v situacích, kdy jim nehrozí žádný hlasitý zvuk, ale cítí se pouze ohroženi, nebo ohrožení předpokládají. Sami děti mohou často vydávat podivné zvuky i hlasité, které jim samotným nevadí.

Některé děti s PAS bývají považovány za vybíravé, neboť odmítají mnoho druhů potravin. Jejich **chut'ové vjemy** mohou být hyper nebo hyposenzitivní, kdy dítě může konzumovat i nestravitelné věci. Vkládání předmětů do úst a jejich olizování patří do přirozeného vývoje dítěte. U těchto dětí však tato činnost přetrvává do školního věku.

Stejně tak přecitlivělost na některé **čichové vjemy** může být nápadnější. Lze sem zařadit očichávání věcí i lidí, nesnášenlivost nebo naopak výrazná preference některých pachů.

Taktilní vjemy se také projevují různými způsoby, jako například averzí vůči oblečení z určitých materiálů, nesnášenlivost cedulek u triček a svetrů, odmítání doteků, objetí, ale např. i rukavic, špíny na rukách a podobně.

U dětí s PAS může být narušeno také vnímání **vnitřního čítí (propriocepce)**, projevující se sníženým nebo zvýšeným prahem bolesti. Špatným vnímáním chladu, horka, hladu a žízně. U některých dětí může docházet k sebepoškozování.

Vestibulární systém je ústrojí, které se nachází ve vnitřním uchu, ve kterém je centrum rovnováhy. Autostimulační činnost u některých dětí může zahrnovat např. točení na kolotoči stále dokola, houpání na houpačce. Nebo naopak tyto aktivity dítě nemá rádo. Někteří mají problém s rovnováhou a z toho vyplývá neobratnost (Thorová, 2016).

H/ Poruchy aktivity a pozornosti

Může být hyperaktivita nebo pasivita u dítěte je obtížné upoutat a udržet pozornost. Pozorovat lze psychomotorický neklid. K dalším projevům patří neustálý tok řeči, vykřikování, problematické pracovní chování v podobě odbíhání, polehávání, odmítání činnosti vyžadující soustředění. Pokud je na činnost motivováno, vydrží se soustředit

delší čas. V některých případech dítě věnuje pozornost nepodstatným detailům a nevnímá podstatné.

CH/ Chování a adaptabilita

Otázkou je především, co konkrétně považujeme za „odlišné chování.“ Neboť prakticky u všech dětí se s určitým typem problémového chování můžeme setkat. Děti s poruchami autistického spektra obtížněji zvládají běžné životní situace. Jejich adaptabilita na změny a zvykání na režim je delší (např. školka nebo škola, spánek, jídlo). Upřednostňují neměnnost prostředí, oblékání, zaběhnuté činnosti a rituály. Dítě může obtížněji zvládat nároky na něho kladené. Snadné podléhání stresu, nízká frustrační tolerance vůči zátěži. Na změny může reagovat nepřiměřeně. Negativismus, tvrdohlavost, obtíže v usměrňování, ignorace pokynů, běžné výchovné metody nemusí fungovat. Nesamostatnost, neschopnost předvídat nebezpečí. Lpění na dodržování řádu, opakované dodržování posloupností činností, reakce na změny s nelibostí, nemají rády překvapení. Snaží se zajistit předvídatelnost, obtíže s chováním, zmatenost při přechodu mezi činnostmi nebo v nové situaci (Thorová, 2008).

3 Komplexní podpora jedinců s PAS

Intervenci u dětí s PAS je potřeba zahájit co nejdříve z důvodu jeho rozvoje a podpory rodiny. Jedná se o komplexní podporu lékařskou, sociální, psychologickou a speciálně pedagogickou (Černá a kol., 2009).

Včasné zahájení intervenčních programů přináší zlepšení ve vývoji dítěte a zabrání prohloubení jeho deprivaci způsobené komunikačním a sociálním handicapem (Thorová, 2016).

3.1 Intervence o jedince s PAS v resortu Ministerstva zdravotnictví

Odlišení PAS od jiných onemocnění (poruch) a určení správné diagnózy je obtížné. V současné době jsou k dispozici klinické metody v podobě screeningu a diagnostické nástroje zaměřené na behaviorální symptomy (standardizované dotazníky a vývojové škály). Resort zdravotnictví je klíčovým resortem v problematice dětí s PAS. Včasné odhalení potíží, včetně diagnostiky, zvyšuje šance dítěte nastartovat další pozitivní vývoj a zařadit se do běžné společnosti.

Existují prokazatelné důkazy o včasné intervenci dětem s PAS, která zmírňuje jejich handicap. Celosvětovou nutností byly změny u dětských lékařů, dále dětských psychiatrů, psychologů a neurologů (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

V České republice od října 2016, na základě vyhlášky č. 317/2016 Sb. o preventivních prohlídkách, provádí **praktičtí lékaři pro děti a dorost** včasný záchyt poruch autistického spektra (screening) dle stanovené metodiky v rámci preventivních prohlídek batolat na 18-24 měsících, druhé vyšetření nejpozději do 30 měsíců. U dětí pozitivních nemusí být vždy diagnostikována PAS, ale dítě by mělo být dále vyšetřeno a sledováno, existuje zvýšené riziko jiných vývojových poruch či opoždění. Naopak, pokud rodiče dětí sami vysloví podezření na možnou poruchu autistického spektra, má být dítě odesláno ke specializovanému vyšetření neprodleně. Vyšetření je plně hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, kterému předchází vyplnění dotazníku M-CHAT (M-CHAT-R, M-CHAT-F). Dotazník je sestaven tak, aby měl co nejvyšší citlivost, tedy aby bylo odhaleno co nejvíce pacientů. Tímto screeningem jsou zachyceny i děti, které by v jiném typu testu byly mimo autistické spektrum.

Screeningem pervazivních vývojových poruch prošlo za dva roky 82 093 dětských klientů VZP. Přitom u 2 792 z nich se vyskytlo podezření, následné podrobnější vyšetření potvrdilo poruchu autistického spektra v 280 případech, u 1 639 dětí ji naopak vyvrátilo (Tichý, 2018, online).

Pokud je screeningem dítě podchyceno, je dále sledován jeho vývoj a možnost zahájení včasné intervence. Dítě, u kterého budou rozvíjeny klíčové dovednosti v takto raném věku, může z klinického obrazu poruchy vystoupit. Nebo budou zmírněny nežádoucí projevy poruchy. Mezi klíčové dovednosti rozvoje dítěte v raném věku patří: ukazování jedním prstem na to, co ho zaujalo, předstíraná hra, chlubení, sledování, co mu ukazuje druhý, hledání komunikačního partnera, napodobování dospělého.

Byly vydány komunikační soubory, jak komunikovat s osobou s PAS. Distribuce **Průkazu pro osobu s PAS** byla zahájena prostřednictvím praktických lékařů pro děti a dorost, praktických lékařů, dětských klinických psychologů, pedopsychiatrů a psychiatrů nebo klinických psychologů (MZČR, 2017).

Další součástí resortu zdravotnictví jsou ambulance **klinických psychologů**. Do jejich péče se děti dostanou na základě podnětu rodičů, pediatrů, pedagogů a dalších klinických pracovišť. Umí dobře hodnotit a popsat odchylky dítěte v jednotlivých fázích dětského vývoje. Někteří kliničtí psychologové se snaží také diagnostikovat PAS. Ne všichni posudkoví lékaři diagnózu od klinických psychologů uznávají. Rodina může mít následně problém s přiznáním sociálních dávek na dítě.

Do kompetence **dětských psychiatrů** patří konečné stanovení diagnózy poruch autistického spektra. Jde o psychiatrickou diagnózu a konečnou diagnózu potvrzuje psychiatr. K tomu potřebuje spolupráci ostatních subjektů přicházejících s dítětem do styku (podrobněji viz kazuistika a kapitola 4.4.). Dále do kompetence dětských psychiatrů spadá předpis léků, jako například antipsychotika, SSRI na depresi, stimulanty, stabilizátory nálady a betablokátory při agresi (Žampachová, Čadilová, 2015).

V nově připravovaném diagnostickém manuálu MKN-11, kde bude uvedeno, že by měl konečnou diagnózu potvrdit psychiatr. Zahájení nasazení se předpokládá od ledna 2022.

Resort školství má své krajské koordinátory pro oblast autismu. V resortu zdravotnictví takový koordinátor není. Nabízí se dětské psychiatry, ale je jich málo, jsou přetížení. Regionálně nevyvážené, vznik zdravotnické sítě, garantující dostupnost diagnostiky a kvalitu následné péče – už je F840 (Strunecká, 2016). V praxi

se koordinátory často stávají praktičtí lékaři pro děti a dorost, na které se rodiče obracejí jako první.

Úspěšná léčba dětí s poruchami autistického spektra je ovlivněna přístupem rodiny, širšího okolí, školním prostředím a tréninkem sociálního chování.

V Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020-2030 je uvedeno, že služby pro děti a dorost jsou rezortně oddělené a spolupráce ministerstev na jejich propojení není efektivní. Rodiny jsou tak odkázány na samostatné vyhledávání odborné péče v rámci, které vážne vzájemná komunikace (informace zpracovaná Sekcí dětské a dorostové psychiatrie, PS ČSL JEP). Zdravotní služby péče o lidi s duševním onemocněním nejsou propojené ani v rámci systému zdravotnictví (např. s primární péčí), ani směrem k sociálním službám a komplementárním službám v daném kraji a jsou založeny na práci samostatných specialistů nabízejících pouze úzké spektrum služeb. Jako nejefektivnější model je uváděn multidisciplinární způsob práce pro lidi s duševním onemocněním, které je ve fázi pilotování prvních provozů (MZČR, 2020, online).

3.2 Podpora jedinců s PAS v resortu Ministerstva práce a sociálních věcí

Podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů patří do resortu MPSV i společnosti podporující děti s poruchami autistického spektra a jejich rodiny.

Švarcová (2011, 200 s.) charakterizuje sociální péči, „jako systém, který pomáhá uspokojovat potřeby hmotné, psychické, sociální. Je určena občanům, kteří vzhledem k věku, zdravotnímu stavu nemohou sami bez pomoci překonat tíživou životní situaci nebo nepříznivé poměry.“

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní a terénní. Podle zákona zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Krajský úřad vede registr poskytovatelů sociálních služeb (Švarcová, 2011).

Společnost pro ranou péči je sociální služba dle § 54 výše uvedeného zákona č. 108/2006 Sb. Společnost pro ranou péči je nestátní organizace, která poskytuje odborné služby rané péče formou terénní, popř. ambulantní. Jak uvádí Bartoňová, Vítková (2007) mezi základní činnosti patří výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti

a pomoc při uplatňování práv např. při obstarávání osobních záležitostí. Nabízí podporu a pomoc rodinám, ve kterých se narodilo dítě se zrakovým, mentálním nebo kombinovaným postižením. Služby rané péče poskytuje dětem od narození zpravidla do 7 let věku s hendikepou a jejich rodinám prostřednictvím středisek rané péče. Poradenství provádí pracovník přímo v rodinách dětí.

Mezi základní nabízené činnosti patří: poskytování informací o všech službách, návštěvy a konzultace odborných poradců v rodině (většinou 1x měsíčně). Dále pak pomáhají s psychomotorickým vývojem dítěte, poskytují odborné a praktické rady pro práci, hru a komunikaci s dítětem (včetně průběžného zapůjčování stimulačních a didaktických pomůcek a odborné literatury). Doporučují vhodné rehabilitační a kompenzační pomůcky. Poskytují sociálně-právní poradenství a pomoc při jednání s úřady. Dle aktuální potřeby zprostředkují kontakty a konzultace s dalšími odborníky a pomáhají s výběrem vhodné MŠ a ZŠ. Pořádají odborné semináře a přednášky.

Středisko rané péče Sluníčko v Hradci Králové poskytuje zdarma pomoc a podporu rodinám dětí s ohroženým vývojem nebo se zdravotním postižením od narození do 7 let věku v Královéhradeckém kraji. Rodiče sami kontaktují pracovnice střediska, pokud jsou v tíživé situaci, mají pochybnosti ohledně vývoje dítěte a chtějí pro své dítě to nejlepší. Nemusí být diagnostikováno, často diagnostický proces trvá velmi dlouho. Pro pracovnice střediska není diagnóza důležitá. V případě psychiatrických diagnóz bývá diagnostický proces zdlouhavý a v našem regionu je psychiatrická péče přetížena. Cílovou skupinou jsou rodiny dítěte s postižením (mentálním, tělesným, zrakovým, kombinovaným), s autismem nebo dětí s opožděným vývojem (v důsledku nízké porodní hmotnosti, nedonošenosti, komplikovaného či předčasného porodu). Poskytují službu rodinám v tíživé životní situaci především formou terénní péče, v domácím prostředí, kam za dítětem dojíždí zpravidla 1x měsíčně, dle potřeby samozřejmě i dříve. Doma, v rodině, se dítě cítí nejlépe a snadněji se učí novým věcem. Zapůjčují pomůcky, tvoří náměty na pomůcky, které i sami vytváří. Pracovnice střediska podporují a provázejí rodinu tíživou životní situací, aktivně naslouchají. Kapacita střediska je 100 rodin. Pracovnice střediska také předávají kontakty na rodičovské skupiny, poskytují speciálně pedagogické a sociálně právní poradenství. Pomáhají se zařazením dítěte do předškolního vzdělávání. V rané péči nepreferují žádné terapie, ale pracují dle individuálních potřeb dítěte, na způsob metody sdílené pozornosti O.T.A. Jako doplňkovou činnost poskytuje: hipoterapii, canisterapii, chirofonetiku a podobně.

Profesionalitu, vysokou erudovanost a své zkušenosti pracovnice Rané péče Sluníčko zúročily vydáním brožury se základními informacemi o vývoji dítěte v jednotlivých oblastech do 7 let věku, včetně praktických rad pro rodiče. Co u dítěte sledovat, jak si všímat odchylek a kde v případě pochybností mohou vyhledat odbornou pomoc. Brožura je nazvaná „Jak lehce vzlétnout do života“ a je volně dostupná ke stažení na internetových stránkách, pro cílovou skupinu nejen rodičů, ale pro všechny, i pro odborníky z jiných oblastí (Chmelíková a kol., 2018, online).

Centrum LIRA v Hradci Králové například poskytuje nad rámec rané péče sociálně aktivizační služby určené rodinám dětí s poruchou autistického spektra od narození do 10 let věku (LIRA, 2020, online).

Rodiče sami kontaktují středisko rané péče. Po vzájemné dohodě je uzavřena smlouva a vytvořen individuální plán spolupráce mezi rodiči a střediskem. O jednotlivých návštěvách v rodině, zpravidla 1x měsíčně je vedena dokumentace, která zaznamenává a vyhodnocuje průběh a dosahování stanovených cílů, které mohou být v průběhu měněny. Rodiče sami rozhodují o tom, které služby využijí.

Pozice **osobního asistenta** je upravena právními předpisy MPSV a také se řídí § 39 zákonem č. 108/2006 Sb. Osobní asistenci provádí pracovník sociálních služeb v přirozeném sociálním prostředí. Jedná se o terénní službu osobám se sníženou soběstačností vzhledem k jejich zdravotnímu postižení, chronickému onemocnění, věku. Asistence není časově limitována. Mezi hlavní pracovní náplň osobního asistenta patří zejména doprovod dítěte a zajišťování činností podle jeho aktuálních potřeb. Nejedná se o asistenta pedagoga a jeho služby jsou placené dle vyhlášky 505/2006 Sb. v § 5.

Denní stacionář se řídí § 46 zákona o sociálních službách. Například dětský denní rehabilitační stacionář v Hradci Králové je příspěvkovou organizací. Zajišťuje péči dětem od narození do 18 let. Poskytuje komplexní poradenství a rehabilitační péči dětem s poruchami hybnosti, opožděným psychomotorickým vývojem a autismem po stránce léčebné, preventivní, psychologické, speciálně pedagogické a sociální, a to formou ambulantní a denního pobytu.

