

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

Magisterské kombinované štúdium
2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Alena Bullová

Dieťa postihnuté autizmom - možnosti výchovy a
vzdelávania

Praha 2012

Vedúci diplomovej práce:

Mgr. Denisa Štefková, PhD.

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master / Combined (Part time) Studies
2010 - 2012

DIPLOMA THESIS

The child with autism – chances of education

Alena Bullová

Prague 2012

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Mgr. Denisa Štefková, PhD.

Prehlásenie

Prehlasujem, že predložená diplomová práca je mojím pôvodným autorským dielom, ktoré som vypracovala samostatne. Všetku literatúru a ďalšie zdroje, z ktorých som pri spracovaní čerpala, riadne citujem a sú uvedené v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

V Liptovskej Lúžnej, dňa 15.3. 2012

Meno autorky
Alena Bullová

.....

Pod'akovanie

Chcela by som pod'akovať mojej konzultantke Mgr. Denise Štefkovej, PhD. za pomoc a rady pri písaní mojej diplomovej práce, za jej tvorivé pripomienky a návrhy, ale najmä za jej trpezlivosť. V neposlednom rade by som chcela pod'akovať mojej rodine za ich pomoc a podporu pri písaní práce.

Anotácia

Táto diplomová práca sa zaoberá problematikou autizmu, možnosťami výchovy a vzdelávania detí s autizmom. V úvode popisujem historický vývoj starostlivosti o deti s poruchou autistického spektra až po súčasnosť. V ďalšej časti som charakterizovala pervazívne vývinové poruchy, popísala som ich delenie, etiológiu a ochorenia súvisiace s autizmom. V ďalších kapitolách sa venujem diagnostickým kritériám autizmu a popisujem fungovanie rodiny a dieťaťa s autizmom. Tretia kapitola je zameraná na možnosti výchovy a vzdelávania detí s autizmom. Popisujem tu jednotlivé vzdelávacie a terapeutické metódy, ktoré sa používajú pri práci s deťmi s poruchou autistického spektra. Praktickú časť svojej práce som zamerala na možnosti zefektívnenia výchovy a vzdelávania detí s poruchou autistického spektra.

Kľúčové pojmy:

Aspergerov syndróm

Autistické dieťa

Autizmus

Diagnostika autizmu

Pervazívne vývinové poruchy

Poruchy autistického spektra

Špecifické diagnostické metódy

Výchova dieťaťa s autizmom

Vzdelávacie metódy a terapeutické prístupy

Annotation

The main topic of this project is Autism, education and training of autistic children. In the introduction I am trying to describe historic development of autistic childcare from much known beginning to present times. First chapter describes pervasive developmental disorders, the structure of various disorders, the aetiology and diseases related to autism.

Second chapter is dedicated to diagnostic criteria of autism and describes functions of family and autistic child. The third chapter is listing all possibilities of education and training of autistic children. There I am describing individual educative and therapeutic methods which can be used while dealing with autistic diseases. The practical part of this project is dedicated to the process showing how to use most effective options of educations and trainings autistic children.

Key words:

Asperger's syndrome

Autistic child

Autism

Diagnosis of autism

Pervasive developmental diseases

Disorders of autistic spectrum

Specific diagnostic method

Education of autistic child

Training methods and therapeutic approach

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČASŤ	
1. HISTORICKÝ VÝVOJ	10
2. PERVAZÍVNE VÝVINOVÉ PORUCHY, PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA	13
2.1 Pervazívne vývinové poruchy	13
2.2 Etiológia autizmu	20
2.1.1 Ochorenia súvisiace s autizmom	22
2.3 Charakteristické prejavy, deficity a správanie	23
2.4 Diagnostické kritéria autizmu	28
2.5 Špecifické diagnostické metódy	29
2.6 Rodina a dieťa s autizmom	34
3. MOŽNOSTI VÝCHOVY A VZDELÁVANIA DETÍ S AUTIZMOM	37
3.1 Výchovné pôsobenie u detí s autizmom	40
3.2 Výchova a vzdelávanie detí s autizmom z hľadiska veku	42
3.3 Vzdelávacie metódy a terapeutické prístupy	49
PRAKTICKÁ ČASŤ	
4. Popis výskumu	62
4.1 Cieľ výskumu	62
4.2 Hypotézy výskumu	62
4.3 Použité metódy	63
4.4 Harmonogram postupu	63
4.5 Charakteristika výskumnej vzorky a lokality výskumu	64
4.6 Interpretácia výsledkov	69
4.7 Závěry a odporúčania pre prax	90
ZÁVER	93
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	94
ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV	97
ZOZNAM PRÍLOH	99

ÚVOD

„Utíkej, skryj se ve své mysli, kde každý je sám, jako nikdo nikde...“

Donna Williamsová

Autizmus je téma, o ktorej počívame v dnešnej dobe čoraz častejšie. Vo svete ňou trpí viac ako 67 miliónov ľudí. Aj napriek tomu si veľmi málo ľudí vie predstaviť, čo táto diagnóza znamená, aké sú jej prejavy a dôsledky.

Psychická porucha autizmus má veľa podôb. Môže ísť o tzv. detský autizmus, atypický autizmus, Rettov syndróm, či Aspergerov syndróm. Práve Aspergerov syndróm bol a súčasne aj je námetom mnohých filmových producentov. Výskyt autizmu bol už v minulosti raritou, ktorá sa často považovala za geniálnosť. Okolo 10% autistických detí má nejaké špeciálne schopnosti, ktoré sú na vyššej úrovni ako ostatné schopnosti. Niektorí majú pamäť na dátumy, iní na udalosti, ktoré mali pre nich zvláštny význam. Mnohé poruchy autistického spektra sa môžu vyskytovať s inými telesnými či duševnými poruchami. Ani jedna z týchto porúch však autistické správanie nezmierňuje. Tam, kde je autizmus prítomný, hoci spolu s ďalšou poruchou, je rozpoznateľný a hrá podstatnú úlohu v liečbe a celkovej prognóze dieťaťa. Každé autistické dieťa je iné, ak pátrame po príznakoch autizmu, nezabúdajme na to, že sú rôzne od dieťaťa k dieťaťu. Aj práve preto, že počet detí s touto diagnózou má stúpajúcu tendenciu, som sa rozhodla tejto téme venovať vo svojej diplomovej práci.

Práca je rozdelená do štyroch kapitol, pričom prvé tri sú venované teoretickej časti, pričom som čerpala najmä z odbornej literatúry, časopisov a internetových stránok.

V prvej kapitole som popísala historický vývin problematiky autizmu a Aspergerovho syndrómu až po súčasnosť.

Druhá kapitola je venovaná klasifikácii pervazívnych vývinových porúch. Je tu popísaná pravdepodobná etiológia autizmu, ochorenia súvisiace s autizmom a jednotlivé diagnostické metódy. Na konci kapitoly som písala o problémoch a vzťahoch v rodinách s autistickým dieťaťom, o prijatí diagnózy a o súrodeneckých vzťahoch medzi autistickým a intaktným dieťaťom.

V tretej kapitole som sa zamerala na možnosti výchovy a vzdelávania osôb s autizmom. Popísala som výchovu a vzdelávanie z vekového hľadiska a jednotlivé terapeutické prístupy a vzdelávacie metódy.

Štvrtá kapitola je praktická časť práce, v ktorej je spracovaný výskum. Jeho cieľom bolo analyzovať dieťa postihnuté autizmom a zistiť možnosti zefektívnenia výchovy a vzdelávania týchto detí. V práci sme si stanovili tri hypotézy, ktoré sa týkajú agresivity, komunikácie a oblasti sociálnych vzťahov u detí s poruchou autistického spektra. Výskum sa realizoval na základe dotazníka, pričom jeho výsledky sú prezentované v forme tabuliek a grafov. V závere práce som popísala odporúčania pre prax.

Všeobecným cieľom vzdelávania je maximálny možný rozvoj osobnosti jednotlivca a jeho následná socializácia do pracovného a spoločenského života. Hlavným cieľom vzdelávania žiakov s autizmom je v najvyššej možnej miere ovplyvniť poškodené oblasti. Vzhľadom na rôznorodosť poškodenia je potrebná široká paleta pedagogických skúseností a tiež veľmi úzka spolupráca s rodičmi dieťaťa.

TEORETICKÁ ČASŤ

1. HISTORICKÝ VÝVOJ

Detský autizmus ako samostatná diagnostická jednotka existuje už viac než päťdesiat rokov. Prvým človek na svete, ktorý si všimol neprimeraného správania u niekoľkých detí bol americký psychiater Leo Kanner. Tieto zvláštne prejavy považoval za symptómy špecifickej poruchy, ktorú nazval včasný detský autizmus. Inšpiráciou pre tento výraz mu bol grécky pôvod slova autos, čo v preklade znamená sám. Kanner sa týmto snažil vyjadriť myšlienku, že tieto deti sú osamelé, zahľbené do svojho vlastného sveta, nezaujímajú ich okolitý svet, nie sú schopné lásky a priateľstva. A práve kvôli týmto zvláštnostiam vzbudil autizmus záujem odborníkov po celom svete.

S názvom autizmus ale Leo Kanner neprišiel prvý. V roku 1911 použil tento termín švajčiarsky psychiater E.Bleuler. Pomenoval ním jeden z príznakov u schizofrenických pacientov. Pojem autizmus by mal ale zostať označením pre vrodený symptóm, akým ho označil Kanner, aj keď v mnohých slovníkoch a učebniciach sa pod významom autizmus dočítame definíciu súvisiacu so schizofréniou.

Ľudia s autizmom žili na tomto svete omnoho skôr. Pre svoje nápadné a zvláštne správanie budili značnú pozornosť, a tak sa o nich dozvedáme z mnohých článkov a kníh. V Hippokratovej dobe boli tieto deti považované za sväté, naopak v stredoveku za posadnuté diablom.

V roku 1898 popísal psychiater M.Barr v časopise *Journal of Nervous and Mental Disorders* zvláštny prípad echolálie, ktorý nápadne pripomína správanie autistov.

Rakúšan Theodor Heller zase v roku 1908 popísal u detí stav, ktorý nazval *dementia infantilis*. Ide o stav, keď po normálnom vývine nasleduje prudká zmena v oblasti intelektu, správania a reči. Táto forma bola v priebehu ďalších rokov považovaná za detskú psychózu a v súčasnosti patrí do kategórie pervazívnych vývojových porúch (Thorová, 2006).

Významným rokom v histórii autizmu bol rok 1943. Americkému psychiatrovi Leovi Kannerovi vyšiel v časopise *Nervous Child* článok o autistickej poruche afektívneho kontaktu. V ňom uverejnil výsledky pozorovania 11 detí, ktorých správanie malo množstvo spoločných znakov, ale nebolo možné ich diagnostikovať do žiadnej známej kategórie psychických ochorení. Kanner popisoval deti s autizmom ako veľmi osamelé, uzavreté vo svojom vlastnom svete (Thorová, 2006).

O rok neskôr viedenský psychiater Hans Asperger vydal kazuistiky štyroch podobných pacientov v práci *Autistickí psychopati v detstve*. Asperger vychádzal z výsledkov svojej dizertačnej práce, v ktorej sa venoval štúdiu správania týchto chlapcov. Aj keď Asperger nemal k dispozícii žiadne empirické údaje, navrhol genetickú etiológiu poruchy. Aspergerove deti napriek tomu, že mali vyvinutú reč a normálnu či vysokú inteligenciu, sa vyznačovali ťažkou poruchou sociálnej interakcie a komunikácie.

Kanner a Asperger svoje práce vydávali bez toho, aby o sebe navzájom vedeli. Vtedy to bolo pochopiteľné. Po vojne sa známejšou stala Kannerova práca, zatiaľ čo Aspergerovo dielo zostalo odkázané na nemecké odborné písomníctvo (Hrdlička, Komárek, 2004).

Kanner popisoval deti, ktoré vykazovali skôr ťažšie formy autizmu, zatiaľ čo Asperger sa venoval skôr ľahším formám. Pojem autistická psychopatia bol neskôr nahradený termínom Aspergerov syndróm, ktorý ako prvá použila v roku 1981 britská lekárka Lorna Wingová. Wingová významne rozšírila poznatky o poruchách autistického spektra. Publikovala radu odborných príručiek aj pre rodičov, pričom jej záujem o autizmus podporil aj fakt, že sa jej narodila dcéra s touto poruchou (Thorová, 2006).

Ku koncu šesťdesiatich rokov dvadsiateho storočia Michael Rutter a jeho spolupracovníci sledovali a podrobne vyhodnotili stav 63 pacientov, ktorí boli diagnostikovaní ako autistickí v nemocnici Maudsley v Londýne. Rutter vo svojej štúdii hovorí, že niektorí z jeho klientov, ktorí žili doma alebo v chránenej komunite, by boli schopní pracovať v chránenom prostredí, keby im na to boli vytvorené vhodné podmienky (Howlin, 2005).

Tiež poznamenáva, že medzi chlapcami a dievčatami nebol žiadny výrazný rozdiel, aj keď bolo zjavné, že počet dievčat bol oveľa menší (Howlin, 2005).

Deti, u ktorých bol popísaný autizmus, pochádzali väčšinou z vyššej spoločenskej triedy a ich rodičia si mohli dovoliť psychiatrickú liečbu. Často bola za príčinu tohto postihnutia považovaná matka. V roku 1960 Bruno Bettelheim publikuje štúdiu *Empty Fortress* (Prázdna pevnosť), v ktorej presadzuje názor, že autizmus je spôsobený odmietaním dieťaťa rodičmi. Verí, že rodičia autistických detí sú citovo chladní.

V týchto rokoch pracoval s autistickými deťmi aj Ivar Lovaas. Pri individuálnej terapii využíval modifikáciu správania a aplikovanú behaviorálnu analýzu. Svoju štúdiu publikoval v roku 1974. Zverejnil tu výsledky svojej práce s deväťnástimi deťmi, pričom deväť z týchto detí dosiahlo po terapii úroveň zdravých detí. Tieto vedecky podložené výsledky mali veľký význam, spoločnosť si uvedomila, že autizmus nie je dôsledok nevhodného pôsobenia rodičov a následnej obrannej reakcie dieťaťa, ale že na jeho vzniku sa podieľa niekoľko faktorov od genetických dispozícií, cez rizikové tehotenstvo a pôrod, až po genetické mutácie a vplyvy prostredia (Richman, 2006).

V roku 1977 Svetová zdravotnícka organizácia vydala Medzinárodnú klasifikáciu ochorení (9.revízia), kde bol infantilný autizmus radený ešte do kategórie psychóz vznikajúcich špecificky v detstve. Ďalšiu kategóriu tvorí dezintegračná psychóza a atypické infantilné psychózy s pohybovými stereotypmi, sebazraňovaním, oneskoreným vývinom reči, echoláliami a narušenými spoločenskými vzťahmi.

Až v roku 1980 bol zavedený nový zastrešujúci termín pervazívna vývinová porucha, pričom táto nová kategória obsahovala tri diagnostické jednotky, a to infantilný autizmus s nástupom poruchy do troch mesiacov, ďalej detskú pervazívnu vývinovú poruchu s neskorším nástupom a prvými prejavmi až po troch mesiacoch a tretiu diagnostickú jednotku tvorí atypická pervazívna vývinová porucha. V roku 1987 bol do skupiny pervazívnych vývinových porúch zaradený aj autizmus a široká, ťažko definovateľná kategória nešpecifických pervazívnych porúch (Thorová, 2006).

2. PERVAZÍVNE VÝVINOVÉ PORUCHY, PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

2.1 Pervazívne vývinové poruchy

„Pervazívne poruchy závažným a komplexným spôsobom poškodzujú psychický vývin detí vo všetkých zložkách osobnosti.“ (Juhásová, Pavelová, 2009, s.34)

Do tejto kategórie spadajú ťažké vývinové poruchy, ktoré sa prejavujú od narodenia alebo sa začínajú prejavovať okolo 2-3 veku života dieťaťa. Sú charakterizované kvalitatívnou poruchou sociálnej interakcie, komunikácie, hry a sklonom s stereotypnému a ritualistickému správaniu. V súčasnosti odborníci za príčinu tejto vývinovej poruchy považujú organické faktory a dedičnosť, aj keď jej presná etiológia je stále predmetom hypotéz. V minulosti sa tieto poruchy v klasifikačnom systéme radili medzi psychózy, s ktorými majú spoločnú hĺbku či závažnosť postihnutia, avšak rozlišujú sa svojou vývinovou povahou. (Říčan, 2006)

Schopnosť rozpoznávať prejavy pervazívnych vývinových porúch sa v našej zemi rozvinula až v posledných rokoch. Diagnostika je pomerne zložitý proces, ktorý si vyžaduje vysoké odborné aj praktické skúsenosti, či už psychiatra, alebo psychológa. Je teda celkom logické, že väčšina klientov ústavov sociálnej starostlivosti nie je správne diagnostikovaná. Je to buď z dôvodu veku, alebo nedostupnosti diagnostických služieb. Špecifikácie, ktorými sa vyznačuje skupina pervazívnych vývinových porúch si vyžadujú aj odlišný prístup. Bez diagnózy je nemožné zaistiť potrebnú informovanosť a teda nie je možné poskytnúť ani špeciálny prístup. Dôsledkom toho môže byť vyšší výskyt problémového správania, ktorému by sa predišlo dostatočnou odbornou znalosťou v danej problematike (Čadilová, 2007).

Pervazívne vývinové poruchy sa radia medzi závažné poruchy detského mentálneho vývinu. Náročnosť v zaradovaní jednotlivcov do určitých diagnostických kategórií a ich vzájomné prekrývanie vyvolalo v praxi potrebu vzniku všeobecného termínu, ktorý by zastrešoval deti s čo najširšou mierou a škálou symptómov. V súčasnej dobe sa u nás a vo svete rozšíril termín poruchy autistického spektra, ktorých spoločným znakom sú problémy v oblasti sociálnej interakcie, komunikácie a predstavivosti. U porúch autistického spektra sa musí vyskytovať vždy kombinácia týchto prejavov, pričom frekvencia symptómov a ťažkosti poruchy je u každého človeka odlišná. Niektoré zručnosti môžu úplne chýbať, iné sú výrazne oneskorené. Stretávame sa s rôznym stupňom záujmu o sociálny kontakt, rôznou jazykovou vybavenosťou, intelektovými schopnosťami. Symptómy je možné kombinovať v nespočetných variáciách, a tak sa vlastne nenájdu dvaja ľudia s rovnakými prejavmi (Čadilová, 2007).