V České republice existují **neziskové organizace** a **občanská sdružení** zaměřená na problematiku PAS jako například spolek AUTISTIC v jehož čele stojí paní Miroslava Jelínková, ADVENTOR o. s. s ředitelem Michalem Roškaňukem, Národní ústav pro autismus, z. ú. (ve zkratce NAUTIS) dříve APLA jehož spoluzakladatelkou je psychologka Kateřina Thorová, ProCit, o. s., RAIN-MAN, RETT-COMMUNITY, Diakonie, KŘESADLO HK z. ú., Za sklem o. s., Centrum terapie autismu (CTA) v čele

s Romanou Straussovou, dále různá rodinná integrační centra a spolky pomáhající dětem a jejím rodinám, jako například RIC a další.

Do resortu práce a sociálních věcí patří **příspěvky a dávky státní sociální podpory**, které upravuje Zákon o státní sociální podpoře č. 117/1995 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Kontaktním pracovištěm je krajská pobočka Úřadu práce. Mezi dávky státní sociální podpory patří porodné, rodičovský příspěvek, přídavek na dítě, pohřebné, příspěvek na bydlení, dávky péčovské péče. Do dávek finanční nouze patří příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc. Podle závislosti na pomoci jiné fyzické osoby jsou rozlišeny čtyři stupně (lehká, středně těžká, těžká a úplná). Výše měsíčního příspěvku záleží na stupni závislosti a věku (do/nad 18 let). Pro osoby se zdravotním postižením se může jednat podle míry funkčního postižení a orientace a pro osoby s poruchami autistického spektra o Průkaz osoby se zdravotním postižením označeným TP, ZTP, ZTP/P. Dále příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku (MPSV, 2020, online).

O tom, zda rodiče umístí dítě do **pobytového zařízení** mohou rozhodnout pouze sami. Dle Thorové (2016) žije v České republice většina dospělých osob s autismem a poruchou intelektu v celoročních ústavech sociální péče. Není mnoho pobytových zařízení, která jsou schopna lidem s PAS poskytnout speciální péči. Některé osoby s autismem potřebují minimální asistenci, jen sociální bydlení.

Osoby s PAS využívají **chráněná bydlení dle §51** za pomoci osobních asistentů si zajišťují každodenní činnosti a dle svých možností chodí do zaměstnání, dle svého výběru. Většinou se jedná o **sociálně terapeutické dílny** podle § 67 zákona o sociálních službách. Tyto služby poskytují např. SKOK do života, o.p.s., Daneta, zařízení pro zdravotně postižené, Barevné domky Hajnice, Nautis.

Mezi pobytové služby s celoročním provozem patří **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** zřízené podle § 48 o sociálních službách, která jedincům s těžším postižením, MR a problémovým chováním poskytují komplexní péči.

Podpora samostatného bydlení je terénní služba určená jedincům s PAS, kteří chtějí žít samostatný život, mimo svoji rodinu, ale potřebují podporu jiné osoby.

Rodiče pečující o děti s PAS mohou využít **odlehčovací služby**. Tato služba může být poskytována formou terénní, ambulantní nebo pobytové. Cílem této služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek (Švarcová, 2011).

3.3 Intervence o děti/žáky s PAS v resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy

Vzdělávání žáků s mentálním, tělesným, zrakovým a sluchovým postižením, s vadami řeči, se souběžným postižením více vadami, autismem a vývojovými poruchami učení nebo chování upravuje § 16, zákona č. 561/2004 Sb. - školský zákon.

Na základě vyhlášky MŠMT 72/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních jsou tyto služby poskytovány dětem, žákům, studentům, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením. Mezi školská poradenská zařízení patří: pedagogicko-psychologická poradna (PPP) a speciálně pedagogické centrum (SPC).

Pedagogicko-psychologická poradna (PPP) jsou využívány pro děti od předškolního věku pro posouzení školní zralosti, vydávají doporučení odkladu školní docházky. V některých případech naopak doporučení předčasného nástupu do školy. Diagnostikují specifické poruchy učení a chování, zjišťují příčiny školní neúspěšnosti, nabízí pomoc při nesnázích při vstupu dítěte do ZŠ. Provádějí komplexní psychologickou nebo speciálně pedagogickou diagnostiku sloužící k integraci žáků. Vypracovávají návrh na zařazení žáků do studijních skupin s upraveným vzdělávacím programem.

Speciálně pedagogické centrum (SPC) je možné využívat od narození do 26 let. Zaměřují se na integraci dětí s tělesným nebo zdravotním hendikepem. Sledují a vyhodnocují školní úspěšnost těchto dětí a jejich umístění do vhodného školního zařízení. Zároveň poradenskou a metodickou činnost rodičům a pedagogům. Rozlišujeme speciálně pedagogická centra pro děti s mentálním, tělesným, sluchovým, zrakovým postižením a vadami řeči.

Krajská koordinátorka pro oblast autismu je současně odborným pracovníkem SPC. Seznam krajských koordinátorů včetně kontaktů je k dispozici na stránkách MŠMT. Za Královéhradecký kraj tuto činnost vykonává Mgr. Eva Jarková a za Pardubický kraj Mgr. Markéta Jirásková.

Ve školách jsou ředitelem zajištěny poradenské služby prostřednictvím školního poradenského pracoviště, kde působí výchovný poradce a školní metodik prevence, případně školní psycholog nebo školní speciálním pedagog.

Asistent pedagoga na rozdíl od osobního asistenta spadá asistent pedagoga do resortu MŠMT dle zákona o pedagogických pracovnících č. 563/2004 Sb. ve znění zákona pozdějších předpisů. Kvalifikace je složitě definována. Může jít o absolventa SŠ,

VOŠ, nebo VŠ oboru s pedagogickým zaměřením nebo nepedagogickým vzděláním. Ale může mít ukončené základní vzdělání, popřípadě vyučení v libovolném oboru, které si doplní kurzem asistent pedagoga. Individuální asistent pedagoga je určen pouze pro jednoho žáka. Naproti tomu sdílený asistent pedagoga podporuje více žáků.

Školská zařízení děti zpravidla mohou využívat od 3 let věku. Spádová MŠ musí dítě s PAS přijmout od 3 let. Je možnost integrace v **běžné MŠ** nebo **MŠ speciální** podle typu podpory, kterou dítě potřebuje. Pro děti s vadami sluchu, zraku, řeči, zdravotním, mentálním nebo děti s kombinovaným postižením. Před začátkem povinné školní docházky lze ještě využít pro dítě přípravný stupeň ZŠ nebo ZŠ speciální. Nepočítá se do školní docházky, ale je součástí základní školy.

Jak uvádí Čadilová, Žampachová (2008) předškolní péče o děti s PAS rozvíjí a navazuje na včasnou intervenci při zachování strukturovaného učení a metod speciálně pedagogického přístupu pro každé dítě s PAS jednotlivě. Metody práce přizpůsobit konkrétním problémům dítěte a odpovídající jeho vývojové úrovni. Stejně jako Thorová (2016) zdůrazňuje dobrou znalost vývojové psychologie, bez které se nelze obejít.

Úkolem předškolního vzdělávání je rozvíjet osobnost dítěte, podporovat tělesný rozvoj a zdraví, pohodu, spokojenost, motivovat dítě k učení, poznávání a učit ho žít ve společnosti ostatních.

Děti mohou v rámci integrace navštěvovat **základní školu (ZŠ)** běžného typu nebo speciální školu, popřípadě základní školu praktickou (dříve zvláštní škola). V současné době je snaha o maximální integraci, která může mít podobu individuální nebo skupinové integrace (Bendová, Zikl, 2011). V případě integrace dětí s poruchou autistického spektra do běžných škol je nutné zajistit takové podmínky, aby se pro ně situace stala přehlednější a srozumitelnější.

Při vzdělávání dětí s PAS, vzhledem k jejich individuálním zvláštnostem a různorodosti, je vhodné postupovat podle individuálních programů. Mezi odborníky není shoda, zda mají být vzdělávání samostatně, nebo společně s intaktními žáky, nebo s žáky s jiným druhem postižení (Švarcová, 2001).

Individuální vzdělávací plán (IVP) je dán § 18 dle školského zákona a podrobněji upraven vyhláškou č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Může být vypracován pracovníkem SPC nebo PPP na základě spolupráce žáka, rodičů, pedagoga a ředitele školy. Je závazný. Zelinková (2011, 172 s.) uvádí jako přínos IVP: *„Umožňuje žákovi pracovat podle jeho schopností, individuálním tempem, bez ohledu*

na učební osnovy, bez stresujícího porovnávání se spolužáky.“ Upravuje metody výuky, obsah, formu, výstupy vzdělávání, organizaci výuky a personální podporu ve škole. Lze ho v průběhu vzdělávání upravovat a vyhodnocovat.

Školní družina a **školní klub** patří mezi školská zařízení pro výchovu mimo vyučování, kdy jejich navštěvování není povinné, ale zaměstnaní rodiče a jejich děti hojně využívají.

3.4 Metody edukace, přístupy, terapie

Často je pokládána otázka, zda je možné autismus léčit. Léčit, ano. Léčeny jsou symptomy, které spadají do poruch autistického spektra. Problémy mohou odeznít, dítě se naučí používat řadu kompenzací a naučeného chování, které se od něho očekává. Terapie může odstranit problémy, zjevné symptomy a nápadné chování mohou pominout, ale to neznamená vyléčení dítěte. Vždy je nutné respektovat odlišnost myšlení dítěte, brát ohled na jeho jinakost, kterou nelze vyřešit medikací.

Nelze jmenovat konkrétní metodu, která zabere všem dětem. Téměř vždy je možné individuálním přístupem a kombinací různých metod či speciálně pedagogických přístupů dětem s PAS pomoci (Roškaňuk a kol., 2012, online).

Pro efektivní život dítěte s PAS je především důležité zajistit předvídatelnost prostředí, aby se orientovalo v čase, místu, prostoru, vztazích, nácvik funkční komunikace a sociálního chování (Thorová, 2016).

Jako jednu z prvních intervenčních metod u dětí raného věku s pozitivním záchytem PAS a nerovnoměrným vývojem je **metoda sdílené pozornosti O.T.A.** - Open therapy of autism vyvinuté Mgr. Romanou Straussovou a rozvíjenou v Centru Terapie Autismu. Metoda vychází z principů strukturovaného učení, aplikované behaviorální analýzy a speciální terapeutické metody při posilování jednoduchých interakcí rodič-dítě. Základem je navázání kontaktu s dítětem stimulovaný jeho sdílenou radostí v podobě navození zvonivého smíchu, až poté je možné začít se stimulací dalších klíčových dovedností. Kterými jsou oční kontakt, ukazování, sdílená pozornost, pojmenování až po sdílení emocí, připojení se k aktivitě dítěte a zapojení dítěte do skupiny. Nedílnou součástí je využití metody videa. Metoda je určena primárně pro batolata a k rozvoji klíčových dovedností. Zároveň existují individuální i skupinové terapie pro děti starší až do 19 let (Straussová a Vágnerová, 2016).

U dětí s PAS je důležité rozvíjet **komunikaci**, která je základem utváření sociálních vztahů. Předpokladem pro budoucí správný vývoj řeči dítěte předškolního

věku je především rozvoj smyslových orgánů, zejména sluchu a zraku. Vývoj řeči úzce souvisí s motorikou. Myšlení a řeč se vzájemně ovlivňují. Z hlediska řečového vývoje jsou nejdůležitější oblasti: rozvoj motoriky, rozvoj zrakového a sluchového vnímání a také myšlení. Důležitý vliv na dítě má sociální prostředí, ve kterém vyrůstá (Vágnerová, 2010).

TEACCH program – Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children – péče a vzdělávání dětí s autismem a dětí s problémy v komunikaci staví na individuálním přístupu k žákovi, na strukturalizaci a vizualizaci učiva. Rozvíjí kognitivní schopnosti a dovednosti, zlepšuje verbální a neverbální komunikaci a minimalizuje excesy a deficity v chování. Pro přiměřenost a smysluplnost intervence je důležité stanovit si reálné priority, ve kterých se rodiče přímo stávají terapeuti. TEACCH program je založen na třech principech: individualizace, strukturalizace a vizualizace (Bartoňová a kol., 2007).

Strukturované učení vychází z TEACCH programu, jak uvádí Čadilová a Žampachová (2008) a rozšiřuje jej o princip motivace.

Ve všech odvětvích výchovy a vzdělávání se vždy zdůrazňuje individuální přístup k dítěti, který zohlední konkrétního jedince s jeho problémy. V kontextu strukturovaného učení a TEACCH programu tento princip zachází mnohem dál. Při intervenci dětí s PAS je třeba individuální přístup v každém detailu – volba metody a postupu práce, výběr úlohy, přizpůsobené prostředí, které je čitelné a předvídatelné, přesně nastavené způsoby komunikace a motivace.

Strukturalizace se zabývá členěním a přehledností. Strukturovat můžeme prostor, čas (denní režim) z krátkodobého a dlouhodobého hlediska. Strukturují se také úlohy a pracovní činnost.

Vizuální podpora hraje velkou roli, jak uvádí Gillberg a Peeters (2008) vzdělávání dětí s pas můžeme nazývat „augmentativní“ (s dopomocí), pro ty, kteří nejsou schopni verbálního vyjadřování nebo se vyjadřují s velkými obtížemi. Augmentativní komunikace předchází problémovému chování. U nevidomých dětí s PAS je nutné nahradit zrakové podněty hmatovými.

Děti s PAS mají většinou dobré vizuální vnímání. K lepší orientaci vizualizujeme prostor, čas a činnosti. K tomu slouží procesuální schémata, která odpovídají otázkám kde, kdy, jak a jak dlouho (Čadilová a Žampachová, 2008).

Jak uvádí Bendová (2011) mezilidská komunikace je pro život velmi důležitá, stává se jednou ze základních potřeb člověka. Každému je třeba umožnit, aby se stal

aktivním účastníkem komunikace. K tomuto účelu slouží systémy **alternativní a augmentativní komunikace**, dále (AAK). Tyto systémy mají minimalizovat komunikační deficit, vybrat náhradní komunikační systém, který bude dítěti či dospělému člověku vyhovovat vzhledem k jeho individuálním zvláštnostem.

Pro děti s PAS jsou využívány jak metody bez pomůcek, tak s pomůckami. Především je využíváno piktogramy, fotografie, obrázky, psaná slova a dále technické pomůcky jako jsou počítače a tablety. Specifickým systémem AAK je systém VOKS, výměnný obrázkový komunikační systém, který funguje na principu výměny, obrázků za něco.

Výběr jednotlivých dorozumívacích systémů je zcela individuální, jejich volba záleží na době vzniku postižení, na převažující smyslové vadě, na věku, vývojové úrovni a na psychickém a fyzickém stavu dítěte.

Jak uvádí Šporclová (2018) metody AAK, jsou využívány u dětí nemluvicích nebo s omezenými komunikačními schopnostmi. U dětí s PAS je důležitá pravidelná spolupráce s logopedem.

Alternativní komunikace slouží jako náhrada mluvené řeči. Augmentativní vychází z latinského slova *augmentace*, které v překladu znamená rozšiřovat nebo zvětšovat. Augmentativní komunikace tedy u jedince podporuje již existující komunikaci, která však nemusí být pro okolí zcela srozumitelná. AAK využívají děti, kteří mají závažným způsobem narušenou komunikační schopnost. AAK umožňuje náhradu verbální komunikace, přičemž konkrétněji augmentativní komunikace rozšiřuje a podporuje stávající komunikaci a alternativní komunikace řeč zcela nahrazuje.