Včasný infantilný autizmus (F84.0)

„Autizmus je celoživotné postihnutie, ktoré vzniká na neurobiologickom a biochemickom podklade, manifestuje sa deficitmi v správaní, narušené je utváranie sociálnych vzťahov a schopnosť komunikácie a obyčajne sa prejaví v prvých troch rokoch života. Ťažkosti v uvádzaných oblastiach sú také závažné, že sa premietajú do celého života jednotlivca trpiaceho touto poruchou.“ (Tisovičová, 2007, s. 92)

Autizmus charakterizujeme teda ako pervazívnu vývinovú poruchu, ktorou trpí približne desať až pätnásť detí z tisíc. Patrí k najzávažnejším poruchám detského mentálneho vývinu. Slovo pervazívny znamená všade prenikajúci, teda vyjadruje skutočnosť, že vývin dieťaťa je hlboko narušený v mnohých smeroch. V dôsledku vrodeneho postihnutia mozgových funkcií, ktoré dieťaťu umožňujú komunikáciu, sociálnu interakcie a symbolické myslenie, dochádza k tomu, že dieťa nedokáže vyhodnocovať informácie rovnakým spôsobom ako deti rovnakej mentálnej úrovne (Thorová, 2006).

Ide o veľmi vzácnu poruchu, ktorá sa prejavuje od najútlejšieho veku. Postihuje približne 3 až 5 detí z 10 000 a častejšie býva u chlapcov. Pre stanovenie diagnózy musia byť splnené nasledujúce kritéria:

1. Porucha reči a komunikácie. Tieto deti celkovo veľmi málo napodobňujú druhé, takmer vôbec nepoužívajú gestá a aj ich mimike a ostatným telesným pohybom chýba komunikačný význam. Takmer polovica autistických detí si hovorenú reč neosvojí nikdy a pokusy naučiť autistické dieťa znakovú reč bývajú neúspešné. Ak sa u dieťaťa s autizmom reči osvojí, slovná zásoba môže byť bohatá, ale dieťa najskôr slová nepoužíva ku komunikácii. V reči autistických detí sú nápadnosti, ako napríklad časté echolálie, dieťa opakuje slová alebo aj dlhé výroky, ktoré niekedy počulo (Říčan, 2006).

Opakovanie slov alebo viet je veľmi presné, s presnou melódiou a intonáciou. Neskôr môžu byť tieto echolálie spojené so špecifickým idiosynkratickým významom. V reči bývajú časté zámeny zámen, zvláštna intonácia a tón hlasu a ďalšie kvalitatívne abnormality (Svoboda, 2009).

U starších detí s dobrou inteligenciou býva reč plynulá, nápadné zostávajú ale zvláštnosti v používaní reči, sklon k doslovnému chápaniu všetkých výrokov a formálnosť. Aj u tzv. vysoko funkčných detí s normálnou alebo vysokou úrovňou inteligencie pretrvávajú dlhodobé špecifické ťažkosti v porozumení reči (Říčan, 2006).

2. Porucha sociálnych vzťahov. Najťažšie bývajú postihnuté tie deti, ktoré akoby neodlišovali živé od neživého. Často akoby si vôbec neuvedomovali prítomnosť iných ľudí, zachádzajú s nimi ako s predmetmi, aktívne sa bránia očnému kontaktu, nevedia sa maznať s rodičmi, nevyžadujú prítomnosť ani pomoc druhých. Deti s autizmom neprejavujú záujem o hru s druhými deťmi, nenadväzujú priateľské vzťahy, chýba im empatia (Svoboda, 2009).

Ľahšie postihnuté deti v školskom veku a v dospievaní však často naozaj túžia po vzťahoch, sú ale extrémne neobratné, naivné a súčasne aj egocentrické, a preto bývajú svojimi vrstovníkmi odmietaní (Říčan, 2006).

3. Odpor k zmene, rigidita a nepružnosť myšlienkových procesov.

Autistické deti sa bránia akejkol'vek zmene v dennej rutine, či v usporiadaní prostredia a vyžadujú presné dodržiavanie ustálených rituálov. Symbolická hra je u autistov minimálna, repertoár záujmov a činností býva extrémne obmedzený. Hra autistických detí je stereotypná, rigidná a často neobvyklá, môžeme u nich pozorovať rôzne pohybové stereotypy, ako napríklad rôzne poskoky, chôdzu po špičkách, pohybovanie rukou a prstami tesne pred očami. Stereotypy sa vyvíjajú u autistov približne v treťom alebo štvrtom roku života a najvýraznejšie bývajú v predškolskom veku. Deti s autizmom sa stereotypom často obraňujú pred sociálnymi požiadavkami svojho okolia, ktorému nerozumejú (Říčan, 2006).

Včasný infantilný autizmus je v skutočnosti vzácnejší ako iné druhy postihnutia, ktoré sa mu veľmi podobajú. Dnes rada autorov zastáva názor, že všetky tieto poruchy spadajú do jediného spektra, líšia sa len v niektorých ohľadoch (Svoboda, 2009). Medzi poruchy autistického spektra patria ešte:

Atypický autizmus (F84.1)

Tento druh sa od včasného autizmu líši buď dobou vzniku alebo chýbaním jedného alebo dvoch z troch základných kritérií detského autizmu. Najčastejšie ide o deti s ťažkým stupňom mentálnej retardácie, u ktorých nie je možné prejavenie špecifickej kvalitatívnej dysfunkcie. Iní autori zase tvrdia, že sem zaradujeme deti s dobrou inteligenciou, ale s neúplnými autistickými rysmi, pričom ich sociálne a komunikačné problémy sú závažné, ale nedosahujú takú hĺbku ako u klasického autizmu alebo u nich nenachádzame typické obmedzenie záujmov a potrebu rituálov. U týchto detí je možné očakávať a celkovo lepšiu prognózu do dospelosti. Tiež do tejto kategórie spadá aj sémanticko-pragmatická porucha reči (Říčan, 2006).

Rettov syndróm (F84.2)

Prvý krát bol popísaný v roku 1965. Vyskytuje sa len u žien, jeho príčina je genetická, len nedávno bol nájdený gén, ktorý je zodpovedný za vznik tejto poruchy. Charakteristický je normálny ranný vývin, nasleduje strata reči, manuálnych zručností (strata schopností používať účelne ruku) či spomalenie rastu hlavy. Neskôr sa rozvíja skolióza alebo kyfoskolióza. Až u 75% detí sa neskôr ukáže epilepsia. Aj keď na začiatku ochorenia deti vykazujú ešte niektoré sociálne záujmy a schopnosti, určitým výsledkom je ťažké mentálne postihnutie. Ochorenie končí invaliditou, niekedy aj imobilitou (Hort, et al. 2000).

Rettov syndróm je teda neurodegeneratívne ochorenie, ktoré je veľmi vzácné. Predpokladá sa, že ho spôsobuje autosomálna dominantná mutácia v oblasti určitého génu, viazaného na chromozóm X. V dôsledku tejto génovej odchýlky dôjde k narušeniu tvorby látky dôležitej pre stimuláciu rozvoja tých oblastí mozgu, ktoré sa podieľajú na spracovaní senzorických podnetov (Vágnerová, 2004).

Iná dezintegračná porucha v detstve (F84.3)

K rozvoju autistického syndrómu najčastejšie dochádza medzi druhým a štvrtým rokom života dieťaťa. Niekedy sa porucha rozvíja v nadväznosti na somatické ochorenie, napríklad po neuroinfekciách, ale aj ľahkých virózach, často však príčina nie je zachytená vôbec. Na začiatku ochorenia dochádza k strate už získaných zručností. Táto je sprevádzaná vážnymi emocionálnymi problémami, silnou úzkosťou, nepokojom, dráždivosťou, emocionálnou labilitou a súčasne sa začína rozvíjať aj porucha reči a komunikácie. Po krátkom čase sa neverbálne zručnosti často obnovujú a vývin pokračuje – tým sa tiež porucha odlišuje od demencie dospelých, kedy regres často pokračuje. Porucha reči a sociálnych vzťahov však zostáva celoživotne trvalá. Trvalé je tiež ochudobnenie hry a návyk na stereotypy. Prognóza týchto detí z hľadiska vývinu inteligencie býva horšia ako u primárneho autizmu, z hľadiska sociálnych vzťahov a komunikácie môže byť narušenie miernejšie (Svoboda, 2009).

Niekedy je táto porucha označovaná tiež ako dezintegračná psychóza v detstve alebo Hellerov syndróm či infantilná demencia (Svoboda, 2009).

Aspergerov syndróm (F84.5)

„Porucha neurčitej nozologickej validity, charakterizovaná rovnakým typom kvalitatívnych porúch vzájomnej sociálnej interakcie, typických pre autizmus, spolu s obmedzeným, stereotypným, opakujúcim sa repertoárom záujmov a činností.“ (Juhásová, Pavelová, 2009, s.38)

Termín Aspergerov syndróm ako prvá použila vo svojej odbornej publikácii v roku 1981 Lorna Wingová. Označila ním deti a dospelých, ktorých charakteristiky a správanie zodpovedali popisu príznakov, na ktoré upozornil práve viedenský pediater Hans Asperger.