Cílem AAK je umožnit osobám se závažnými poruchami komunikace účinně se dorozumívat a reagovat na podněty ve svém okolí. Hlavním cílem pak je zapojení jedince se závažnou poruchou komunikace do společnosti a umožnit mu aktivně se podílet na komunikaci. Jde tedy o využití veškerých komunikačních schopností, které osoba s postižením komunikace má k tomu, aby byla schopna v plné míře kompenzovat postiženou funkci (Dlouhá a kol., 2013).

Výhodou alternativních způsobů komunikace je aktivnější zapojení dětí a jejich pečovateli během vzdělávacích činností a ve volném čase, napomáhají rozvoji kognitivních jazykových dovedností, umožňují dětem se samostatně rozhodovat, rozšiřují možnosti pro komunikaci dětí, umožňují se aktivně účastnit konverzace i přes velké potíže ve vyjadřování.

Nevýhodou alternativních systémů komunikace je menší společenská využitelnost, než je mluvená řeč, vzbuzují pozornost veřejnosti, všichni účastníci komunikace by si měli tyto systémy osvojit, může být někdy považováno i za důkaz, že dítě nebude nikdy mluvit, proces porozumění předchází před vyjadřovacím procesem, takže to trvá určitou dobu, než dítě začne systémem využívat (Kubová, 1996).

Dalším často využívaným programem u dětí s PAS je PECS – picture exchange communication systém. Vychází z kombinace principu ABA a AAK. Program učí dítě efektivní komunikaci při současném dalším rozvoji řeči (Šarounová a kol., 2014).

ABA terapie vychází z přístupu kognitivně behaviorální terapie – aplikovaná behaviorální analýza. Je využitelná pro děti s PAS od raného věku až do dospělosti. Touto metodou by měli pracovat jen vyškolení terapeuti. Společnost Simple Steps nabízí na svých stránkách on-line výukový materiál pro rodiče dětí s PAS a pracovníky v přímé péči. Techniky práce jsou voleny individuálně dle zakázky rodičů a dítěte. Rodiče, ještě před tím, než budou mít přesnou diagnózu dítěte, ale při včasném záchytu vystane podezření na některou z poruch autistického spektra, si už mohou z webu stáhnout, jakým způsobem mohou s dítětem pracovat. Při nábviku sociálních dovedností dítěte je důležitá fixace žádoucího chování (Tichý, 2017, online).

Návky sociálních dovedností umožňují dětem s PAS správně vstupovat do kontaktu s okolím a posilovat žádoucí chování. Správné chování je dítěti předvedeno a následně po něm vyžadováno, včetně zpětné vazby. Návky zahrnují navázání očního kontaktu, používání gest, konverzaci. Důležitá je motivace dítěte, bez které je sníženo požadované dosažení cíle. Návky mohou probíhat individuálně, ve dvojici nebo skupinově. Získané dovednosti mají dětem pomoci v běžných životních situacích.

Modelové chování, poskytuje dítěti s PAS návod, jak naučené chování může využít v jiné situaci. Probíhá cíleným demonstrováním chování za přítomnosti dítěte. Dále formou videa, prohlížením požadovaného chování. Dítě si film přehraje na iPadu, tabletu, počítači, televizi. Nebo nahrávkami ze svého pohledu dítěte (Šporclová, 2018).

Existují **další terapie**, které dětem s PAS pomáhají rozvíjet smysly, motoriku, myšlení, uvažování, komunikaci a sociální chování. Jako například herní a pohybové aktivity, terapie se zvířaty, arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie. Důležitá je relaxace, která zmírňuje různé nepříjemné pocity křehkého nervového systému dítěte.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Uvedení do praktické části bakalářské práce

Pro účely šetření byla zpracována případová studie (kazuistika). Kazuistika ilustrativně dokresluje teoretickou část práce. Cílem by mělo být podpořit důležitost zahájení včasné intervence o děti s PAS a včasné odhalení vývojových odchylek v raném věku dětí. Popsat aktuální trend nastaveného screeningu u dětí v raném věku a spolupráce složek resortu školského, sociálního a zdravotnického na konkrétním případě pozorovaného a zaměřit se na speciálně-pedagogickou intervenci. Je vypracována kazuistika chlapce s Atypickým autismem od narození do současnosti. Pro komplexnost popisu je uváděn vývoj chlapce ještě před stanovením diagnózy. Všechna jména byla z důvodu ochrany osobních dat změněna.

4.1 Cíle praktické části bakalářské práce

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce je zhodnotit aktuální stav v oblasti zajištění speciálně pedagogické intervence o děti s PAS.

DÍLČÍ CÍLE

- DC1: Zjistit možnosti včasné diagnostiky PAS a možnosti zahájení speciálně pedagogické intervence na úrovni kraje.
- DC2: Charakterizovat zajištění speciálně pedagogické intervence na konkrétním případě chlapce s PAS.

Otázky pro rodiče chlapce ke zjištění dílčích cílů:

- *Měli rodiče povědomí o možnostech pomoci?*
- *Kde vidí nedostatky, kde naopak jsou spokojeni?*
- *Jak rodiče posuzují a hodnotí spolupráci s odborníky?*

4.2 Metodologie praktické části bakalářské práce

Vzhledem k cíli praktické části bakalářské práce byla zvolena kvalitativní metoda, která umožňuje vyhledávat a analyzovat informace, jež povedou k zodpovězení daných cílů. Gavora (2010) řadí mezi hlavní rysy kvalitativního výzkumu intenzivnost, dlouhodobost a podrobný zápis. Základem šetření byl rozsáhlý sběr dat v příslušném kontextu, aby bylo zajištěno dostatečné množství informací. Především přímá práce s pozorovaným jedincem.

Pro sběr informací byly využity tyto základní metody sběru dat (studium odborné literatury, analýza dokumentů, pozorování, rozhovory). Studium odborné literatury a analýza dokumentů zařízení (z volně dostupných zdrojů a poskytnuté jednotlivými zařízeními). Analýza osobní dokumentace chlapce proběhla se souhlasem rodičů, kteří mně umožnili prostudovat veškerou dokumentaci chlapce. Konkrétně lékařskou dokumentaci, zprávy ze školských poradenských zařízení, výstupy z mateřské školy, základní školy. Pozorování probíhalo v přirozeném prostředí chlapce v rodině, MŠ, ZŠ za běžného režimu. Zároveň za situací výjimečných. Všichni zúčastnění byli předem informováni a vyjádřili svůj souhlas. Dalšími technikami šetření bylo dlouhodobé pozorování při souvislé praxi v MŠ.

Rozhovory byly pro navození uvolněnější atmosféry zpočátku vedeny jako volné, v dalším průběhu byla již používána metoda částečně standardizovaného rozhovoru. Otevřené otázky byly zaměřeny na získání konkrétních údajů. Rozhovory byly uskutečněny s rodiči, s pedagogy, lékařkou, pracovníci rané péče a pracovníci SPC.

Jak uvádí Vašek (in Pipeková, 1998) pro kazuistiku jsou důležité údaje o vývoji jedince v raném dětství, o jeho nemocech, prodělaných operacích, úrazech. Důležité jsou údaje o prostředí, kde jedinec vyrůstá. Kazuistika nemůže být jediným podkladem pro stanovení diagnózy, ale může být pouze jednou z pomocných metod Pipeková (1998).

Přinosilová (2007) charakterizuje kazuistiku jako studii konkrétního jedince, která shrnuje všechna dostupná odborná vyšetření lékařská, psychologická, sociální a speciálně-pedagogická, od doby vzniku postižení do současnosti. Lze ji využít jako pomocnou diagnostickou metodu. Mezi klinické metody patří: anamnestické metody, pozorování, rozhovor a analýza spontánních produktů. Jsou založeny na kvalitní analýze zjištěných údajů, a proto nám pomáhají poznat jedince z hlediska dynamiky jeho vývoje, komplexnosti a jedinečnosti jeho osobnosti.

Kazuistika je strukturovaná: úvodní informace o chlapci, osobní a rodinná anamnéza, popis a analýza vývoje chlapce, závěry.

4.3 Specifikace průběhu realizace praktické části bakalářské práce

říjen 2014 v rámci praxe seznámení s chlapcem a jeho rodiči

květen 2015 - červen 2020 seznámení s literaturou

říjen 2014 - listopad 2020 analýza dokumentace chlapce

říjen 2014 - listopad 2020 vlastní pozorování

říjen 2014 - červenec 2020 rozhovor rodina

červen - červenec 2020 rozhovor pedagog, lékař, SPC

červenec - říjen 2020 tvorba teoretické části práce

říjen - listopad 2020 zpracování praktické části

listopad 2020 dokončení bakalářské práce

listopad 2020 odevzdání bakalářské práce

4.4 Charakteristika místa šetření a výzkumného vzorku

Rozhovory s rodinnými příslušníky a pozorování chlapce probíhalo v přirozeném prostředí jeho rodiny a dále ve školských zařízeních. Chlapci je v současné době 11 let. Kazuistika zahrnuje jeho vývoj od narození po současnost. Rodina bydlí společně v prostorném čtyřpokojovém bytě ve městě. Do nedávna s nimi bydlel také chlapcův starší bratr. Chlapec, který bude nadále z důvodu ochrany osobních dat uváděn jako Adam má vlastní pokoj, standardně zařízen, stůl, postel, židle, koberec, postel, úložné prostory. V pokoji u okna má pracovní stůl, kde vypracovává úkoly a připravuje se do školy. Pomůcky má na viditelném místě vedle stolu (počítadlo, tabulky). Na zdi má kalendář, rozvrh do školy, piktogramy (včera, dnes, zítra, před a za, nad a pod). Na stěně má diplom za nejhezčí karnevalovou masku. Dále diplom z hodů do dálky. Pracovní šuplíky a police na školní věci. Další police a boxy plné hraček (auta, traktory, mašinky, dinosauři). Svůj mobil ani tablet nemá. V okolí domu se nachází několik hřišť, která nenavštěvuje, pokud jsou plná dětí. Naopak má rád les, který je nedaleko bydliště.

Mateřská škola, dále (MŠ) působí celkově příjemným dojmem. Vstupní místnosti jsou vyzdobeny vlastními výrobky a tvorbou žáků. Každá třída má svoje stolky, u kterých děti sedí. Místo značek mají děti své fotografie. Každá třída má svoji šatnu, prostory na hraní, vybavení včetně hraček, hudebních nástrojů, tabulí a vlastní logopedické

pracovny, kde se odehrává individuální péče. K vybavení patří i počítač, na kterém děti provozují různé hry pro rozvoj řeči a představivosti. Hračky i pomůcky jsou dětem běžně přístupné. Budova MŠ se nachází na vlastním pozemku, jehož součástí je udržovaná zahrada, kde si děti hrají, sportují, soutěží a vzdělávají se. Na zahradě je pískoviště, prohazovací tabule, tabule na kreslení, zahradní domek s hračkami, vláček, věž se skluzavkou, pružinová skákadla, dřevěná auta s volantem, zahradní nábytek a lavičky.

Do MŠ, kterou Adam navštěvoval, dojížděl zpravidla hromadnou dopravou, výjimečně autem. Třidu navštěvovalo 14 dětí. Jednalo se o dvoutrídni MŠ s kapacitou školy 22 dětí. V době, kdy školu navštěvoval Adam, převyšovala kapacita MŠ o 6 dětí. V každém oddělení bylo 14 dětí, dohromady 28 dětí. Na zvýšenou kapacitu měla škola tříletou časovou výjimku. Děti byly do tříd rozděleny podle věku. Mladší děti ve věku 3 až necelých 5 let. Druhá třída starších dětí, ve které byly děti předškolní a děti s odkladem školní docházky. Docházka dětí se v průběhu roku měnila.

MŠ zajišťovala různé specifické činnosti směřující k celkovému rozvoji dítěte při respektování jeho jedinečnosti a individuálních možností. Pracovala dle vlastního vzdělávacího programu, který vycházel z Rámcového programu pro předškolní vzdělávání. Činnost MŠ se řídila zákonem č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání; vyhláškou č. 73/ 2005 Sb. o vzdělávání dětí žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vyhláškou č. 14/ 2005 Sb. o předškolním vzdělávání.

Pedagogickou činnost v MŠ zajišťovali 4 pedagogové včetně vedoucího pedagoga. Všichni pedagogové měli vysokoškolské pedagogické vzdělání. Dva pedagogové státní zkoušku z logopedie a surdopedie, jeden pedagog rozšířené vzdělání se státní zkouškou z tyflopédie. Dále dvě pracovní provozní síly. Hlavním cílem školy bylo a zůstává připravit děti tak, aby mohly nastoupit do běžné základní školy. Díky potvrzené diagnóze PAS mohli Adamovi rodiče před zahájením povinné školní docházky žádat o pedagogickou asistenci a možnost vypracování individuálního vzdělávacího plánu. Pozorování chlapce probíhalo v rámci praxe, souvislé praxe přímo ve třídě při řízené činnosti pedagogem, herně, v učebně při individuální práci chlapce s pedagogickým pracovníkem.

Na základě psychologického vyšetření, vyšetření foniatra a psychiatra měl chlapec doporučení rozšířit péči o klinického logopeda. Klinický logoped po prvním vyšetření chlapce zhodnotil, že nastavená péče v MŠ je dostačující a návštěvy klinického logopeda nepotřebuje.

Adam v současné době navštěvuje základní školu, dále jen (ZŠ). Škola je v prostředí zeleně. Adamova třída je jedna z nejmenších ve škole. Ve třídě je 14 žáků. Adam sedí v první lavici. Na zdích ve třídě jsou výuková schémata, vepředu interaktivní tabule a diaprojektor. Podél zdí jsou vystavené výrobky a hračky žáků, které sami vytvořili. Do školy i ze školy je každodenně doprovázen někým z rodiny. Výuka probíhá dle osnov pro běžné ZŠ v malém třídním kolektivu s individuálním přístupem založeném na osobních potřebách žáka. Ve třídě je 14 žáků, k dispozici jsou speciální pedagogové. Hodnocení výsledků žáků je individuální. Adam navštěvuje po skončení vyučování družinu, která je součástí školy. V rámci školy mají děti možnost navštěvovat také různé kroužky. Pozorování Adama probíhalo ve třídě, ve školní družině a při venkovních hrách.

Osobní anamnéza

Chlapec 11 let narozen do úplné rodiny z třetího těhotenství záhlavím v termínu, váha 3500 g míra 50 cm, po narození ATB z důvodu zkalené plodové vody, kojen do 21 měsíců, v kojeneckém období psychomotorický vývoj zhodnocen v normě, běžné dětské nemoci, občasné střevní chřipky, jinak nebývá nemocný, nosí brýle, Atypický autismus, ADHD bez medikace, SPU dyskalkulie.

Těhotenství bylo plánované, rodiče dopředu neznali pohlaví miminka, chtěli se nechat překvapit. Syn se narodil v nemocnici v termínu. Otec doprovázel matku k porodu, byl přítomen, ale ne přímo u porodu. Po prasknutí plodové vody nepřicházely žádné porodní bolesti a porod musel být vyvolán uměle. Chlapec se narodil záhlavím asi 20 hodin po odtoku plodové vody, která byla zkalená. Matka i syn brali antibiotika. Matka měla anemii, zkolabovala vysílením, dostala 2 transfúze krve. Po návratu domů se všichni včetně bratra radovali, zpočátku bylo vše standardní. Radovali se prarodiče z obou stran, sourozenci s rodinami. Rodina trávila společné víkendy u rodičů matky, kteří žijí v rodinném domku se zahradou, to trvá do současnosti. Babička z otcovy strany v týdně chodila chlapce vozit v kočárku.

Sebeobsluha. Hygiena. Pleny byly odbourány na dvou letech, v MŠ základní sebeobsluhu zvládal s dopomocí, umytí a utření rukou bylo nutné připomínat, stejně jako v současnosti je zapotřebí dohled a kontrola. Smrkat nechce sám doteď. Při kýčání si zakrývá ústa.

Oblékání. Tkaničku zavázat neumí, nosí boty na suchý zip, zip u bundy zapnout umí. Některé běžné úkony je mu potřeba připomínat, vyžaduje dopomoc a kontrolu. Nachystané oblečení si oblékne a svlékne. Je potřeba doupravit. Při oblékání nepřemýšlí, je schopen si rifle nebo tričko navléci obráceně apod.

Stravování. Dlouhou dobu po ukončení kojení před spaním vyžadoval mléko z lahve, následoval hrneček s brčkem. Výběrovost v jídle z dětství, kdy nejedl ovoce, zeleninu, polévky a spoustu dalších jídel se v současnosti zlepšila. Dnes již jí borůvky, maliny, jahody. Vloni přibyl meloun a v letošním roce třešně. Ze zeleniny jí pouze hrášek a kukuřici. Jí jen určité pečivo, některé potraviny dosud neochutnal a brání se tomu. Některé stereotypy v jídle, kdy rok vyžadoval ke svačině chléb Kovář se sýrem Prezidentem. Jídelníček se do současné doby hodně rozšířil. Přesto odmítá ochutnat pro něho neznámý, nový druh jídla.

Čistota při stravování. Dbá o čistotu. Je si vědom, že si má vzít talířek, drobečky uklidí (často na zem), po jídle má špinavé oblečení.

Hra, opakující se zájmy, rituály, specifika. Od útlého věku stereotypně manipuloval s předměty, především točil s kolečky, vrtulí, házel s věcmi, nezacházel s předměty podle jejich funkce. Nehrál si správně s hračkami, autíčka otočil a točil kolečky nebo jezdil s autíčkem po různých jiných předmětech než po hrací ploše. Hra byla neúčelná. Chyběla fantazijní hra. Převažovaly jednostranné zájmy. Podle matky používal především rituály slovní, kdy na stále stejnou otázku, čekal vždy stejnou odpověď. Preference aut, vrtulníků, letadel, mašinek, od útlého věku. Popeláři, záchranáři, hasiči. V pěti letech výborně poznal všechny značky aut i ty méně běžné včetně jejich odlišností a specifík. Tento stav trvá do současnosti. Auta také sbírá.

Od útlého věku chlapce fascinují povětrnostní vlivy. Tato fascinace přetrvává doposud. Hraje si na živelné pohromy, záchranáře, napodobuje srážku vozidel, opakuje dopravní nehody. Při hře hlasitě, ale věrohodně napodobuje houkání sanitky, hasičů, policie. Stejně dobře a často napodobuje štekání, různé zvuky ptáků, především dravců. Má rád zvířata, pejsky a kočky. Nebojí se jich.

Před vchodem do domu nezazvoní na zvonek, požaduje, aby zazvonil někdo jiný. Pokud ne, je rozzlobený a vydrží čekat tak dlouho, než bude vcházet někdo další a dveře otevře. Nosí hračky do školy. Zajímá se o planety, především Saturn. Preferuje lego, auta, letadla, zemědělskou a lesní techniku, jiný typ hraček odmítá.

V současné době si při své hře neustále povídá a komunikuje s imaginárními postavkami. Vymýšlí příběh, který má děj. Dle matky kopíruje, co někde viděl nebo slyšel. Zlepšila se komunikace do mobilního telefonu. Pokud s ním chce volající mluvit, nezalézá pod stůl, je schopen reagovat na otázky. Sdělí případně, jak se má a co dělá. Svůj telefon nemá.

Pohádky. Okolo tří let chlapce přilákala znělka předpovědi počasí, které se zájmem sledoval. Také se mu líbil tah sportky s losovanými míčky. Později začínal sledovat pohádky s kreslenými zvířátky bez zvuku a Mrňousky. Nedíval a nedívá se na pohádky, kde hrají lidé. Má rád kreslené pohádky jako Krtečka, Pojd'te pane, budeme si hrát, Pat a Mat, Piráti ze Země Nezemě, Mrňousky do současnosti a další. Následovala Auta, favoritem byl Burák a vše co se točilo kolem tohoto velkého auta. V minulosti nevydržel sledovat celou pohádku. V současné době má rád Policie v akci, Počasí, Záchranáři. Baví ho vyhledávat na počítači různé živelné události, případně sledovat lego hry. Ve druhé třídě měl rád pětiminutové pohádky z Mašinky Tomáše a jeho přátel. Z celé knihy preferoval vždy jen čtení části jednoho příběhu o Percym a Gordonovi stále dokola, klidně i třicetkrát. Při pokusu o čtení dalších příběhů vyžadoval vrácení a nalistování části příběhu, který byl předmětem jeho zájmu. Zajímá ho lidské tělo, jak vše funguje, vesmír, encyklopedie.

Vztahy k lidem, vnímání, představitost, emoce. Adam se neumí správně zapojit do kontaktu s vrstevníky. Ale zapojit se snaží i přes neporozumění sociálnímu kontextu. Emoce vyjadřuje nepřiměřeně situaci. Je impulzivní, dráždivý, neklidný. Má potíže s pravidly. Nedokáže využít empatii k vhodnému sociálnímu chování. Je nerad středem pozornosti, kdy například přinese dětem do školy bonbóny, ale nerozdá je. Nezvedne zvonící telefon. V současné době se situace zlepšuje. Nemá rád výstřednosti v oblékání ani v účesu. Některé činnosti dělá rád, bez dospělého. V současné době čím dál raději sdílí, co ho baví. Vymýšlí jednoduché hádanky, připraví kvíz, nabízí nápovědu.

Hrubá motorika. V raném věku neměl Adam zájem o klasické hračky, rád si žužlal plenu. Do 6 měsíců se nepřetáčel, nevzepřel se na břicho. Kdy začal lézt si matka nevybavuje, ale určitě lezl. Sedět začal ve 12 měsících a od 17 měsíců začal chodit. Při chůzi doma i venku, jako by neviděl překážky, často přes něco padal nebo narážel do věcí. V této době probíhala první specializovaná vyšetření. Objevovala se chůze po špičkách, třepotání prstů. Má vbočené špičky, je nutná podpora správné chůze ortopedickými vložkami. V současné době je Adam při pohybu obratný, pohybově přiměřeně nadaný. Rád plave. Chlapec má rád pohyb, chůzi, nevadí mu ani delší několik kilometrů dlouhé trasy. Rád se sám houpe a točí, je šikovný na prolézačkách.

Jemná motorika. V jemné motorice do současnosti přetrvávají deficity v oblasti kresby, úchopu tužky a velkého tlaku na podložku. Dále ve vizuomotorice, kdy nedovede zkoordinovat zrak s pohybem ruky.

Dyspraxie. Přestože má Adam rád pohyb, dělá mu problém koordinace pohybů. Například při vyhození míče ho neuměl chytit i přes trénování. Neumí si zavázat tkaničku. Má chybný křečovitý úchop tužky čtyřmi prsty. Rád vystřihuje, nůžky nekopírují obrys.

Grafomotorika a kresba. Vyvíjela se opožděně. Adam odmítal kreslit, začal až v pěti letech čmáráním. Preferoval pouze černou pastelku. Požadoval, aby druhý nakreslil, co sám chtěl např. vítr, vichřici. Zpočátku byla kresba nezralá, neodpovídala věku, ale postupně se zlepšovala. Grafomotorika nezralá po formální a obsahové stránce. V současnosti kreslí rád a stále. Preferuje kresby stromů, aut, letadel, příběhů, postav z lega a dinosaurů. Psací potřeby drží pravou rukou, úchop tužky má nesprávný, křečovitý čtyřmi prsty. Vyvíjí velký tlak na podložku. Adam v současné době některé obrázky kreslí podle počítače, např. podle KIDS DRAW TV. Kde je podrobně krok po kroku, čára po čáře, rozfázována kresba konkrétních předmětů. Dále využívá vzdělávací programy pro matematiku a český jazyk, kdy je potřeba nabyté vědomosti zpevňovat.

Zrakové vnímání a paměť, vnímání prostoru, vnímání času. Chlapcova orientace v čase je slabá. Dle matky v minulosti nerozlišoval, zda jedl snídani, oběd, večeři. Nerozlišoval ani dny v týdnu, přestože je uměl vyjmenovat včetně ročních období. Deficity v časové orientaci v současné době u chlapce trvají. Chybí mu odhad ke splnění školních povinností. Na začátku přecenil své síly. Hodiny umí od 10 let s drobnou chybovostí. V poslední době má zálibu sledovat, jak běží čas na hodinách. Má kalendář, ve kterém ho baví sledovat fáze měsíce. Ví, kdy bude úplněk, nov a zda měsíc mizí nebo dorůstá. Sleduje jednotlivé fáze na obloze. Přesto některé časové údaje vyslovené chlapcem neodpovídají skutečnosti. Naopak překvapí, když uvede místo a přesné datum (den, měsíc, rok, čas) určité živelné události nebo výstavby objektu jeho zájmu z minulosti. Jde o mechanickou paměť, na časové ose je orientace velmi slabá.

Rodiče dbají na chlapcův pravidelný režim. Potřebuje dopředu vědět harmonogram dne, co se bude dít v průběhu dne a ve dnech následujících. Jinak může nastat problém a zvyšuje se chlapcův psychomotorický neklid a negativismus.

Jak uvádí Bednářová, Šmardová (2011) je orientace v čase podmínkou pro zvládnutí jednotlivých kroků sebeobsluhy, pro plnění postupných kroků školních povinností a souvisí s odhadem času neboli „rozvržením sil“ ke splnění úkolu.

Základní matematické představy, dyskalkulie. Při řešení matematických úloh je nutné používat schémata a názorné pomůcky, jinak zadání nerozumí. Funguje motivace a povzbuzování. Zvládne jednoduché slovní úlohy, které ho zaujmou. Při zadání příkladu je vhodné zapojit postavy z lega nebo kreslených pohádek, aby Adama úloha zaujala.

Někdy spolupracuje dobře. Dlouhou dobu trvá, než nastoupí pozornost, kterou udrží pouze krátkodobě, ale zlepšuje se. Důležité je dělat krátké pauzy. K upevnění nabytých vědomostí procvičovat látku z minulosti. Nabyté vědomosti se mu vytrácí. Je nesamostatný, čeká na asistenci. Při řešení úloh je snaha o logické vysvětlení a návaznost na již probranou látku, včetně názorných pomůcek. Pokud se mu zadaný příklad nebo slovní úloha podaří vyřešit, je velmi rád a chce hned řešit další.

Myšlení. Chlapec má dobrý postřeh.

Emocionalita. Je citlivý na změny. Má velmi nízkou frustrační toleranci, impulzivitu. V minulosti záchvaty vzteku, které postupně mizí, mezi jednotlivými excesy se intervaly prodlužují.

Komunikace verbální. Chybělo broukání, klasicky nežvatlal. Přibližně po 12 měsíci začal slabikovat s obtížemi. První slova začal používat s prvními krůčky kolem 17 měsíce. Hodně křičel, protože neuměl vyjádřit své potřeby. Měl diagnostikovanou vývojovou poruchu řeči, opožděný vývoj řeči prostý, prodlouženou fyziologickou nemluvnost. Do tří let používal pouze několik slov, která začal spojovat ve 3,5 - 4 letech. Delší věty začal tvořit v pěti letech, s vadnou výslovností některých hlásek, neskloňoval. Hovořil v jednoduchých větách, používal nesprávné tvary a rody. Někdy mluvil v ženském rodě, někdy v infinitivu. Tempo řeči plynulé, rychlé, hlas zvučný. Slovní zásoba, gramatika a syntax neodpovídal věku. V řeči přetrvávaly dysgramatismy u koncovek, nepoužíval předložky, zvrtná zájmena. Občas používal slova jiným způsobem, nerozuměl jejich významu. Jednoduché pokyny splnil. Nevyprávěl, co zažil. Odpovídá jednoslovně nebo v krátkých větách. Časté echolálie. Chlapec byl schopen opakovat jednu žádost stále dokola. Dožadoval-li se něčeho, pak na tom trval, dokud touženého nedosáhl. Otázku opakoval stále dokola. Do současnosti napodobuje zvuky, při kterých je velice hlasitý. Například houkání sanitky, hasičů, policie a další zvuky, které ho v danou chvíli zaujmou. Nevhodně komentuje události a dění kolem sebe. Čte rád, ale pomaleji, někdy hádá. Lpí na určitých výrazech, na přesném pojmenování konkrétních věcí, opravuje ostatní. Ne šála, ale nákrčník. Ne taška, ale aktovka. Ne tužka, ale pero.

Příklad komunikace s chlapcem: Na výzvu, aby se na mě podíval a ukázal mi svoje hezké modré oči, odpověděl: „*Co že! Chceš snad říct, že jsem snad nějaký pes!*“ Ve skutečnosti mají doma psa rasy s modrýma očima. Odpověď: „*Ne, nechci, jsi kluk, ne pejsek. Ale máš stejně hezky modré oči, jako tvoje mamka, taťka a brácha.*“ Rozzlobená odpověď chlapce: „*Co že! Chceš říct, že jsme snad nějaká rodina psů!*“

Komunikace neverbální. Do tří let měl Adam omezenou mimiku a gesta. Gesta používal omezeně, spíše nepoužíval. Nepoužíval pohyb hlavou ve smyslu ano, ne, nemával. Neopětoval úsměv. Oční kontakt méně kvalitní.

Poruchy aktivity a pozornosti. Adam neměl pud sebezáchovy. Matka ho musela stále jistit, vběhl by například do silnice. V současné době je zlepšeno, ale přetrvává nepozornost. Trpí neustálým psychomotorickým neklidem. Při plnění školních povinností má velmi dlouhý nástup pozornosti, než se začne soustředit. U chlapce je obtížné upoutat pozornost na jiné věci, než je předmět jeho zájmu. Pozornost udrží minimálně, pouze krátkodobě. Díky své nepozornosti a špatnému odhadu vzdálenosti mívá občasné úrazy. Přes neustálý psychomotorický neklid a občasné výbuchy hněvu má při řízené činnosti snahu o spolupráci. Snaží se. Seběmenší zvuk ihned odvede jeho pozornost.

Chování a adaptabilita. Adam má sníženou adaptabilitu, nepřiměřené reakce na změny, je nesamostatný a těžko odhaduje nebezpečí. V současné době problémové chování na veřejnosti není tak časté jako v minulosti. Je posilováno žádoucí chování. Má snížený práh bolesti, hned nebrečí, když se uhodí nebo upadne. Je statečný, naštvě se na to, o co zakopl. Po vrtání zubu u stomatologa říká, že ho to lechtalo.

Vnímání. Oťukává předměty, krátce je pozoruje před očima. Naslouchá zvukům, které pak sám vyluzuje, věci vkládá do úst, vadí mu hluk, přestože sám je hlučný. Líbí se mu ohňostroj, ale pouze z dálky, nechce být v jeho blízkosti. Vždy jej lákaly zvukové a točící hračky.