Lorna Wingová na základe svojich skúsenosti vymedzila základné klinické príznaky Aspergerovho syndrómu. Patrí sem nedostatok empatie, jednostranná, jednoduchá interakcia, obmedzená, poprípade neexistujúca schopnosť nadväzovať a udržiavať si priateľské vzťahy, presná, jednotvárna reč, nedostatočná neverbálna komunikácia, hlboký záujem o špecifický jav alebo predmety, nemotornosť, neprirodzené pozície.

Aspergerov syndróm je charakteristický disharmonickým vývinom osobnosti s prevažujúcou poruchou v oblasti sociálnej interakcie a komunikácie. Na rozdiel od detského autizmu vývin reči a inteligencia nie je narušená. Verbálny prejav týchto detí je nápadný svojou monotónnosťou a pedantným dôrazom na správnosť jazyka. Deti s Aspergerovým syndrómom majú veľmi špecifické, stereotypné záujmy podobne ako deti s autizmom. Udáva sa, že častosť výskytu tejto poruchy je väčšia než u autizmu. Diagnostika je však zložitejšia, pretože v rannom veku sa postihnutie neprejavuje tak závažne (Atwood, 2005).

Aspergerov syndróm býva podstatne častejšie u chlapcov ako u dievčat. Je to v pomere asi 8:1. Od detského autizmu sa líši predovšetkým vo vývine reči. Dnes už existuje celá rada diagnostických kritérií, vždy je však podmienka, aby vývin reči nebol ťažko postihnutý (Říčan, 2006).

Ľahké postihnutie vývinu reči u tohto syndrómu však nie je vylúčené. U Aspergerovho syndrómu patrí reč skôr k silným stránkam dieťaťa, artikulačne môže byť dokonalá, kvalitatívne abnormality typu echolálií chýbajú alebo sú nevýrazné. Problém môže mať dieťa z pragmatickej stránky – nedokáže sa zapojiť do rozhovoru a neudrží si líniu rozhovoru.

Aj u Aspergerovho syndrómu je pre diagnózu rozhodujúca porucha sociálnej interakcie. Dieťa nie je schopné používať očný kontakt primeraným spôsobom, nedodržuje adekvátny telesný odstup, gestá v sociálnej interakcii a podobne. Dieťa s touto poruchou niekedy ťažšie nadväzuje aj vzťah k rodičom, väčší problém má však vo vzťahoch k svojím vrstovníkom. Mladšie deti neprejavujú záujem o hru s druhými deťmi, chýbajú priateľské vzťahy, a preto sú ostatnými deťmi odmietaní. V niektorých diagnostických systémoch sa za typický znak Aspergerovho syndrómu považuje aj motorická neobratnosť.

Aj napriek dobrej úrovni inteligencie tieto deti pri nedostatočnej motivácii v škole často zlyhávajú, môžu sa pridružiť aj špecifické poruchy učenia, impulzivita a hyperaktivita alebo sekundárne sociálne fóbie spojené s mutizmom. Porucha sociálnych vzťahov pretrváva do dospelosti a adaptácia v bežnom živote býva ešte komplikovanejšia ako v škole. Celková prognóza a nádej na dosiahnutie sebestačnosti je však omnoho lepšia ako u infantilného autizmu. Väčšia ľudí s Aspergerovým syndrómom žije v dospelosti bežný samostatný život (Říčan, 2006).

Prechodné autistické syndrómy

Ide o syndrómy, ktoré sú vzácnejšie ako prípady pervazívnych vývinových porúch a tiež by nemali byť diagnostikované v tejto kategórii, ale podľa základnej diagnózy alebo pravdepodobnej etiológie. Je potrebné zvážiť ich diagnózu vzhľadom na neskorší rozvoj a krátke trvanie poruchy. Niekedy môžu byť aj súčasťou inej diagnózy, napríklad na začiatku vývinu Rettovho syndrómu alebo niektorých degeneratívnych ochorení. Autistické syndrómy sú pomerne časté aj u detí s poruchami sluchu a predovšetkým s receptívnymi poruchami reči (Svoboda, 2009).

Niekedy sa s prechodným autizmom stretávame pri ťažkej emočnej deprivácii alebo pri predčasnej separácii od matky. Dieťa sa začne brániť sociálnemu kontaktu, dôjde k regresu reči a rozvoju stereotypných prejavov. V niektorých prípadoch je etiológia zmiešaná, alebo sa ju nepodarí učiť vôbec (Svodoba, 2009).

2.2 Etiológia autizmu

Skutočná etiológia autizmu zatiaľ odhalená nebola, aj keď bolo uskutočnených množstvo výskumov, ktoré sa v mnohom zhodujú, presnú príčinu autizmu zatiaľ nie je možné určiť.

Väčšinou sa predpokladá organická etiológia. Najčastejšie sa uvádzajú infekčné choroby, encephalitídy, rubeola počas tehotenstva matky, asfyxia a hypoxia pri narodení, vplyv metabolických porúch, vírusové choroby, meningitídy. Ďalej to môžu byť rôzne detské choroby, ako napríklad mums, čierny kašeľ, biochemické procesy v mozgu, pri ktorých ide o poruchu v neurotransmiteroch čo ma za následok stereotypné prejavy správania (Tisovičová, 2007).

Gillberg (2008) delí autizmus podľa zistiteľnosti jeho príčiny na familiárny autizmus (8,5%), autizmus spojený s diagnostikovaným somatickým ochorením či anomáliou (37%), autizmus s nešpecifikovanými prejavmi mozgového poškodenia bez nálezu diagnostikovanej poruchy v rodinnej anamnéze (46%) a autizmus bez nálezu diagnostikovanej poruchy v rodinnej anamnéze a bez zjavnej poruchy CNS (8,5%). Genetické vplyvy sú u autizmu veľmi silné a detský autizmus je dnes uvádzaný ako jedna z porúch s najsilnejšou genetickou zložkou.

Autizmus vzniká ako dôsledok organického poškodenia mozgu, ale jeho etiológia jednoznačne vymedzená nie je. Veľmi pravdepodobné je, že sa môže tvoriť rôznymi spôsobmi a na jeho vzniku sa môže podieľať viacero faktorov. Nie je podmienený sociokultúrne, častot' jeho výskytu je v rôznych oblastiach podobná (Vágnerová, 2004).

Genetická podmienenosť vzniku autizmu bola opakovane dokázaná. Zhoda autistických prejavov monozygotých dvojčiat bola veľmi vysoká. U dizygotných dvojčiat bola táto zhoda omnoho nižšia, čo dokazuje význam genetickej dispozície. Tiež u rodičov autistických detí boli zistené určité vlastnosti podobajúce sa bazálnym príznakom tejto poruchy, napríklad nápadnosti v komunikácii, ťažkosti v nadväzovaní sociálnych vzťahov, tendenciu k izolácii, úzkostlivosti a podobne. Typ dedičného prenosu pravdepodobne nie je jednoduchý a zatiaľ nebol jednoznačne charakterizovaný. Z tohto hľadiska sa za veľmi dôležitý považuje chromozóm X, pričom porucha omnoho častejšie postihuje deti mužského pohlavia.

Medzi ďalšie príčiny sa uvádzajú exogénne, prenatálne pôsobiace vplyvy, dokonca môžu byť aj priamou príčinou vzniku autizmu.

Biologickým základom vzniku autizmu je funkčná či morfológická zmena v mozgu. Neexistuje však špecifický nález, ktorý by bol typický pre takto postihnuté deti. Dostupné zobrazovacie metódy síce ukazujú na určité odlišnosti, ako napríklad abnormality mozgovej kôry, limbického systému, mozočku a bazálnych ganglií, avšak tieto odlišnosti sú stále veľmi rôznorodé. Ich vznik sa predpokladá už v období embryonálneho vývinu, ako dôsledok narušenia štandardného programu migrácie neurónov. Následne na to sa vytvorí rada porúch, ktoré potrebujú pre svoj rozvoj, aby vývinovo staršie štruktúry boli adekvátne rozvinuté a fungovali obvyklým spôsobom. Stále ale zostáva otázka, čo je primárnou príčinou autizmu. Autistické deti veľmi často trpia epilepsiou, čo je dôkazom organického základu tejto poruchy.

Ďalším faktorom, ktorý môže súvisieť so vznikom autizmu sú neurochemické odlišnosti centrálnej nervovej sústavy. U takto postihnutých detí bola zistená porucha serotonergného a dopaminergného systému, čo môže súvisieť aj s tým, že niektorí autisti majú zníženú citlivosť voči bolesti.

Kanner a ďalší psychoanalyticky orientovaní autori považovali za vznik autizmu vonkajšie, sociálne faktory, predovšetkým správanie sa rodičov voči dieťaťu. Avšak citovo chladnú výchovu a odmietanie dieťaťa nemožno považovať za príčinu tejto choroby. Narušené vzťahy rodičov k dieťaťu bývajú skôr dôsledkom jeho choroby než jej príčinou (Vágnerová, 2004).