Sluch. Od 2-4 let chlapec opakovaně podstupoval vyšetření sluchu, aby se vyloučila sluchová vada. Ve třech letech byl různými lékaři stejné specializace odlišně diagnostikován. Lékaři přes všechna provedená vyšetření dlouho rodičům nedovedli určit, jestli slyší, neslyší, či je nedoslýchavý. Chlapec je velice vnímavý na zvuky, které ho spolehlivě odvedou od soustředění, a právě rozdělané činnosti. Ať je to slabý, sotva slyšitelný tikot hodin nebo venkovní ruch z ulice. Přestože chlapec mluví velmi hlasitě a sám je hlučný, stále vydává nějaké zvuky, případně do něčeho ťuká, hluk ani křik nemá rád. Při sledování televize nebo tabletu má zvuk nastaven na sotva slyšitelné minimum. Občas i teď působí, že neslyší. Sluchová pozornost vázne. Je zabrán do určité činnosti a nevnímá. Vnímání má snížené, vypíná, je naladěný na jiný kanál. Má rád hudbu a zpěv, zná slova písniček. Podle melodie poznáme, kterou písničku zpívá. Dovede velmi dobře reprodukovat rytmus. Je vynikající imitátor zvuků. Fascinují ho také zvony a jejich zvuky. Konkrétně zvonu Augustin, kdy si velmi dobře zapamatoval historii a technické

údaje zvonu. Dožadoval se opakovaných návštěv, kdy byl schopen poměrně přesně v roli „průvodce“ předat informace od skleněného modelu až po vrchol věže. Zvuk zvonu dobře napodobí.

Hmat. Do současné doby vkládá ruce do úst. Neustálé sahá na vše, co je v dosahu, bere do rukou a manipuluje s danou věcí. Problémem byl přechod z dlouhého rukávu na krátký, kterému se bránil. Nemá rád, pokud mu někdo cizí sahá na vlasy nebo se ho dotýká.

Čich. Má v pořádku. K věcem cíleně nečichá, ani nečichal v minulosti. Pokud je vyzván, aby si přivoněl ke květině, ovoci nebo pokrmu, který nejí, opatrně přivoní. Oklamat se však nedá.

Zrak. Oční kontakt v raném věku spíše nepoužíval. V době, kdy začal Adam chodit často narážel do věcí, proto absolvoval vyšetření zraku. Od 18 měsíců jsou oční vady korigovány brýlemi a okluzorem. V minulosti strabismus řešen operací na obou očích, tupozrakost byla léčena okluzorem. Ještě v 10 letech docházel do ortoptické ambulance. I v současné době občas dochází k mírnému šilhání. Špatně odhaduje vzdálenost. Dobře zpracovává vizuální podněty (puzzle, pexeso, dobble, pracovní postupy, schémata). Z minulosti přetrvává, kdy předmět zájmu krátce přiblíží k očím a prohlédne si ho z větší blízkosti, než je obvyklé. Sdílená zraková pozornost je velmi krátkodobá.

Rodinná anamnéza

Matka 46 let, středoškolské vzdělání, pracuje v soukromém sektoru, každodenní kontakt s lidmi, anemie.

Otec 48 let, středoškolské vzdělání, je zaměstnán v organizaci zabývající se ochranou životního prostředí.

Bratr 22 let zdravý, středoškolské vzdělání-gymnázium, výborné sportovní úspěchy.

V rodině se nevyskytuje žádné somatické ani mentální onemocnění. Rodina žije v bytě ve městě.

Vztahy v rodině

Rodiče zažívali nepříjemné pocity při nevhodném chování Adama doma i na veřejnosti. Přitom se sami ocitli v situaci, kterou neočekávali, nezavinili a potřebovali pomoc a porozumění. Adamovo nápadné chování a záchvaty vzteku vzbuzovalo negativní pozornost okolí. V současné době je částečné zlepšení. Díky hlučnosti a problémovému chování se s ním matka vyhýbala návštěvě obchodů a dalších veřejných zařízení.

Otec špatně nesl chlapcovu odlišnost, dle matky se bál, že se nedokáže o syna postarat. V provozování společných aktivit upřednostňoval staršího zdravého bratra, který měl ve škole i sportu úspěchy a dosahoval výborných výsledků ve srovnání se svými vrstevníky. Situace se postupem času změnila. Otec se chlapci pravidelně věnuje, vymýšlí pravidelný program pro rodinu a chlapce, dle matky je toho až moc. Chodí se synem pravidelně do přírody, jezdí na výlety, do kina, na plavání, pak jdou společně na palačinku. Naučil ho rozlišovat stromy, houby, přírodu a zvířata. Jezdí na víkendové akce se známými. Se synem píše také domácí úkoly a učí se s ním do školy. Nemá však se synem trpělivost. Pokud matka nemůže, vodí a vyzvedává syna ze školy.

Rodina se více stmelila v péči o chlapce. Do péče o chlapce je zapojena širší rodina. V současné době se chlapcovo chování, komunikace, myšlení, vnímání a jednání posunulo pozitivním směrem. Svoji roli hraje věk a každodenní působení ze strany rodičů, prarodičů, školy a dalších činitelů, kteří ho ovlivňují a jsou s ním v pravidelném kontaktu. U chlapce došlo k celkovému zklidnění. Neadekvátních reakcí na podněty, které by v minulých letech komentoval ubylo.

Matka doufá, že s věkem syna přijde změna k lepšímu. Přála by si to. Oba rodiče trápí obava ze synovy budoucnosti. Nejistota, jak se bude vše vyvíjet. Zda dokončí školu. Jak Adam obstojí, aby našel v budoucnu zaměstnání. Moc by si přáli, aby mohl chodit do školy a něčím se vyučit, co by ho bavilo. Aby byl v životě šťastný, svoji práci dělal rád, a bylo mu to bylo umožněno. Mají obavy, aby se mu někdo nesmál, nebyl terčem šikany, zneužití. Prarodiče Adamovi hodně ulevují. Bratrovi je vzácnější, více si s bratrem povídá, vozí mu dárky.

Zdravotní oblast

- 8 měsíc na žádost matky odesláni na vyšetření lékařem rehabilitačního stacionáře, krátce cvičili doma, psychomotorický vývoj v počátcích života byl hodnocen v normě
- 18 měsíc foniatrem suspektně diagnostikována vrozená sluchová vada
- 18 měsíc oční vady (hypermetropie, astigmatismus, konvergentní konkomitantní strabismus, anisometropie, amblyopie z anopsie) korigovány brýlemi a okluzorem
- do 3 let opakovaná foniatrická vyšetření, zda je v pořádku sluch
- 3 roky Lymská borelióza, anemie
- 3 roky neurologické vyšetření
- 3,5 - 4 let stacionář, psychologické vyšetření, logopedická a rehabilitační podpora
- 5 let oboustranná operace strabismu v celkové anestezii
- 5 let 6 měsíců genetické vyšetření – negativní (karyotyp i genotyp normální)
- 5 let 6 měsíců screening na metabolické vady negativní

- 5 let 6 měsíců první vyšetření dětským psychiatrem, předběžně Aspergerův syndrom
- doporučení docházet ke klinickému logopedovi
- 5 let 6 měsíců komplexní vyšetření klinickým logopedem se závěrem, že terapie není nutná, protože v MŠ je správné a pravidelné vedení
- 6 let stanovena dětským psychiatrem dg. F841 Atypický autismus, ADHD, negativismus
- Ortoptická cvičení
- 8 let 6 měsíců SPU dyskalkulie

Medikace

0 měsíců ATB

5 let 6 měsíců – až do současnosti doplněk stravy 3omega mastné kyseliny + DMG

9 let RITALIN, STRATTERA z důvodu chlapcova fyzického neprospívání na žádost rodičů vyřazena

Školní oblast

- 4 roky 4 měsíce MŠ logopedická třída
- SPC na žádost matky a následně vyžádané doporučení pediatra s podezřením na autistické rysy vyšetřeno speciální pedagožkou formou pozorování v MŠ s negativním výsledkem
- 6 let SPC doporučen odklad školní docházky
- 6 let 6 měsíců zapsán do ZŠ
- 9 let SPC pomůcky
- 9 let asistent pedagoga
- 10 let SPC 4 stupeň podpory, podpora asistentem pedagoga, učebnice pro děti s MP

Sociální oblast

- 3,5 - 4 let stacionář, pobyt z důvodu opožděného vývoje řeči
- 6 let sdílený osobní asistent (ČČK)
- Od 9 let příspěvek na péči 1. stupeň

4.5 Vlastní šetření

- **Měli rodiče povědomí o možnostech pomoci?**

Raný vývoj

Z chlapcova vývoje byla první znepokojena matka chlapce, která si všímala určitých odchylek vývoje proti ostatním dětem.

Například nezvedal hlavičku. Kolem 6 měsíců se nepřetáčel. Na 9 měsících se její podezření stupňovalo, když viděla rozdíl u chlapce, který se narodil ve stejný den jako její syn. Syn si nepobrukoval, nežvatlal, nedělal gesta, paci paci, nenatahoval se k hračkám. O hračky pro nejmenší neprojevoval zájem. Se svými pochybnostmi

se obracela opakovaně na dětskou lékařku, kterou jak zmínila mají rádi a jsou s ní spokojeni. Lékařka obavy matky negovala s tím, že chlapci jsou pomalejší a je vše v pořádku. Matka uvádí, že byli vždy na chvostě všech tabulek a grafů, ale dle lékařky ještě v normě. Tchyně matčiny pochybnosti také vyvracela. Na žádost matky dostal chlapec doporučení k návštěvě rehabilitačního stacionáře. Absolvovali pár návštěv a doma pravidelně cvičili dle Vojtovy metody. Matka si všechny cviky natáčela na kameru, aby si mohla ověřit, že doma cvičí správně. Asi po třech měsících cvičení chlapec zvládl přetáčení, pásl koníčka, vzpor na rukou. Následně lezl. Sedět začal přibližně na 12 měsících. Chlapcův psychomotorický vývoj v počátcích života byl zhodnocen v normě a další docházení do stacionáře není třeba. Dle matky při srovnání s vrstevníky byl přesto pomalejší. Slabiky vázly, nemluvil. Oční kontakt moc nepoužíval, nemával, neopětoval úsměv. Běžné dětské hračky ho nezajímaly, lákaly ho zvukové a točící hračky. Vydržel dlouho pozorovat větrák, jak pere pračka. S vrtulí si dovedl točit stále dokola hodiny. Strkání ruky do úst vydrželo do současné doby. S prvními krůčky začal používat první slova kolem 17 měsíce. Hodně křičel, neuměl vyjádřit své potřeby. Kojen byl do 18 měsíců, po odstavení vyžadoval před spaním mléko z lahve. Postupně přecházeli na pití mléka brčkem. Někdy působil, jako když neslyší. Probíhala vyšetření sluchu a zraku. Zjištěné oční vady byly korigovány brýlemi a okluzorem. Pleny odbourány na dvou letech. Místo „Usínáčka“ preferoval obyčejnou plenu, kterou stále žužlal. V noci byl plačtivý, zničehonic začal usedavě brečet. Noční pláč ustal, v současnosti občas mluví ze spaní. Do tří let používal pouze několik slov. Ve třech letech prodělal Lymfskou boreliózu. Z důvodu opožděného psychomotorického vývoje podstoupil řadu vyšetření na žádost matky. Rodiče ohledně Adamova zdravotního stavu spoléhali především na lékaře. Rodiče se nejprve obraceli na dětskou lékařku, která je následně odesílala k dalším lékařským vyšetřením. Do chlapcovy problematiky byly zapojeni další odborníci jako rehabilitační pracovníci.

Jak se díváte na včasný záchyt PAS v ambulancích praktických lékařů pro děti a dorost a následně nastavená speciálně pedagogická intervence pozitivně ovlivní budoucnost dítěte a rodiny? Jak se na to díváte s odstupem. Jaká doba uběhla od Vašich prvních pochybností ke stanovení dg?

„Jednoznačně pozitivně, škoda, že nebylo za nás. Kdo rodičům předává informace? Pokud veškeré informace dostanou od dětského lékaře, je to naprosto perfektní.“

Z výše uvedeného vyplývá, že rodiče věděli pouze o možnosti obrátit se na odborníky z lékařského prostředí jako pediatr, foniatr, oční lékař, rehabilitace. Ranou péčí nevyužili, příspěvek na péči nežádali, ani žádné další příspěvky z resortu sociálního. Z rozhovoru bylo zjištěno, že o této možnosti rodiče slyšeli, ale nevyužili ji. Z informací od jiných rodičů, kterých se tato problematika týká v současné době, je patrné, že ze strany pediatrů dochází k výraznému posunu. Mají povědomí o rané péči, NAUTIS a dalších institucích. Tyto kontakty pediatři nebo dětské psychiatry většinou předávají ústně, ne však všichni. Souhrnnou informaci o dalších navazujících subjektech, kteří poskytují intervenci rodiče formou letáčku nedostávají.

Předškolní věk

Z důvodu opožděného vývoje řeči Adam začal půl roku před nástupem do MŠ navštěvovat stacionář. Slova spojoval ve 3,5 - 4 letech, krátce před vstupem do školy.

Následně z důvodu řečových vad byl od svých 4 let a 4 měsíců zařazen do logopedické třídy, kde bylo ve třídě 14 dětí. Adaptace na MŠ byla těžká. Stejně těžký byl přechod z jedné třídy do druhé, kdy Adam změnu odmítal, brečel, běžel do „své“ třídy a začal si stavět koleje. Zpočátku se za ním každé ráno stěhoval pedagog. Výchovně vzdělávací proces zajišťovaly speciální pedagogové se státní zkouškou z logopedie a psychopedie. Používal jednoslovné nebo jednoduché, krátké věty. Pokynům rozuměl. Občas používal slova jiným způsobem, nesprávné tvary a rody, časté echolálie. Někdy mluvil v ženském rodě, někdy v infinitivu. Slovní zásoba neodpovídala věku. V řeči přetrvávaly dysgramatismy u koncovek, nepoužíval předložky, zvrtná zájmena. Delší věty začal tvořit v pěti letech, s vadnou výslovností některých hlásek, neskladoval.

Adamovo porušené binokulární vidění mělo za následek v motorické části šilhavost a v sensorické změny ve zrakovém vnímání. Dioptrické vady korigují brýle. Amblyopie byla léčena pravidelným cvičením pod vedením speciálního pedagoga se státní zkouškou z tyflopédie, domácím cvičením a okluzí. Nelze ji řešit operací, jako je tomu u strabismu. Pleoptická léčba je prováděna vždy na oku tupozrakém, při zakrytí oka vedoucího, tím je snaha přinutit utlumené oko k činnosti. Tupozraké oko je zaměstnáno prací, většinou nablízko, s pomocí hmatu, sluchu, paměti. Pedagog s Adamem prováděl pleoptická cvičení rozvíjející smysly, hrubou a jemnou motoriku, hmat. Jde o cviky na uvědomění si prostoru, všechna hmatově zraková cvičení, pohybová cvičení, společenské hry, cvičení principem oko-ruka, oko-noha (chůze po čáře, v bludišti, překračování nižších překážek, vystupování, sestupování), oko-paměť. Adam

v ofocené předloze vyplňoval jednotlivé kontrastní čáry (černobílé a obráceně), vypichoval jednoduché tvary obrázků. Dále vyplňoval takzvané pokrývánky, kde hledal stejné tvary a barvy. Ve škole mají oční svalový trenažér, Holmesův stereoskop (dva různé obrázky vytvoří celek veverka x strom-veverka na stromě; dva obrázky stejného tvaru-beruška x tečky), zrcadlový stereoskop, cheiroskop a prosvětlovací deska, kterou daroval rodič dítěte. V léčbě tupozrakosti se jedná o spolupráci rodičů, speciálního pedagoga, ortoptisty a očního lékaře.

V logopedické třídě je však prioritní vada řeči, vada zraku je druhotná. Cílem školy je naučit děti mluvit tak, aby mohly nastoupit do běžné základní školy.

U Adama byla **zkouška laterality** provedena v MŠ v pěti letech. Preference pravé ruky byla zřejmá. Adam má vyhraněnou souhlasnou laterality pravák, laterality ruky a oka je shodná.