2.1.1 Ochorenia súvisiace s autizmom

Autizmus zriedka prichádza sám. Často je sprevádzaný inými ochoreniami, ktoré sú niekedy hlavným problémom v edukácii autistických detí. Medzi najčastejšie patria nasledovné:

Oligofrénia

Osemdesiat ľudí s klasickou formou autizmu má IQ pod 70. V prípade Aspergerovho syndrómu je IQ vyššie.

Epilepsia

Epilepsia sa objaví u jedného z piatich až šiestich autistických detí už v prvých rokoch života. Ide o takzvané detské kŕče alebo psychomotorickú epilepsiu. U 20 % ľudí postihnutých autizmom sa epilepsia objaví v puberte, či tesne pred

ňou. Výskyt epilepsie u Aspergerovho syndrómu je častejší než u ostatnej populácie, ale nikdy nie je taký vysoký ako u klasického autizmu. V dospelosti asi 30 až 40 % postihnutých trpí alebo aspoň raz prekonal epileptický záchvat.

Zrakové postihnutie

Približne jeden z piatich autistov má podstatne obmedzené videnie a potreboval by okuliare. Bohužiaľ mnohí z nich, u ktorých sa v školskom veku objaví zrakové postihnutie, odmietajú nosiť okuliare. Asi dve z päť detí postihnutých autizmom majú problémy s abnormálnymi pohybmi očí, ktoré často pretrvávajú až do dospelosti.

Sluchové postihnutie

Pri autizme je sluch veľmi často postihnutý. Jedna štvrtina z nich má závažné sluchové problémy a niekoľko percent dokonca vôbec nepočuje.

Väčšina postihnutých autistov má sluch normálny v tom zmysle, že sú schopní prejsť bežným sluchovým testom. Samozrejme štýl ich počutia alebo skôr prijímania sluchových podnetov je často neobvyklý alebo patologický. Preto môže byť u učiteľov vyvolané podozrenie, že dieťa môže byť hluché (Gillberg, Peeters, 2003).

Postihnutie reči

Príčiny postihnutia reči a jazyka sú u autizmu iné ako u afázie alebo dysfázie. U autistov je problém v poznávaní významu komunikácie, teda znížená schopnosť postihnutých pochopiť dôvody vzájomnej komunikácie medzi dvomi osobami.

U menšiny ľudí postihnutých autizmom vidíme snahu hovoriť a napriek tomu toho nie sú schopní. V tomto prípade ide o kombináciu autizmu a dysfázie (Gillberg, Peeters, 2003).

2.3 Charakteristické prejavy, deficity a správanie

Triádu problémových oblastí, ktorá je spoločná pre poruchy autistického spektra sme si vymenovali už pri definícii včasného infantilného autizmu. Patrí sem teda porucha sociálnych vzťahov a sociálnej interakcie, porucha komunikácie a porucha predstavivosti, záujmov a hry. Medzi ďalšie symptómy, ktoré sa netýkajú diagnostickej triády problémových oblastí, ale veľmi často sa vyskytujú, patria nešpecifické variabilné rysy. Tieto zvláštne prejavy sa môžu vyskytnúť až u dvoch tretí ľudí s diagnostikovanou poruchou autistického spektra. Patrí sem perцепčné poruchy, odlišnosti v motorickom vývine a prejavoch, emocionálna reaktivita, adaptabilita a problémy v správaní (Thorová, 2006).

Percepčné poruchy

V oblasti vnímania pozorujeme tiež množstvo preferencií, ktoré sa týkajú všetkých modalít. Skúmajú sa abnormality v zmysle hypersenzitivity či hyposenzitivity.

Zrakové vnímanie – deti s poruchou autistického spektra nedokážu svoj zrak používať normálne, aj keď nemajú pridruženú žiadnu zrakovú poruchu. Sledujeme zrakové reakcie pri kontakte s ľuďmi, či pri prezeraní si predmetov. Pozorujeme, aký spôsobom deti fixujú zrak na predmety, s ktorými pracujú (Hrdlička, Komárek, 2004).

Zaznamenávame fascinovanie zrakovými podnetmi, ktoré sa prejavujú strnulým pozeraním sa na pohybujúce prsty, svetlo, svetelné efekt či pohyb niektorých predmetov.

Sluchové vnímanie – zaznamenávame reakciu dieťaťa na sluchové podnety, a to kvalitu, dobu reakcie a konzistentnosť. Niektoré deti počujú, len ak nie sú ničím zamestnávané, zatiaľ čo iné reagujú na každý aj celkom nepodstatný zvuk v ich okolí.

U čuchového, chuťového a hmatového vnímania si všímame prítomnosť nezvyčajných prejavov. Hmatová a dotyková hypersenzitivita sa výrazne odrážajú na správaní dieťaťa, pričom ju ale počas krátkej doby vyšetrenia nemusíme zachytiť. U detí s poruchou autistického spektra môže byť narušené aj vnímanie špecifických pocitov, zisťujeme ako dieťa reaguje na chlad, teplo, hlad, smäd, bolesť a podobne (Hrdlička, Komárek, 2004).

Odlišnosti v motorickom vývine a prejavoch

V praxi sa u detí s poruchou autistického spektra stretávame s rôznymi typmi vývinu motoriky a rôznorodou úrovňou motorických zručností. Vývinové motorické stupne môže dieťa s poruchou autistického spektra zvládať v norme. U niektorých rodičov práce oneskorený vývin motoriky vyvoláva znepokojenie. Medzi abnormality, ktoré sa uvádzajú v prvom roku života patrí zvýšené alebo znížené svalové napätie. Rodičia s niektorými deťmi na odporúčenie neurológa rehabilitujú. U niektorých detí môže byť primárne diagnostikovaná detská mozgová obrna. Problematická býva aj koordinácia pohybov v oblasti jemnej a hrubej motoriky. V školskom veku sú deti výrazne neobratné, deficit je zreteľný hlavne u jedincov s Aspergerovým syndrómom a vysoko funkčným autizmom. Deti majú problémy s držaním ceruzky, manipuláciou s drobnými predmetmi, skladaním stavebníc, sebaobslužnými činnosťami ako je napr. zapínanie gombíkov, používanie príborov. V priebehu školskej dochádzky majú deti problémy s udržaním rovnováhy, s cvikmi vyžadujúcimi koordináciu viacerých súbežných pohybov – šplhanie, kotúľ, plávanie a pod. (Thorová, 2006).

Opakujúce sa stereotypné pohyby sa vyskytujú u ľudí s poruchou autistického spektra často. Repertoár zvláštnych pohybov je veľmi široký, od prostých krátkych, trepavých či krúživých pohybov rúk a prstov až po dlhodobé kmitanie prstov pred tvárou. Dieťa je týmito pohybmi často fascinované. Objavujú sa ak sa dieťa emocionálne rozruší, napr. pri radosi, obľúbenej aktivite, úzkosti alebo nervozite. Pre niektoré deti s poruchou autistického spektra sú stereotypné pohyby jedinou činnosťou, ktorou si dokážu vyplniť voľný čas. Niektoré tieto činnosti možno prerušiť odvedením pozornosti dieťaťa. Mnoho detí kombinuje stereotypy s manipuláciou s predmetmi. Časté je napríklad listovanie v knihe, otáčanie autíčkami, driblovanie a hádzanie lopty či presýpanie drobných predmetov. Niektoré deti majú tendenciu nastavovať ruky do zvláštnych polôh.

Opakujúce sa tendencie v správaní často zaznamenávame u detí do troch rokov. Záhadou stále zostáva, čo je dôvodom ich výskytu v neskoršom veku (Thorová, 2006).

Emocionálna reaktivita

U detí s poruchami autistického spektra je v rannom veku obzvlášť nápadná chudobná emocionálna reaktivita. Niektoré deti prejavujú len veľmi obmedzenú škálu emócií, v extrémnych prípadoch neprejavujú emócie vôbec. Väčšina detí ale reaguje na príjemné a nepríjemné podnety, odlišná môže byť intenzita reakcie a spôsob akým dieťa reaguje. Schopnosť znášať nepríjemné podnety je u autistických detí veľmi nízka. Dieťa môže reagovať výbuchom zlosti aj na banálnu situáciu, ako napríklad na prerušenie činnosti, na požiadavku spolupráce alebo na nesplnenie určitej jeho požiadavky. Tieto výbuchy môžu byť celkom neprimerané veku dieťaťa. Afektívna labilita sa prejavuje častým striedaním nálad, niekedy aj bez akéhokoľvek podnetu. Niektoré deti majú väčšinu dňa neutrálnu, pasívnu náladu.

U detí s poruchou autistického spektra sa v rannom veku často stretávame s veľmi málo prekreslenou schopnosťou emocionálnej reaktivity. Sociálnym situáciám a podnetom dieťa nevenuje pozornosť, vyjadruje len základné pocity (Thorová, 2006).

Okolo troch rokov sa nízka frustračná tolerancia a emocionálna reaktivita stáva omnoho nápadnejšia. Keď dieťa zachváti príval emócií, prestáva byť schopné vyrovnať sa s danou situáciou, a to aj vo veku, keď strata sebaovládania už nie je považovaná za primeranú.

Deti s poruchami autistického syndrómu majú teda emocionálne reaktivitu a obidvoch póloch senzitivity. Hypersenzitivita sa prejavuje výbuchmi zlosti, strachu, záchvatmi smiechu, plaču, vysokou úzkostlivosťou. Hyposenzitivita zase spôsobuje malú schopnosť reagovať na emocionálne podnety a situácie vyžadujúce emocionálne reakcie.

U ľudí s Aspergerovým syndrómom sa často stretávame so samovražebnými sklonmi, za ktorými stojí vnímanie vlastnej odlišnosti, neustály výchovný tlak rodičov a učiteľov, vyčlenenie z kolektívu, nedostatok priateľov, šikanovanie, neschopnosť nájsť si partnera či zlyhávanie z nedostatočných komunikačných a sociálnych zručností. V tomto prípade sú veľmi dôležité preventívne opatrenia, pre ktoré je východiskom včasná diagnóza (Thorová, 2006).

Adaptabilita

Schopnosť adaptovať sa je nevyhnutá súčasť nášho života. Zdravé dieťa sa dokáže primeraným spôsobom prispôbiť novej vzniknutej situácii. Pre dieťa s poruchou autistického spektra je každá zmena vďaka komplexu deficitu a čiastkových mentálnych porúch ohrozujúca. Mnohé deti vďaka nefungujúcej adaptácii prežívajú úzkosť, napätie, bezradnosť, strácajú pocit istoty.

Pri vyšetrení adaptability sledujeme ako dieťa reaguje na zmenu prostredia, rozlišujeme medzi domácim a cudzím prostredím, či je v neznámom prostredí nervózne, dráždivé, nepokojné alebo naopak, je mu úplne jedno, kde sa nachádza. Od rodičov sa informujeme, či sa dieťa dožaduje presného denného harmonogramu, či v ňom narušenie vyvolá neistotu, nervozitu. Zisťujeme, čo sa stane pri nedodržaní harmonogramu, či je dieťa v nepohode, alebo či môžeme denné aktivity ľubovoľne meniť. Informuje sa o tom, do akej miery a v čom sa rodina a jej životy musia podriaďovať požiadavkám a potrebám dieťaťa a ako takéto fungovanie zasahuje do života jednotlivých členov rodiny (Hrdlička, Komárek, 2004).

Problémy v správani

Poruchy správania nie sú diagnostickým kritériom, avšak s poruchami autistického spektra sa veľmi často spájajú. Rôznorodá je pritom príčina, spôsob, intenzita a frekvencia. Celkový obraz problémov v správani závisí tiež na celkovej váhe symptomatiky, osobnostných predispozícií dieťaťa, výchovnom a terapeutickom prístupe v minulosti a súčasnosti. Niektoré problémové správanie je naučené, iné má biologický základ a behaviorálnou terapiou nie je odstrániteľné. Podrobná analýza správania je ale nevyhnutným krokom je zvoleniu vhodnej stratégie, ktorá povedie k odstráneniu nevhodného správania (Thorová, 2006).

Pričom rada problémov v správani je dôsledkom rôznych primárnych ťažkostí, ktoré deti s autizmom majú. Môže ísť o percepčný a kognitívny deficit, čo je iný spôsob vnímania a spracovávania informácií, ktorý vedie k opakujúcim sa vzorcom niekedy veľmi bizarného správania. Medzi ďalšie problémy patrí komunikačný deficit, socio-emočný deficit a nevhodné prostredie a prístup. Nedostatok funkčnej komunikácie u dieťaťa spôsobuje frustráciu, ktorá odštartuje problémové správanie alebo sa sociálne nevhodné správanie stane komunikačným prostriedkom, ktorý funguje, a teda je opakovane využívaný. Bežné prostredie nie je prispôsobené špecifikám poruchy a mnohé situácie, s ktorými sa dieťa stretáva, vyvolávajú tenzie a následne problémové správanie (Hrdlička, Komárek, 2004).

Medzi časté formy problémového správania patrí sebazraňovanie, deštruktívna činnosť, agresivita, afektívne záchvaty, výrazná stereotypná činnosť a rituály. Významnejšie agresívne a sebazraňujúce tendencie bývajú zistené u tretiny detí s poruchou autistického spektra. Problémové správanie výrazne ovplyvňuje fungovanie celej rodiny a prejavuje sa v mnohých aspektoch života dieťaťa. Niektoré deti utekajú z domu, čo často býva spojené so špecifickými záujmami, ako sú napríklad vlaky, električky, mapovanie trasy. Fascinovanie predmetmi môže byť tak silné, že sa dieťa môže dopustiť krádeže peňazí alebo vecí do zbierok (Thorová, 2006).

Krádež máva skôr nutkavý ako plánovaný charakter, u detí s poruchou autistického spektra je spojená so značnou mierou naivity.

Asi 50-70 % detí s poruchou autistického spektra malo niekedy problémy so spánkom v rôznom veku. Nespavosťou trpí menší počet detí, časté býva ale nočné prebúdzenie sa a chodenie po byte, skoré vstávanie a neskoré zaspávanie.

Výrazným problémom u ľudí s poruchou autistického spektra býva pasivita a abúlia, čo je nedostatok vôle. Dieťaťu chýba iniciatíva, spontánnosť, nestojí o to zapojiť sa do aktivity, pre okolie sa javí ako bez energie a entuziazmu (Thorová, 2006).

2.4 Diagnostické kritéria autizmu

Výšetrenie dieťaťa s podozrením na autistickú poruchu je potrebné zveriť do rúk odborníkovi s klinickou skúsenosťou v tejto oblasti. Na základe dôkladnej anamnézy a klinického vyšetrenia je možné zostaviť diagnózu, pričom výpovedná hodnota týchto údajov závisí vo veľkej miere aj od rodičov, od ich skúsenosti a citlivosti. Na odlišný spôsob vývinu pričom prví upozorňujú príbuzní, napríklad prarodičia. Hlavne ak ide o prvorodené dieťa, kedy rodičia nemajú dostatok skúsenosti a zvláštnosti vo vývine neregistrujú. Pričom ani profesionálni pracovníci nemusia menej nápadné formy autizmu rozpoznať bez dostatočnej predchádzajúcej prípravy a skúseností (Lechta, 2003).

Švarcová (2006) uvádza nasledujúce diagnostické kritéria autizmu:

1. Kvalitatívne poškodenie v sociálnej interakcii
 - Zreteľná neschopnosť používať bežné formy vystupovania, ako je pohľad do očí, výraz tváre (mimika), gestá či pohyby tela, k sociálnej interakcii.
 - Zlyhávanie pri vytváraní vzťahov s vrstovníkmi.
 - Nedostatok snahy zdieľať záujmy a poznatky s inými, neschopnosť zdieľať radosť, smútok a ďalšie pocity iných ľudí.

- Nedostatok sociálnej a emocionálnej vzájomnosti: neschopnosť aktívne sa zúčastňovať hier, preferovanie samotárstva, používanie ostatných osôb ako „nástrojov“ k mechanickej manipulácii.
2. Kvalitatívne poškodenie komunikácie
- Vývin hovorenej reči je oneskorený alebo úplne chýba a chýbajú aj pokusy o alternatívnu komunikáciu pomocou gest, mimiky a podobne.
 - Ak už je reč vyvinutá, chýba schopnosť začať a udržať konverzáciu.
 - Používanie jazyka je stereotypné, opakujúce sa.
 - Neschopnosť napodobniť správanie primerané veku.
3. Obmedzený a opakujúci sa repertoár záujmov a aktivít
- Prílišné zaujatie jednou alebo viacerými stereotypnými a obmedzenými činnosťami, ktoré sú buď intenzitou alebo predmetom záujmu.
 - Návyk na špecifickú rutinu alebo rituál.
 - Opakujúce sa a stereotypné pohybové maniere – trepanie rukami, prstami, krútenie prstami, zložitý komplex pohybov celého tela.

Pre stanovenie diagnózy musí byť prítomných aspoň šesť príznakov.

2.5 Špecifické diagnostické metódy

Ide o screeningové a diagnostické nástroje vhodné na použitie u porúch autistického spektra. Patria sem screeningové dotazníky, posudzovacie škály a semištruktúrované interview.

V súčasnosti neexistuje skúška biologického charakteru, ktorá by dokázala autizmus. Screening sa zameriava na zmapovanie a výskum správania. Klinická skúsenosť sa v diagnostike vždy cení najviac, potrebnú skúsenosť však získavajú len ľudia pracujúci na pracoviskách, ktoré sa zaoberajú touto skupinou porúch. Ak má byť ale zachytený čo najväčší počet detí v čo najrannejšom období, je potrebné, aby široký počet odborníkov bol schopný v populácii vysloviť aspoň podozrenie na poruchu autistického spektra (Hrdlička, Komárek, 2004).

Ide hlavne o pediatrov, psychiatrov, psychologov, učiteľov, neurológov, logopédov, pracovníkov pedagogicko-psychologickej poradne a špeciálno-pedagogických centier. Pre nich sú celkom najvýhodnejšie screeningové metódy, ktoré sú nenáročné na administratívu a k ich použitiu nie je potrebný špeciálny tréning. Screeningových dotazníkov je v zahraničí celá rada, niektoré sú úspešnejšie, iné menej. Ich nevýhodou je menšia spoľahlivosť. Zlyhávajú najčastejšie pri miernejších formách porúch autistického spektra, alebo fungujú ako falošne pozitívne, čo znamená, že prisúdia autistickú poruchu osobám, ktoré trpia inou poruchou. Posudzovacie škály a zložitejšie dotazníky slúžia najmä osobám, ktoré už s autizmom majú nejaké skúsenosti (Hrdlička, Komárek, 2004).