Matka si myslí, že slova pouze opakoval a nerozuměl jejich významu. Bylo jí líto, že nevyprávěl, co zažil v MŠ. Měli stálý problém s dodržováním pravidel. Problémy při cestování do MŠ, problémové chování jinými spoji MHD, než které chlapec vyžadoval. Trval na stále stejné trase. Nechtěl jezdit plným autobusem, nechtěl nastoupit z důvodu, že si nesesedne, nevidí z okna apod. Neměl rád autobusy s reklamou. Někdy odmítal do konkrétního spoje nastoupit a z toho důvodu se dostávali do časové tísně. Byl nejraději, pokud jeli autem. Špatně snášel odloučení a návštěvy u nich doma. Většinou po dobu návštěvy zalézal, schoval se. Radost dával velmi výrazně najevo tleskáním a poskakováním například u krmení zvířátek. Stejně výrazně dával najevo neochotu, negativismus, vztek, nesouhlas.

Opakovaly se stereotypy jako neustálé otevírání a zavírání dveří, opakované splachování toalety, stereotypní manipulace s předměty. Přetrvávalo točení s kolečky, házení s věcmi, nezachází s předměty podle jejich funkce. Nehrál si správně s hračkami. Na vycházce vydržel celou dobu „štěkat.“

Z vlastního pozorování: Děti si jdou hrát pohádku. Chlapec, i přes výzvu pedagoga nezůstal s ostatními. Šel dozadu do ústraní místnosti ke stolečku, od kterého děti sledoval a současně si hrál s autem a s dřevěnými kostkami. Kostky nakládá na auto. Ty mu často padaly na stůl a tím rušil hru ostatních. Další příklad, kdy děti postupně kreslí na tabuli křídou déšť, kruh, osmičku. Všechny se na vyzvání pedagoga vystřídají až na Adama. K tabuli přichází vyzkoušet, až když má třída jiný program v jiné části třídy za výklenkem, kde není na Adama vidět.

Chlapec nebyl medikamentózně léčen. Matka má však pocit, že jeho chování bylo „lepší“ po pravidelném užívání doplňků stravy: 3omega mastné kyseliny + DMG (n-dimethyl glycine, methyl donor) - vylepšuje využití kyslíku a může působit jako antioxidant stimulací lymfocytární proliferaci a produkci interferonu.

Mladší školní věk

Před vstupem do ZŠ měli rodiče velké obavy, zda bude syn úspěšný.

Adamovi se ve škole líbí. V současné době je chlapec vzděláván formou s IVP a je zařazen do školy zřízené pro žáky podle §16 odst. 9 školského zákona. Každé dítě ve třídě má své vlastní místo, svoji lavici. Třída je malá, nemá relaxační prostor. Ve třídě je dostatek vizuální podpory, které žáci rozumí. Pracovní schéma, sled jednotlivých zadaných úkolů či činností v rámci určité časové jednotky. Procesuální schéma, vizualizovaný sled jednotlivých kroků dané činnosti.

Pedagog učí názorně. Ukazuje a používá pomůcky, fotografie, kartičky, piktogramy a další, aby Adam pochopil to, co se učí. Mluví zřetelně, výstižně, stručně a konkrétně. Vždy na začátku hodiny pedagog seznámí děti s tím, co je bude v daný den čekat. Na větší změny připravuje děti delší dobu, protože Adam, stejně jako další děti s PAS ve třídě, nemá rád překvapení. Např. za tolik a tolik dní pojedeme na výlet a jakým dopravním prostředkem. Jak den bude probíhat, kolik dnů zbývá do tohoto dne. Střídá individuální a frontální výuku. Neděje se nic pro děti nepředvídatelného. Stále informuje, co bude následovat, a to s předstihem.

Adam čte pomaleji, někdy hádá, ale čtení ho baví už od první třídy. Výuka čtení probíhala v první třídě analyticko-syntetickou metodou. Občas nerozumí některým slovům a sám používá slova v jiném významu. U Adama probíhá výuka podle IVP. Bez asistenta pedagoga je práce pro pedagoga náročná. Výklad nového učiva probíhá individuálně ve chvíli, kdy mají ostatní žáci zadanou samostatnou práci. Pedagog má ve třídě 14 dětí. Poruchu pozornosti s hyperaktivitou a specifické poruchy učení (SPU) (dyslexii, dysgrafii, dyskalkulii a dysortografii) má ve třídě pět dětí. Tři děti mají PAS, deset dětí má problémy v jemné a hrubé motorice. Pět dětí má chybný úchop tužky a dvanáct dětí má narušenou komunikační schopnost. Pedagog ohledně SPU spolupracuje s PPP, ale pracovnice jsou přetíženy. Ohledně dětí s PAS spolupracuje s koordinátorkou pro oblast autismu. Spolupráci si chválí. Chlapec asistenta pedagoga nemá, přestože jej SPC doporučilo u chlapce po celou dobu výuky. Další dvě děti ve třídě mají SPC doporučeného sdíleného asistenta pedagoga. Pět žáků ve třídě má čtvrtý stupeň

podpůrných opatření, osm dětí třetí a jeden žák první stupeň. Pedagog si rozmanitými formami práce snaží získat aktivní zájem dětí o učení, vytvořit motivující prostředí a příjemnou atmosféru.

V matematice zařazuje prvky Metody Hejného – při řešení slovních úloh a geometrii. Chlapec má upravené výstupy v matematice. Jeho orientace v čase se zlepšuje, hodiny umí. Pedagog na konci výuky zopakuje, co se naučili. Seznámí děti s tím, co budou dělat zítra. Rozvrh je umístěn na viditelném místě. Díky zkušenostem a individuálnímu přístupu třídního pedagoga chlapec školu zvládá. Ví, že do školy musí. Pedagog má rád. Na dotaz „jak ve škole“ odpoví „jo, dobrý,“ dříve odpovídal „a proč tě to zajímá.“ Oba rodiče pracují, proto musí chodit do školní družiny a na obědy. Školních výletů se účastnil. Dosud se neúčastnil školy v přírodě. Na vysvědčení je hodnocen známkami, komunikační dovednosti jsou hodnoceny slovně. Chlapec sbírá auta, která nosí někdy do školy. Neustále zdůrazňuje, která ještě nemá a jak by je moc potřeboval. Rodiče jsou rádi, že se chlapci ve škole líbí. Zbytečně na sebe nechtějí upozorňovat, ale byli by rádi, pokud by asistenta měl. Rodiče jsou se školou spokojeni. Mají pravidelný kontakt s třídním pedagogem a vychovatelem při vyzvedávání dítěte a na rodičovských schůzkách. Pokud je potřeba probíhá i bezproblémová telefonická komunikace.

Z důvodu chlapcova neklidu a nesoustředěnosti byl nejprve nasazen RITALIN, následně změněn na STRATTERU po dobu jednoho roku. Chlapec chřádnul, přestal přibývat na váze a jako byl více ve snu. Rodiče v chování a pozornosti chlapce neviděli rozdíl. Z toho důvodu požádali lékařku o vysazení léku. Lék byl postupně pod dohledem lékařky vysazen.

Adam má rád pohyb, proto navštěvoval pohybový kroužek. Následně byl však vyloučen. Rodičům bylo vysvětleno, že to bylo z důvodu nerespektování pravidel a nezapojování do hry. Mezi dětmi pouze neúčelně běhal. Rodiče situaci pochopili a nic nenamítali. Ve třetí třídě rodiče přihlásili chlapce na sportovní kroužek mimo školu se stejně starými dětmi, kde však neobstál. Byl přeřazen do skupiny mladších dětí, než je on sám. Ve skupině byl stejně nápadný chlapec také vydávající zvuky. Oba chlapci nerespektovali pravidla. Do kroužku už nechodí. Ve škole navštěvoval kroužek lega, který probíhal v jeho třídě s třídním pedagogem. V současné době již kroužek nenavštěvuje. Stěžoval si na hluk, jak děti skládají dílky k sobě. Daří se mu při návštěvě lezecké stěny, kde jištěný přes lano v sedáku vyleze do cíle, bez jakýchkoliv obtíží. Nově

rodiče plánují kroužek plavání, nebo hru na hudební nástroj. Doma má Adam keyboard. Má dobrý hudební sluch. Je vynikající imitátor. Dovede napodobit různé zvuky.

Při plnění domácích úkolů je chlapec nesamostatný. Rodiče vypracovávají se synem domácí úkoly a každý den se pravidelně musí připravovat do školy. Při přípravě a vypracování domácích úkolů je nutná stálá asistence. Dlouhou dobu trvá, než nastoupí pozornost, kterou udrží pouze krátkodobě. Situace se ale pomalu zlepšuje. Adam si často stěžuje na únavu, říká, že je vyčerpaný. Dělají krátké pauzy. Chlapec má problémy v matematice, náročnost na přípravu v jiných předmětech je také vysoká. Látku se učí spíše mechanicky ve snaze o zapamatování. Někdy spolupracuje dobře. Mívá však dny, kdy jakoukoliv spolupráci odmítá a výuka jde velmi obtížně. Snaha o navázání spolupráce k výuce bývá složitá. Funguje individualizace, strukturalizace, vizualizace, motivace (slíbení oblíbené činnosti) a povzbuzování. U chlapce funguje pochvala. Je ho třeba pravidelně chválit a soustavně podporovat a rozvíjet schopnosti v maximální možné míře. Díky důslednosti rodičů je v současné době schopen vyčkat při posunutí oblíbené činnosti nebo věci na později. Motivací je například, pokud včas splní požadované, může pracovat omezený čas s tabletem. Dále jsou to hračky nebo návštěva bazénu. Na tabletu si vyhledává opakovaně živelné události (vichřice, bouřky, katastrofy) a lego hry. V současné době je předmětem jeho zájmu potopení Titaniku. Vše komentuje svým vlastním způsobem.

Rodiče dodržují zaběhnutý režim, případné změny říkají chlapci s dostatečným předstihem. Při komunikaci s Adamem je nutné udržovat oční kontakt. Kontrolovat, že vnímá, že se na něho mluví. Z toho plyne mluvit zřetelně, v krátkých instrukcích a zjistit, zda ví, co je po něm chtěno. Je nezbytné zajišťovat odlišný, speciální způsob komunikace a učení. Nutné je učinit pro něj svět srozumitelnější. Je kladen maximální důraz na jasnou strukturaci prostoru a času, které mu dodává jistotu. Při učení jsou využívány zcela konkrétní, zejména zrakové podněty. Učení autistických dětí je vždy spojeno s konkrétními situacemi a osobami a vyžaduje jejich těsnou spolupráci. Před jakoukoli změnou v denním režimu je nutné ho připravit na změnu tak, aby s tím už počítal předem.

Chlapec čte matce večer před spaním nahlas pohádku. Aktuálně Našlo se koťátko! a Příběhy se šťastným koncem. Až knihu dočte, vybral si další, Osamělého králíčka. Rodiče, především matka je v pravidelném kontaktu s třídní pedagogem. Rodiče se střídají v každodenním doprovodu chlapce do školy a ze školy. K přepravě využívají auto nebo hromadnou dopravu. Cestování MHD se proti předškolnímu věku zlepšilo.

Přesto však Adam jde často několik kilometrů pěšky, než by využil MHD. Občas si zapíše úkol ze zadní strany sešitu nebo si ho nezapíše vůbec. Následně pak úkol nepřinese nebo si nevzpomene, že nějaký mají. Nevypráví, co zažil ve škole. Při obdržení špatné známky nesdělí, jak zněly otázky. Ve škole má předmět komunikačních dovedností, ze kterého je hodnocen ústně. Ostatní předměty na vysvědčení jsou hodnoceny známkou. Chlapec měl dvojku z matematiky a z českého jazyka. Z ostatních předmětů měl jedničky včetně chování. Adam má IVP na matematiku, s upravenými výstupy, který je vyhodnocován 1x ročně ústně s rodiči.

- **Kde vidí nedostatky, kde naopak jsou spokojeni?**

Adam i rodiče jsou celkem spokojeni se školou, především s přístupem třídního pedagoga, kterého má syn rád. Škola zajišťuje ranní i odpolední družinu. Stejně tak byli spokojeni v mateřské škole.

Naopak jsou rodiče nespokojeni s ukončením činnosti asistenta pedagoga u jejich syna. Asistent pedagoga byl školou chlapci odebrán již v říjnu 2019, i přes doporučení SPC. Dle rodičů škola nepřikládá doporučením SPC velkou váhu. Dle platného doporučení SPC, má mít chlapec asistenta pedagoga po celou dobu výuky až do roku 2021. Rodičům Adama bylo zdůvodněno nedostatkem financí, souvisejících se změnou legislativy.

Skutečnost potvrdil i třídní pedagog: *„Pokud byl ve třídě asistent pedagoga, jednalo se o perfektní spolupráci. V současné době došlo ke ztrátě nároku na asistenta pedagoga v souvislosti s vyhláškou 248/2019 Sb., platnou od ledna 2020, která novelizuje některé dosud platné části vyhlášky č. 27/2016 Sb. (o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných). Podle této novely mohou školy, které jsou zřizovány dle paragrafu 16 Školského zákona, nárokovat asistenta pedagoga pouze od 4 a více žáků s PAS ve třídě.“*

Z doporučení školského poradenského zařízení pro vzdělávání žáka se speciálními potřebami ve škole, které mi rodiče poskytli, platného na dobu dvou let (od roku 2019 do roku 2021).

- personální podpora pedagogická – Asistent pedagoga, stupeň 4, hodin 40
- speciální učebnice pro výuku žáků s MP

ZÁVĚRY Z VYŠETŘENÍ

U chlapce byl diagnostikován Atypický autismus, v jehož rámci se projevují obtíže v oblasti sociální, emoční a komunikační. Řeč je formálně srozumitelná, obsahově

se stereotypiemi, agramatismy, běžnou konverzací nerozvíjí. Hra stereotypní. Nízká frustrační tolerance, pohotovost k afektivním reakcím. Kognitivní schopnosti rozloženy nerovnoměrně. Do vzdělávání se promítá porucha pozornosti s hyperaktivitou, chlapec se soustředí pouze krátce, je nutné jej stále povzbuzovat, motivovat, střídat činnosti. Celkově podává aktuálně výkony v pásmu hlubokého podprůměru. Lze předpokládat vyšší skutečný potenciál. Nadále přetrvává dyskalkulie. Vážně sluchová pozornost. Oslabená je též grafomotorika a jemná motorika. Tempo čtení je pomalé, vážně porozumění textu. Ve vzdělávacím procesu i nadále nutná dopomoc asistenta pedagoga ve vyučování i školní družině.

Metody výuky. V platnosti zůstávají doporučení z minulosti (2017). Navíc se v matematice zaměřit na praktické dovednosti jako manipulace s penězi, představa o počtu. Upevňovat učivo, nepostupovat dále pokud nebude zakotvené. Střídat počítání s názornými pomůckami a počítání bez pomůcek. Fixovat základní matematické operace (+/- s přechodem přes 10, paměťové násobení, dělení). Upevňovat početní představu, fixovat pojmy před a za, dbát na porozumění textu, číst po malých celcích. V matematice pracovat individuálně. Často chválit, povzbuzovat, pomoci v kontaktu se spolužáky. Při zaseknutí chlapce je potřeba ho pobídnout k činnosti, namotivovat.

Úprava obsahu vzdělávání. V matematice je třeba zakotvit základy učiva. Postupovat pomalým tempem a vést chlapce k praktickému využití znalostí.

Úprava očekávaných výstupů vzdělávání. Vzhledem k SVPU dyskalkulii v kombinaci s atypickým autismem a poruchou pozornosti jsou doporučeny IVP snížit výstupy v matematice na minimální doporučenou úroveň RZV ZV. Je nutné zakotvit základy učiva, vést k praktickému využití znalostí.