K diagnostike autizmu a sledovaniu vývinu ochorenia bolo vypracovaných množstvo diagnostických postupov. Uvádzame metódy najčastejšie citované v literatúre.

Rimlandov dotazník

Bol vytvorený v roku 1964 a má dve verzie. Jedna je zameraná na hodnotenie detí starších ako 5,5 roka na základe informácií získaných od rodičov. Druhá verzia hodnotí vývin dieťaťa do 5,5 roka. V dotazníku sú uvedené položky dokumentujúce základné údaje o dieťati, perinatálne rizikové faktory, percepčné anomálie, typické behaviorálne charakteristiky autistického syndrómu, zvláštne schopnosti a reč dieťaťa a niektoré sociografické údaje o rodičoch. Dotazník dostatočne rozlišuje detský autizmus od mentálnej retardácie, neumožňuje však jemnejšiu diferenciáciu v rámci porúch autistického spektra. V porovnaní s metódou CARS má Rimlandov dotazník nižšiu validitu, odporúča sa na screeningové účely (Lechta, 2003).

ADI-R – Autism Diagnostik Interview-Revised

Jedná sa o štandardizované diagnostické interview, ktoré uskutočňuje špeciálne zaškolený pracovník najčastejšie s matkou dieťaťa. Dotazník obsahuje 111 položiek a doba potrebná na jeho vykonanie sa pohybuje okolo troch hodín. Interview je založené na presne stanovených otázkach, každá má spravidla názov, definíciu problému, presné znenie otázky a pokyn, ako kódovať odpoveď (Hrdlička, Komárek, 2004).

V súčasnej dobe ide o jednu z najlepšie overených metód, ktorá je založená na štruktúrovanom rozhovore s rodičmi dieťaťa či dospelého. Najspoľahlivejšie sa tento test realizuje v predškolskom veku. Nevýhodou je dlhá doba administratívnych prác (okolo 90-120 minút), ktorá znižuje možnosť jeho bežného a rozšíreného použitia v klinickej praxi. Body získané v ADI-R možno algoritmom previesť na kritéria MKN-10 a získať tak kľúčové body pre diagnózu v týchto oblastiach:

- Sociálna interakcia – hodnotíme schopnosť nadväzovať vzťahy s vrstovníkmi, neverbálne správanie ako prostriedok sociálnej interakcie, schopnosť vzájomne zdieľať potešenie a úroveň sociálnych emocionálnych zručností.
- Komunikácia – čo sa týka neverbálnej komunikácie, hodnotíme schopnosť používať gestá a úroveň symbolickej hry. Vo verbálnej komunikácii hodnotíme schopnosť konverzácie a zvláštnosti vo vývine reči.
- Správanie s opakujúcimi sa stereotypnými tendenciami – hodnotíme pohybové stereotypy, obmedzenosť a zaujatosť určitou činnosťou, mieru kompulzívneho správania, nefunkčné zaobchádzanie s predmetmi a neobvyklé zmyslové záujmy (Thorová, 2006).

ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule

Táto nová diagnostická metóda vznikla kombináciou dvoch starších metód, pričom je určená pre každého, u koho vzniklo podozrenie na poruchu autistického spektra (Thorová, 2006).

Ide o vyšetrenie v oblasti sociálnej interakcie a komunikácie, kedy v rámci presne definovaných aktivít hodnotíme fungovanie sledovanej osoby. Výsledky sa prevádzajú na oficiálne kritéria medzinárodnej klasifikácie chorôb, pričom sú nastavené tak, že sa zachytia rôzne formy pervazívnych vývinových porúch. Metóda má menšie rozlišovacie schopnosti na abnormity v správaní, ako sú stereotypné činnosti, neprimerané záujmy a behaviorálne poruchy. Jej výhodou je štruktúrovaný model interakcie klient – vyšetrujúci, teda vytvorenie sociálnej situácie, ktorá je štandardná pre všetky vyšetované osoby. Hodnotia sa napríklad komunikačné zručnosti verbálne a neverbálne, schopnosť viesť konverzáciu, schopnosť požiadať o pomoc, umenie popísať obrázok, schopnosť nápodoby, úroveň symbolickej hry a schopnosť popísať sociálnu situáciu a emocionálne stavy.

Za pomoci tejto metódy možno v krátkom čase získať množstvo informácií. Z rámci zlepšenia validity sa odporúča sledovať a hodnotiť dieťa aj mimo testovaciu situáciu. Niektoré deti môžu mať výrazne lepšie správanie pri testovaní a rutinej konverzácii s jedným dospelým nech v dobe voľnej neštruktúrovanej činnosti. Na základe chronologického veku a úrovne vyjadrovania sledovanej osoby je možnosť zvolit' si zo štyroch možných foriem tejto metódy. Prvá forma je určená pre deti, ktoré nehovoria alebo reč používajú veľmi málo. Druhá pre tých, ktorí hovoria ale neplynule. Pre verbálne zdatné deti je určená tretia forma a štvrtú používame u verbálne zdatných dospievajúcich a dospelých (Thorová, 2006).

A.S.A.S. – The Australian Scale for Asperger's syndrome

Táto screeningová metóda je určená na detekciu Aspergerovho syndrómu u detí mladšieho školského veku. Zameriava sa na sociálne a emocionálne schopnosti, komunikačné schopnosti, kognitívne schopnosti, špecifické záujmy, pohybové schopnosti a ďalšie charakteristiky. Boduje sa v škále od nula do šesť bodov. Ak bude mať dieťa vo väčšine položiek dva až šesť bodov, existuje silné podozrenie, že dieťa trpí Aspergerovým syndrómom. Toto vyšetrenie sa stále považuje za predbežné, nutné je preto klinické vyšetrenie (Thorová, 2006).

AQ test – Kvocient autistického spektra

Ide o jednoduchú orientačnú metódu, ktorá informuje o riziku Aspergerovho syndrómu v adolescencii a dospelosti (Thorová, 2006).

CARS – Childhood Autism Rating Scale – Škála detského autistického správania

Táto metóda bola vypracovaná odborníkmi v rámci programu TEACCH na univerzite v Severnej Karolíne. CARS má celkom 15 položiek, pričom každá z nich sa hodnotí na stupnici od 1 do 4 podľa frekvencie a intenzity abnormálnych prejavov v danej oblasti (Hrdlička, Komárek, 2004).

Administratívne práce trvajú približne jednu hodinu, škála poskytuje rýchle rozlíšenie, či sa jedná o poruchu autistického spektra alebo nie a jej použitie je relatívne jednoduché. Výsledky testu orientačne určuje aj stupeň závažnosti poruchy. Nevýhodou tejto metódy je jej malá spoľahlivosť, preto nie je určená na diagnózu, ale na screening (Thorová, 2006).

CHAT – Checklist for Autism in Toddlers

Anglický neuropsychiater Simon Baron-Cohen zameriavajúci sa diagnostickou autizmu u detí v rannom veku, rozdelil túto screeningovú metódu na dve časti. V prvej časti sú otázky, na ktoré odpovedajú rodičia. V druhej časti ide o priame pozorovanie dieťaťa, ktoré väčšinou uskutočňuje pediater pri preventívnej prehliadke v 18 mesiacoch. Celková administratíva trvá okolo 20 minút. Veľmi dôležité je schopnosť dieťaťa sledovať pohľad druhého človeka, schopnosť symbolickej hry s napodobovaním a schopnosť upozorniť ostatných ukazovaním na niečo, čo dieťa zaujalo. Výskum, ktorý prebehol v Anglicku ukázal na to, že u detí, ktoré zlyhali vo všetkých trochu kľúčových oblastiach, sa v 83,3% rozvinul autizmus. Deti, ktoré zlyhajú v jednej alebo dvoch oblastiach, majú pravdepodobne oneskorený mentálny vývin bez prítomnosti autizmu. CHAT sa teda považuje za veľmi užitočnú metódu, avšak epidemiologické štúdiu ukázali, že nedokáže podchytiť miernejšie formy autizmu (Thorová, 2006).

ASSQ – Asperger Syndrome Screening Questionnaire

Dotazník je určený pre populačný screening u detí školského veku od šesť do sedemnášť rokov. Zameriava sa na vytipovanie detí s Aspergerovým syndrómom a vysoko funkčným autizmom v bežných školách. Autori predpokladajú, že táto metóda je vhodná aj u detí s ľahkou mentálnou retardáciou. Dotazník má 27 položiek zameraných na sociálnu interakciu, komunikáciu a zvláštne záujmy. Špecifické sú pre tento dotazník položky týkajúce sa tikov a motorickej neobratnosti (Hrdlička, Komárek, 2004).

DACH – Detské autistické správanie

Ide o českú screeningovú metódu, ktorá je určená k depistáži detí trpiacich poruchou autistického spektra. Táto orientačná metóda má formu jednoduchého dotazníka. Otázky sú nasmerované na rodičov, jej využitie je najvhodnejšie u detí od 18 mesiacov do päť rokov. Konečná forma položiek smerovaných prevažne na oblasť vnímania, verbálnej a neverbálnej komunikácie, sociálneho správania, motoriky a zvláštnych pohybov, emócie, hru a spôsob prežívania voľného času, problémové správanie a schopnosť adaptácie. Dotazník je určený prevažne k prezentácii v elektronickej interaktívnej forme, vyhodnotenie dát prebieha súčtom položiek, ale na základe clustrovej analýzy (Thorová, 2006).