Organizace výuky. V hodinách matematiky potřebuje chlapec podporu asistenta pedagoga. Je třeba se chlapci věnovat individuálně, případně v hodinách matematiky vzhledem ke sníženým výstupům pracovat odděleně (pracovní koutek ve třídě nebo mimo třídu). Je třeba využívat v matematice učebnice pro žáky s LMP, velké množství názorných pomůcek a individuální pracovní listy. Střídat práci s pomůckami a bez pomůcek. Vzhledem k obtížím se sluchovou pozorností je třeba, aby měl chlapec pětiminutovky rozepsané. Postupovat pomalým tempem, nepokračovat dále dokud není učivo zafixováno. Dělat časté přestávky během hodiny, motorické uvolnění, smazat tabuli rozdat sešity apod. Zklidňovat chlapcův psychomotorický neklid. Na lavici mít jen potřebné věci k práci. Chlapce je potřeba neustále motivovat k práci, usměřňovat jeho

pozornost, pobízet k činnosti. Dohlédnout, zda má zapsaný domácí úkol, případně zapsat do notýsku.

Personální podpora ve škole. Je třeba podpora asistentem pedagoga po celou dobu vyučování i ve školském zařízení. Chlapec potřebuje podporu asistentem pedagoga především v matematice, kde je potřeba postupovat pomalejším tempem, vizualizovat, používat názorné pomůcky. Je třeba mu pomoci s orientací v sociálních vztazích. Potřebuje usměrňovat chování vysvětlovat sociální situace. Asistenta může v ostatních předmětech kromě matematiky sdílet s ostatními žáky ve třídě se speciálními vzdělávacími potřebami. Chlapec potřebuje dopomoc pedagogického asistenta i ve školní družině. Speciální učebnici škola zakoupila od dalšího školního roku 2020-2021. Druhé pololetí měl chlapec stejnou učebnici jako ostatní děti ve třídě.

Zpráva školského poradenského zařízení pouze pro žáka nebo zákonného zástupce.

Část psychologická: Chlapec vstupuje do poradny a během úvodního rozhovoru s matkou si u stolu hraje s autíčky. Řadí je za sebe, při couvání hlasitě pípá. Po odchodu matky z pracovny na výzvu uklízí některá auta do bedny, některá parkuje na pracovním stole ve vymezeném prostoru. Pracovní kontakt navazuje, oční jen letmý. Po formální stránce došlo u chlapce ke zlepšení výslovnosti. Po obsahové stránce řečové stereotypie, echolálie, naučené výrazy neodpovídající danému kontextu. Občasné agramatismy, chyby ve slovosledu, skloňování či časování. Na běžné otázky odpovídá, konverzaci nerozvíjí. Motoricky je velmi neklidný, přičemž motorický neklid se v čase výrazně stupňuje s nastupující únavou. Zpočátku bubnuje prsty do stolu, natahuje se po předmětech, které má v dosahu. Poposedává, máchá rukama a sklouzává pod stůl. Do vyšetření je nutné vkládat časté přestávky. Pozornost vydrží krátce i u úkolů, které ho zaujmou. Pokud se mu nedaří, má tendenci vzdávat. Je třeba jej neustále povzbuzovat a motivovat k práci. Chyby samostatně neopravuje. O výsledky činnosti nemá příliš velký zájem. Ke konci vyšetření si prozpěvuje a zkouší hranice. Na usměrnění reaguje hned, nevzdoruje. Pozorování při vyšetření se odlišuje od informací o jeho chování ve škole. Je nutno vzít v úvahu též možnost ztížené adaptace na nové prostředí, což mohlo ovlivnit celkový výkon. Celkově spadá na hranici pásma podprůměru a lehkého mentálního postižení. Lze však předpokládat výrazný vliv poruchy pozornosti na výkon chlapce, proto je výsledek nutné hodnotit opatrně. Nejlépe se mu dařilo v úlohách na pojmové myšlení, zrakový postřeh. Naopak deficity byly ve dnech v týdnu, hodinách, měsících, orientaci v čase, početním usuzování, schopnosti rychlé a přesné vizuomotorické

koordinace. Grafomotorika ztížená, úchop tužky křečovitý s předsunutým prostředníkem. Kreslí a píše velkým tlakem na podložku. Socioemoční nezralost, nízká frustrační tolerance. Je málo vytrvalý.

Část speciálně pedagogická: Na otázky odpovídá jednoslovně nebo krátkými větami, ne vždy ke kontextu. V chování psychomotorický neklid, má časté odklony pozornosti. Je třeba ho často navracet zpět k úkolu. Pokud si není jistý, nechce pracovat. Nesnaží se najít správnou odpověď. Sluchovou diferenciaci zvládá, určí odlišnou hlásku. Při sluchové syntéze také chybuje, potřebuje opakovat slova. Při fonologické manipulaci se slovy volí stále stejnou strategii, zaměřuje jen první hlásku. Není schopen zaměnit jinou ani po upozornění a vizuálním zácviku. Vážne sluchová pozornost. Čte ve velmi pomalém tempu. Obtížnější slova slabikuje, občas slova domýšlí. Přehazuje ve slovech hlásky. Vážne porozumění textu. Text samostatně nereprodukuje, na návodné otázky odpovídá s nepřesnostmi. Píše v pomalém tempu. Píše pravou, chybný úchop tužky, velký tlak na podložku. V diktátě si nepamatuje větné celky, je třeba mu diktovat po krátkých celcích. Diakritiku doplňuje po dopsání slova, často gumuje. V diktátě chybuje v délkách. Sám si po kontrole některé chyby najde. V matematice využívá počítadla a tabulky násobků. S těmito pomůckami dokáže velmi pěkně a rychle pracovat. Zápis čísel do 1000 zvládá při pomalejším tempu, čísla správně přečte. Při jmenování vzestupné řady chybuje v přechodech přes 10. U čísel o 1, 10 menší, větší, chybuje v číslech menších. Neorientuje se v pojmech před a za. Při dočítání již projevuje odpor, odmítá pracovat. Dobře reaguje na snížení počtu příkladů, při dočítání používá počítadlo, pracuje rychle. Násobení a dělení zvládá s tabulkou v rychlém tempu. Při sčítání a odčítání do 100 mu činí obtíže příklady s přechodem, dopomáhá si rovněž počítadlem. Při početních operacích se stovkami potřebuje vizualizaci řádů a dopomoc. Písemné sčítání a odčítání do 1000 zvládá v pomalém tempu. Při slovních úlohách potřebuje také dopomoc.

Část pedagogická (vyhodnocení plánu pedagogické podpory): Dle pedagoga má chlapec IVP v matematice, v ostatních předmětech zvládá tempo třídy. Má grafomotorické obtíže. Oslabenou číselnou představivost a pomalé tempo osvojování matematických operací. IVP v matematice je nadále nutný. Občas mívá odklony pozornosti, je nutné se přesvědčit, že je v myšlenkovém kontaktu s aktuálním tématem. Jinak je snaživý. Občas má drobné slovní potyčky se spolužáky. Ty bývají zapříčiněny jeho jednostranným pohledem na věc. Mívá také nevhodné bonmoty před spolužáky.

Vůči dospělým je ochotný, slušný, vstřícný. Má dobrý všeobecný přehled, zadanou práci se snaží vždy dokončit. Bývá ve svém světě, při školních akcích si nevšímá své skupiny.

- **Jak posuzují a hodnotí spolupráci s odborníky?**

Ze začátku se matka se svými pochybnostmi ohledně syna obracela pouze na lékaře. Rodiče sami aktivně jinou možnost pomoci nevyhledávali. Postupem času jejich informovanost díky internetu a literatuře vzrůstala. Lékaře, kteří Adama vyšetřovali, hodnotí rodiče kladně. Při prvních pochybnostech matky byl Adamův vývoj dětskou lékařkou hodnocen jako v normě, i když na samé hranici vzhledem k věku.

Velmi kladně hodnotí rodiče spolupráci s pedagogickými pracovníky. V mateřské škole dosáhl Adam velkých pokroků. To vše díky pedagogickým pracovníkům, odborníkům z oblasti speciální pedagogiky jako logopedie, tyflopédie, psychopedie. Již v předškolním vzdělávání využíval sdíleného asistenta pedagoga.

Dle vyjádření rodičů synovi pomohl odklad školní docházky, který byl realizován na základě doporučení SPC. Po stanovení diagnózy Adam změnil SPC, pod které spadá. Pozitivně hodnotí sdíleného asistenta pedagoga v MŠ a asistenta pedagoga na ZŠ, Montessori pomůcky, didaktické a vizuální pomůcky, tabulky.

„Jsm rádi, že se synovi ve škole líbí. Syn musí mít ze školy i do školy doprovod. Pozitivně jsme vítali, že syn má v letošním školním roce družinu. Vzhledem k tomu, že jsme oba zaměstnaní, družinu využíváme. Ve škole se hodně střídají pedagogové, v letošním roce již 3 vychovatelky, syn chodí do školy celkem rád. Mrzí nás, že škola asistenta pedagoga odebrala. Nechceme však na sebe upozorňovat ani odporovat. Máme strach, co jednou se synem bude.“

4.6 Zhodnocení naplnění cílů praktické části bakalářské práce

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce bylo zhodnotit aktuální stav v oblasti možnosti zajištění speciálně pedagogické intervence o děti s PAS. V teoretické části práce jsou v jednotlivých kapitolách popsány možnosti zajištění speciálně pedagogické intervence. V praktické části práce je na konkrétním případě popsán průběh speciálně pedagogické intervence u dítěte s PAS. Teoreticky je možné využít mnoho metod, pomůcek, přístupů, terapií. Důležitý je individuální přístup, strukturalizace, vizualizace a motivace.

V návaznosti na hlavní cíl práce, byly stanoveny dva dílčí cíle, jež danou problematiku sledují podrobněji.

DC1: Zjistit možnosti včasné diagnostiky PAS a možnosti zahájení speciálně pedagogické intervence na úrovni kraje.

Jak je popsáno v kapitole 1.4 existují prokazatelné důkazy o včasné intervenci dětem s PAS. Ta zmírňuje jejich handicap a podporuje zahájení cílené terapie, která zvyšuje šanci u dítěte nastartovat další pozitivní vývoj. V době, kdy probíhala diagnostika Adama tato možnost nebyla běžnou součástí rané diagnostiky. V současné době mezi prvky včasné diagnostiky bezesporu patří screening. Dále se na diagnostice podílí multidisciplinární tým pediatr, psycholog, dětský psychiatr, neurolog, logoped, speciální pedagog. V raném věku jsou prováděna vyšetření genetických a metabolických vad. Vyloučení sensorických vad provádí foniatr a oftalmolog. Někteří rodiče se stanovení diagnózy u dítěte obávají, ale neznamená to, že dítě z dané diagnózy nemůže časem „vystoupit“.

Z výše uvedeného vyplývá, že s odstupem necelých čtyř let od zavedení povinného screeningu včasného záchytu PAS v ambulancích dětských lékařů celý systém následné speciálně-pedagogické intervence funguje. Včetně propojení a spolupráce jednotlivých segmentů. Speciálně-pedagogického, sociálního a segmentu zdravotnictví.

„V Královéhradeckém kraji by síť psychologů a dětských psychiatrů potřebovala posílit. V regionu ordinují 4 dětské psychiatry a provádět diagnostiku mohou všichni, ale někteří se brání, jak vyplývá z rozhovorů s lékaři. Pozitivní skutečností je zkrácení objednací doby na první vyšetření v rozmezí 4-6 měsíců. Děti s podezřením na PAS se snaží upřednostnit.“

Nejsou to vždy rodiče, kdo vysloví první podezření na některou z poruch autistického spektra. Lze se setkat s případy, kdy podezření vysloví prarodiče, známí, pedagogové.

Někteří rodiče přicházejí s dítětem k vyšetření, ale nedovedou sdělit žádné informace z chování dítěte v minulosti. Již si je nepamatují. Nedovedou popsat ani současné obtíže dítěte. Psychiatry potřebují informace od těch, kteří přicházejí s dětmi do kontaktu. Při vyšetření není tolik času na hraní s dítětem.

Naopak jsou rodiče, kteří psychiatra zahltní štusem zpráv z prodělaných vyšetření dítěte. Ideální případ je mít více zdrojů informací: například pedagogické zprávy z MŠ,

ZŠ, z logopedických vyšetření, PPP, SPC nebo zprávy rané péče. V současné době jsou pracovníci rané péče schopni vypracovat podrobnou, ucelenou zprávu o dítěti pro rodiče, kteří ji mohou předat dalším odborníkům. Nejlépe kvalitně popsána psychologická zpráva.

Mnoholeté zkušenosti s diagnostikou mají například v NAUTISU, kde probíhá diagnostický proces obráceně. Je zde tým specialistů. Nejprve přicházejí oba rodiče bez dítěte k anamnestické 2-max.3 hod. konzultaci s již vyplněným rozsáhlým dotazníkem. Preferováno je vyplnění z více zdrojů (širší rodina, MŠ). Po 1-2 měsících následuje diagnostický proces. V NAUTISU si rodiče vyšetření sami hradí.

V případě přidružených sensorických vad jsou děti odesílány na vyšetření k foniatrovi, oftalmologovi.

Adam podstoupil veškerá nabízející se vyšetření v dané době (viz kazuistika). Tato vyšetření přispěla k určení jeho diagnózy a umožnila soustředit se na jeho správný rozvoj za pomoci speciálně pedagogických přístupů.

DC2: Charakterizovat zajištění speciálně pedagogické intervence na konkrétním případě chlapce s PAS.

Z kazuistiky vyplývá, že speciálně pedagogické intervenci předcházely komplexní rehabilitační metody, principy Vojtovy metody, speciální cvičení. V Adamově případě se jedná především o podporu vývoje řeči, intenzivní spolupráci s logopedy, surdopedy, pleoptická cvičení s tyflopedy, a psychopedy a somatopedy. U chlapce se jednalo o ucelenou rehabilitaci.

Rodiče a pedagogové využívali mnoho pomůcek pro děti s PAS (kartičky s obrázky, podpurná videa, AAK). V MŠ i ZŠ byly použity metody individuálního přístupu. Během docházky do MŠ Adam využíval sdíleného osobního asistenta a v průběhu docházky na ZŠ mu byl přidělen asistent pedagoga. V současné době je Adam bez asistenta (viz kazuistika).

Ze sociální oblasti byl využit sdílený osobní asistent přes Český červený kříž. Nevyužili ranou péči, příspěvky v té době nečerpali. Příspěvek na péči pro Adama je nově přiznán od roku 2018. V sociálním sektoru nebyli rodiče aktivní. Pro Adama je zásadní pedagogická rehabilitace, která mu pomáhá v jeho rozvoji.

Rodiče Adama jsou se školou spokojeni, jsou rádi, že se Adamovi ve škole celkem líbí. Výhrada rodičů a pedagoga je k odebrání asistenta pedagoga, k nemožnosti

odpočinkového koutku ve stávající třídě. Jsou zde 3 děti s PAS. Škola nejedná pružně (učebnice, pomůcky, doporučení SPC). IVP je vyhodnocován na konci roku ústně.

Závěr

Problematice poruch autistického spektra je v současné době věnována pozornost s množstvím literatury a je k ní dostatek dostupných informací a zdrojů. Teoretická část je koncipována do vzájemně provázané struktury, která obsahuje kapitoly, ve kterých jsou popsány poruchy autistického spektra, jejich specifika, možnosti zahájení včasné speciálně pedagogické intervence a možnosti spolupráce v rámci jednotlivých složek resortů zdravotního, sociálního a školského. V souvislosti s empirickým záměrem jsou jednotlivé kapitoly více rozvedeny.

Cílem bakalářské práce je zjistit možnosti včasné speciálně pedagogické podpory pro děti s poruchami autistického spektra raného, předškolního a mladšího školního věku. Práce se snaží na základě aktuálních a dostupných poznatků přispět kvalitními informacemi o problematice těchto dětí, přiblížit možnosti spolupráce a včasné zahájení speciálně pedagogické podpory, která je mnohými autory zmiňována jako jedna z nejdůležitějších věcí pro děti s PAS.

Byla zpracována kazuistika chlapce s Atypickým autismem, která doplnila teoretickou část práce. Při její tvorbě byly využity metody: analýza odborné literatury, analýza dokumentů zařízení (z volně dostupných zdrojů a poskytnuté jednotlivými zařízeními) a analýza osobní dokumentace žáka. S laskavým souhlasem rodičů mně bylo umožněno prostudovat zprávy z lékařských a psychologických vyšetření chlapce, výstupů z mateřské a základní školy, poradenských zařízení. Dále jsem využila rozhovoru s rodiči a v neposlední řadě přímé pozorování v rodině chlapce a jednotlivých školských zařízeních. Zároveň potvrdila důležitost zahájení včasné intervence a co nejpřesnější diagnózy u dětí s poruchami autistického spektra. Na konkrétním případě je poukázáno na přínos screeningu, který je v současné době využíván k včasné diagnostice PAS. Popsán je dále konkrétní dopad změny v systému nároku na asistenta pedagoga. Do dnešní doby se znovu živě jedná o novele vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

Jedním z dílčích cílů práce bylo popsat speciálně pedagogické přístupy, které navazují na včasnou diagnostiku. Autoři zabývající se problematikou dětí s poruchami autistického spektra se shodují na tom, že u dětí s PAS fungují základní přístupy jako individualizace, vizualizace, strukturalizace a motivace.

Práce poukazuje na důležitost multidisciplinárního přístupu k dětem s PAS. Je beze sporu zapotřebí propojit oblast medicínskou, psychologickou, speciálně

pedagogickou a sociální. V současné době je propojení a spolupráce jednotlivých poskytovatelů již na vysoké úrovni, což nebylo v minulosti běžné. Do praxe přenositelným poznatkem je především potvrzení, že zajištěný systém funguje. Nastavení prvního screeningu v 18 měsících věku dítěte je velkým posunem v diagnostice. Navazující intervence by měla dítěti pomoci v co možná největší míře žít běžný život. V resortu zdravotnictví není koordinátor pro děti s PAS, jako je tomu v resortu školství. Praktický lékař pro děti a dorost je často prvním odborníkem, na něhož se rodiče obrátí, jak potvrzuje i tato bakalářská práce. Bylo by vhodné, aby zde získali rodiče ucelené a přehledné informace o možnostech diagnostiky, intervence a všech dalších postupech při podezření na poruchu autistického spektra. Zároveň by bylo vhodné zajistit podporu rodičům v jejich náročné situaci, kdy jsou kapacity specialistů přetíženy.

Bakalářská práce dále zdůrazňuje důležitost spolupráce rodičů s pedagogy při vzdělávání dětí s poruchami autistického spektra. Ve vzdělávacím procesu těchto dětí je nutné klást důraz na využití praktické stránky. Pátrat po skutečném důvodu, proč konkrétní činnost nejsou ochotny provést. Co je k tomu vede a jaké jsou skutečné důvody, proč danou věc nebo činnost nevykonají. Ve výchově a vzdělávání je třeba vyzdvihnout a kladně ohodnotit drobné úspěchy, především vždy, když vystoupí ze své „ulity.“

Důležitý je individuální přístup, pozitivní motivace, pochvaly, vhodně nastavená komunikace a metody strukturovaného učení. Zohlednit osobnost dítěte jako jedinečné bytosti při respektování jeho odlišností. Jako je stupeň postižení, temperament, psychické zvláštnosti, specifické poruchy učení. Zásadní roli představuje sociálního zázemí. Jeden z nejdůležitějších faktorů pro pozitivní vývoj dítěte je harmonická rodina a prostředí, které dítě obklopuje, dává mu citové zázemí a pocit jistoty.

Při intervenci je důležité klást důraz na individuální přístup k dítěti a vyslyšet podněty rodičů, kteří nemusí být odborníci, ale jsou největší znalci svých dětí. Děti s PAS mají obtíže především v oblasti komunikace, sociální interakce, sociálního chování a představivosti, zájmů, hře. Symptomatika poruch autistického spektra je velice různorodá. Každé z dětí je jedinečnou bytostí se svými individuálními potřebami, které se promítají i do oblasti jejich výchovy a vzdělávání. Cílem intervence je pomoci dětem zorientovat se ve světě, který je obklopuje. Ve světě sociálním, kulturním, světě přírody a najít svoje postavení v něm. Prostředky pro dosažení tohoto nelehkého cíle mohou být různé např. výtvarný projev, tvořivost, hra, ale především motivace, trpělivost a bezprostřední láska jeho nejbližších.

Seznam použitých zkratk

AAK	Alternativní a augmentativní komunikace.
ABA	Aplikovaná behaviorální analýza.
ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder; zkratka označení poruchy pozornosti s hyperaktivitou
ATB	Antibiotika.
DA	Dětský autismus
DSM	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch používaný Americkou psychiatrickou společností.
LMP	Lehké mentální postižení.
MHD	Městská hromadná doprava.
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability, zdraví.
MKN	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí.
MR	Mentální retardace, mentální postižení je souhrnné označení vrozeného snížení úrovně rozumových schopností, které je trvalé a bývá spojeno s dalšími změnami ve struktuře osobnosti.
MŠ	Mateřská škola.
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
PAS	Poruchy autistického spektra.
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna.
SPC	Speciálně pedagogické centrum.
SVPU	Specifická vývojová porucha učení.
VOKS	Výměnný obrázkový komunikační systém.
WHO	Světová zdravotnická organizace.
ZŠ	Základní škola.

Seznam použité literatury a dalších pramenů

BARTOŇOVÁ, Miroslava a BAZALOVÁ, Barbora a PIPEKOVÁ, Jarmila. *Psychopedie*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4.

BARTOŇOVÁ, Miroslava a Vítková, Marie. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 245 s. ISBN 978-80-7315-158-4.

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a ŠMARDOVÁ, Vlasta. *Školní zralost*. Dotisk 1. vyd. Brno: Computer Press, 2011. 99 s. ISBN 978-80-251-2569-4.

BENDOVÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 149 s. ISBN 978-80-247-3853-6.

BENDOVÁ, Petra a ZIKL, Pavel. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 144 s. ISBN 978-80-247-3854-3.

BOGDASHINA, Olga. *Specifika smyslového vnímání u autismu a Aspergerova syndromu*. 1. vyd. Praha: PASPARTA Publishing, s.r.o., 2017. 186 s. ISBN 978-80-881-63-06-0.

ČADILOVÁ, Věra a JŮN, Hynek a THOROVÁ, Kateřina. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČADILOVÁ, Věra a ŽAMPACHOVÁ Zuzana. *Strukturované učení. Vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-475-5

ČERNÁ, Marie a kolektiv. *Česká psychopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.

DLOUHÁ, Jana a DLOUHÝ, Martin a NEUBAUEROVÁ, Lenka a SÝKOROVÁ, Zuzana a DOSTÁLKOVÁ, Martina. *Úvod do psychopedie*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 154 s. ISBN 978-80-7435-333-8.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

GAVORA, Peter. *Výzkumné metody v pedagogice*. 1. vyd. Brno: Paido, 1996. 130 s. ISBN 80-85931-15-X.

GILLBERG, Christopher a PEETERS, Theo. *Autismus-zdravotní a výchovné aspekty: Výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Z anglického originálu přeložila Miroslava JELÍNKOVÁ. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. 122 s. ISBN 978-80-7367-498-4.

HORT, Vladimír a HRDLIČKA, Michal a KOCOURKOVÁ, Jana a MALÁ, Eva a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

HOSÁK, Ladislav a HRDLIČKA, Michal a LIBIGER, Jan a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2015. 647 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HRDLIČKA, Michal a KOMÁREK, Vladimír. *Dětský autismus*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014. 212 s. ISBN 978-80-262-0686-6.

JACOBS S. Debra a BETTS E. Dion. *Nácvik sebeobsluhy a sociálních dovedností u dětí s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 152 s. ISBN 978-80-262-0498-5.

KUBOVÁ, Libuše. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. 1. vyd. Praha: Tech-market, 1996. 80 s. ISBN 80-902134-1-3.

KŘIŠŤANOVÁ, Ladislava. *Diagnostika laterality a metoda psaní levou rukou*. 4. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 1998. 45 s. ISBN 80-7041-914-8.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize*. 1. vyd. aktualizovaná 2. verze. k 1.1.2009. Praha: Bomton, 2008. 860 s. ISBN 978-80-904259-0-3.

MOOR, Julia. *Hry a zábavné činnosti pro děti s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 208 s. ISBN 978-80-7367-787-9.

NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1973. 163 s. ISBN nevedeno.

NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2. opr. a dopl. vyd. Praha: Portál, 1994. 163 s. ISBN 80-7178-024-3.

PATRICK, J. Nancy. *Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 160 s. ISBN 978-80-7367-867-8.

PEŠEK, Roman. *Integrace dětí s Aspergerovým syndromem a vysocefunkčním autismem do vzdělávacího procesu. Zkušenosti rodičů*. 1. vyd. Praha: APLA, 2012. 54 s. ISBN nevedeno.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 81. publikace. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85932-65-6.

PROKOPIČOVÁ, Lucie. *Přehled příspěvků a dávek státní sociální podpory se zaměřením na osoby s poruchou autistického spektra*. 1. vyd. Praha: APLA, 2012. 36 s. ISBN nevedeno.

PRŮCHA, Jan a WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 6. vyd. Praha: Portál, 2009. 395 s. ISBN 978-80-7367-647-6.

PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 178 s. ISBN 978-80-7315-157-7.

SCHOPLER, Eric a Gary B. MESIBOV. *Autistické chování*. Z angličtiny přeložila Miroslava JELÍNKOVÁ. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 303 s. ISBN 80-7178-133-9.

SOVÁK, Miloš. *Lateralita jako pedagogický problém*. vyd. neuvedeno. Praha: Univerzita Karlova, 1962. 266 s. ISBN neuvedeno.

STRUNECKÁ, Anna. *Přemůžeme autismus?* vyd. neuvedeno. Brno: ProfiSales, 2016, 312 s. ISBN 978-8087494-23-3.

SVOBODA, Mojmir a KREJČÍŘOVÁ, Dana a VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 791 s. ISBN 978-80-7367-566-0.

ŠAROUNOVÁ, Jana a kol. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. 152 s. ISBN 978-80-262-0716-0.

ŠPORCLOVÁ, Veronika. *Autismus od A do Z*. 1. vyd. Praha: Pasparta, 2018. 123 s. ISBN 978-80-88163-98-5.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra. Včasná diagnóza branou k účinné pomoci*. 2. vyd. Praha: APLA Praha, 2008. 60 s. ISBN neuvedeno.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012. 453 s. ISBN 978-80-262-0215-8.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra – Rozšířené a přepracované vydání*. 3. vyd. Praha: Portál, 2016. 493 s. ISBN 978-80-262-0768-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2012. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

VALENTA, Milan a MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie*. 5. vyd. Praha: Parta, 2013. 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6.

VOSMIK, Miroslav a BĚLOHLÁVKOVÁ, Lucie. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 200 s. ISBN 978-80-7367-687-2.

YAU, Alan. *Autismus*. 1. vyd. Praha: Csémy, 2012. 71 s. ISBN 978-80-906078-1-1.

ZELINKOVÁ, Olga. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 3. vyd. Praha: Portál, 2011. 208 s. ISBN 978-80-262-0044-4.

ZOCHE, Hermann-Josef. *Vidím svět i z druhé strany*. 1. vyd. Banská Bystrica: Ikar. 2006. 158 s. ISBN 80-249-0647-3.

Seznam internetových zdrojů

- Autismus-screening EU. Raná intervence O.T.A. na území ČR. [online]. 2016. [cit. 2020-01-05]. Dostupné z: <https://www.autismus-screening.eu/>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [online]. 2016. [cit. 2020-06-08]. Dostupné z: <https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update2016>
- Centrum LIRA. [online]. 2020. [cit. 2020-11-14]. Dostupné z: <http://www.centrumlira.cz>
- HRDLIČKA, Michal a kol. Difúzní senzorové zobrazování a tractografie. [online]. 2019. [cit. 2020-06-08]. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/diffusion-tensor-imaging-and-tractography-in-autistic-dysphasic-and-he-peer-reviewed-article-NDT>
- CHMELÍKOVÁ, Pavlína a kol. Středisko rané péče Sluníčko. Jak lehce vzlétnout do života. [online]. 2018. [cit. 2020-06-08]. Dostupné z: <https://www.charitahk.cz/res/archive/000125.pdf?seek=1545386753>
- Mezinárodní klasifikace nemocí MKN10. [online]. 2020. [cit. 2020-05-19]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- MPSV. Úřad práce. Sociální tematika. [online]. 2020. [cit. 2020-05-09]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/web/cz/socialni-tematika>
- MŠMT. Metodický pokyn k novele vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů. [online]. 2020. [cit. 2020-11-02]. Dostupné z: [Metodický pokyn k vyhlášce č. 27_2016 Sb. \(1\).pdf](#)
- MZČR. Komunikační soubor pro osoby s poruchou autistického spektra. [online]. 2017. [cit. 2020-11-10]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/komunikacni-soubor-pro-osoby-s-poruchou-autistickeho-spektra/>
- MZČR. Národní akční plán pro duševní zdraví. [online]. 2020. [cit. 2020-11-10]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>
- NAUTIS. Přednostní psychologické vyšetření dítěte do tří let. [online]. 2020. [cit. 2020-05-27]. Dostupné z: <https://nautis.cz/portfolio/cz/psychologicke-vysetreni-ditete-do-tri-let-veku>
- NAUTIS. Diagnostické vyšetření. [online]. 2020. [cit. 2020-05-27]. Dostupné z: <https://nautis.cz/portfolio/cz/diagnosticke-vysetreni>
- ROŠKAŇUK, Michal a kol. Lze autismus léčit? [online]. 2012. [cit. 2020-02-05]. Dostupné z: <https://www.adventor.org/autismus/obecne/10-lze-autismus-lecit>

RYŠÁNKOVÁ, Magdalena a KULÍSEK, Robert. [online]. 2020. [cit. 2020-06-14]. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra-nebo-vybrana-psychicka-onemocneni/1-poruchy-autistickeho-spektra-a-vybrana-psychicka-onemocneni/1-1-poruchy-autistickeho-spektra/>).

STRAUSSOVÁ, Romana a VÁGNEROVÁ, Marie. Intervenční metoda O.T.A. u dětí s PAS raného věku. [online]. 2016. [cit. 2020-02-05]. Dostupné z: <https://www.terapie-autismu.cz/o-t-a/>

Společnost pro ranou péči. [online]. 2020. [cit. 2020-09-14]. Dostupné z: <https://socialnisluzbykhk.cz/sluzba/900/>

Středisko rané péče Sluníčko. Oblastní charita Hradec Králové. [online]. 2020. [cit. 2020-09-14]. Dostupné z: <https://www.charitahk.cz/komu-a-jak-pomahame/stredisko-rane-pece-slunicko>

TICHÝ, Oldřich. Pomoc rodičům dětí s poruchou autistického spektra. [online]. 2016. [cit. 2020-03-21]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/pomoc-rodicum-deti-s-poruchou-autistickeho-spektra-prinasi-ceska-verze-simple-steps>

TICHÝ, Oldřich. Zlepšuje se diagnostika dětí s autismem. [online]. 2016. [cit. 2020-03-21]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/zlepsuje-se-diagnostika-deti-s-autismem-pojistovna-uz-rok-hradi-nove-vysetreni>

ŽAMPACHOVÁ, Zuzana a ČADILOVÁ, Věra a kol. *Katalog podpůrných opatření dílčí část Pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 2015. 234 s. ISBN 978-80-244-4689-9. [online]. 2015. [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/poruchy-autistickeho-spektra-nebo-vybrana-psychicka-onemocneni/1-poruchy-autistickeho-spektra-a-vybrana-psychicka-onemocneni/1-1-poruchy-autistickeho-spektra/>