2.6 Rodina a dieťa s autizmom

Rodičia si vytvárajú vzťah k svojmu dieťaťu už dlho pred narodením. Súčasťou prípravy na rodičovstvo je aj plánovanie do budúcnosti, rodičia snívajú o tom, čím ich dieťa v budúcnosti bude. Následne po diagnostikovaní choroby sa všetky tieto plány rodičom zrúti, nastáva šok, príval emócií a pocit rodičovského zlyhania. Schopnosť rodičov v tejto chvíli prijímať informácie je znížená, treba preto venovať pozornosť starostlivému zápisu všetkých záverov a doporučení, ktoré budú rodičom dodatočne poslané (Thorová, 2006).

Šoková reakcia rodičov celkom prirodzene vyvoláva obranné mechanizmy, medzi ktoré patrí popretie, odmietanie choroby, vytesnenie či bagatelizovanie alebo viera v zázrak. Profesionál by mal prejavovať vysokú mieru trpezlivosti, neodsudzovať rodičov za ich iracionálne a rozporuplné správanie. Mali by sme mať na pamäti, že hnev či urážlivé správanie sa sú často prejavom bezmocnosti. Profesionálny prístup je hlavne v zvládaní situácie v pokoji, bez zbytočného mentorovania a autoritatívneho prístupu.

Prijatie diagnózy zo strany rodičov nie je nič príjemné, prevažujú tu negatívne emócie, ako smútok, zlosť, depresia, pocit viny, zlosť na seba, na dieťa, na všetkých. Ak sa už rodina zmieri s diagnózou, dieťa je prijaté také, aké je. Začína sa hľadať optimálna cesta do budúcnosti, často dochádza z reorganizácii rodinných vzťahov, mení sa hodnotová orientácia celej rodiny. Táto prežitá trauma jednotlivých členov rodiny vedie k dosiahnutiu väčšej múdrosti a lepšieho sociálneho porozumenia (Thorová, 2006).

Pre uľahčenie každodenného života rodiny sú tiež veľmi dôležité vzťahy medzi súrodencami. Ak je jedno dieťa postihnuté, vzťah vzájomnej lásky a podpory sa vytvára omnoho ťažšie. Súrodenci detí s autizmom sa musia vyrovnávať s viacerými problémami. Veľmi ťažké pre zdravého súrodenca pochopiť zvláštne správanie sa autistického dieťaťa. Niektoré autistické prejavy ako agresivita alebo sebazraňovanie ho môžu dokonca desiť. Ďalším častým problémom môže byť, že sa zdraví súrodenci cítia ostrčením, pretože im rodičia venujú menej pozornosti. Terapia autistického dieťaťa prebieha v miestnosti, kam zdravé dieťa nemôže vstúpiť. Starší súrodenci prídu pri určení diagnózy u svojho brata alebo sestry o pozornosť rodičov, ktorú musia venovať mladšiemu súrodencovi, niekedy sa dostanú do úlohy pomocníka matky a sú vystavení ich smútku. Niekedy na zdravých súrodencov môžu rodičia kladť väčšiu zodpovednosť, akú sú schopní uniesť. Veľmi často sa spolužiaci súrodencovi postihnutého dieťaťa posmievajú. Deti nemajú emocionálnu silu a slovnú pohotovosť, aby takémuto správaniu úspešne čelili, väčšinou nechápu, že v tejto situácii nie sú sami (Richman, 2006).

Tieto problémy a mnohé ďalšie sa významným spôsobom podieľajú na vytrvávajúci rodinných vzťahov a vzťahov medzi vrstovníkmi. Súrodenci sa musia veľmi dobre poznať, kým začnú rodičia medzi nimi vytvárať pozitívne vzťahy. Je potrebné si uvedomiť, že interakcia rodičov so zdravým súrodencom a ich vzťah k nemu môže napomáhať k vytvoreniu tých schopností, ktoré mu pomôžu vyrovať sa so situáciou, cítiť lásku a porozumenie pre dieťa s autizmom a pre seba samé. K tomu, aby zdravý súrodenec cítil vážnu a dobrovoľnú zodpovednosť k svojmu autistickému bratovi alebo sestre, musí dozrieť a táto zodpovednosť mu nesmie byť nijakým spôsobom vnucovaná.

Súrodenecké vzťahy sú prvé kontakty, s ktorými sa v živote stretávame a zároveň predstavujú aj najdlhší vzťah v našom živote. Aj keď sa ich kvalita a charakter časom mení, je to veľmi trvalý vzťah s veľkým emocionálnym nábojom. Pre každého rodiča by malo byť dôležitou úlohou vytváranie a posilňovanie kladných vzťahov medzi súrodencami. Deti, ktoré spolu vyrastajú budú mať vždy pocit, že k sebe patria. Preto by sme mali pre vytvorenie správneho súrodeneckého vzťahu s autistickým dieťaťom mať na pamäti niekoľko zásad. Ide o poučenie zdravého súrodenca o autizme, vytváranie pocitu rovnosti pri každej vhodnej príležitosti, podpora vzájomných kontaktov medzi súrodencami a je potrebné správať sa k zdravému ale aj autistickému súrodenčovi ako k jedinečnej osobe (Richman, 2006).

3. MOŽNOSTI VÝCHOVY A VZDELÁVANIA DETÍ S AUTIZMOM

Prítomnosť poruchy autistického spektra veľmi ovplyvní fungovanie dieťaťa a neskôr aj dospelého človeka v mnohých smeroch. V rôznej miere sú zasiahnuté komunikačné a sociálne zručnosti a z tohto dôvodu je výrazne odlišné aj správanie, čo prináša do života radu komplikácií napríklad v kontakte s rodičmi, vrstovníkmi, v edukačnom procese a neskôr aj v adolescencii. Za päťdesiat rokov svojej oficiálnej existencie na názory na poruchy autistického spektra prešli búrlivým vývinom. A aj keď príčiny autizmu doposiaľ odhalené neboli, bol zaznamenaný pozitívny vývin v porozumení príčinám problému, terapii a vzdelávacích stratégiách. Zlepšiť vyhliadky do budúcnosti môže vhodne zvolená intervencia a špecifické postupy. Cieľom terapeutickej a pedagogickej pomoci človeka s poruchou autistického spektra je hlavne osvojiť si adekvátne schopnosti a zručnosti. Ak sa dieťaťu od malička zaistíme štruktúrovane a predvídateľné prostredie, budeme klásť dôraz na nácvik komunikácie a sociálneho správania, pripravíme si pôdu pre efektívne zvládanie priebežných problémov (Thorová, 2006).

Výchova autistického dieťaťa je veľmi náročná úloha, preto je od začiatku potrebná dostatočná emočná podpora a vedenie rodičov. Dôležitá je pri tom aj kvalitná diagnóza, na ktorej sa rodičia zúčastňujú. Je potrebné vysvetliť im jedinečné vzorce učenia dieťaťa, pričom motorický vývin a vizuálna pamäť dieťaťa nemusí byť postihnutá, ale určite je výrazne postihnutá reč. Jednou z terapeutických úloh je aj naučiť rodičov používať pre dieťa zrozumiteľnejšiu komunikáciu a klásť na dieťa primerané požiadavky. Nevyhnutné sú individualizované programy rannej stimulácie, ktoré zohľadňujú potreby celého rodinného systému (Říčan et al., 2006).

V oblasti psychoterapie bolo vytvorené množstvo špecifických prístupov, ktoré sa zameriavajú na deti s pervazívnymi vývinovými poruchami, pričom všeobecne môžeme tieto postupy rozdeliť do troch základných skupín:

- **Kognitívne prístupy**

Tieto vychádzajú z predpokladu kognitívneho deficitu. Základom liečby je vyučovací prístup, ktorý rešpektuje špecifické schopnosti autistického dieťaťa. Ako príklad môžeme uviesť program TEACCH, ktorého hlavným cieľom je zlepšenie adaptácie dieťaťa s autizmom. Napomáha tomu aj úprava celého prostredia, teda aj školy aj rodiny. Dôraz sa kladie na štruktúrované učenie, individualizáciu práce a úzku spoluprácu školy a rodiny. Pre dieťa je vytvorený jasný ohraničený priestor, presne definované úlohy, ktoré sú mu zadávané názorným spôsobom. Tieto podmienky vedú k zlepšeniu schopnosti fungovania postihnutého dieťaťa.

Medzi kognitívne prístupy patrí aj behaviorálna terapia Lovassova, ktorá zakladá na učení pomocou nápodoby. Efekty tohto prístupu sú závislé na intenzite, aby sa dosiahlo zlepšenie, je potrebných aspoň štyridsať hodín individuálnej terapie týždenne počas dvoch rokov.

Všeobecne sú tieto metódy a prístupy zamerané hlavne na komunikáciu a porozumenie dieťaťa. V maximálnej možnej miere sa pri nich využíva vizualizácia pokynov a požiadaviek. Prostredie má byť štruktúrované a organizované tak, aby si dieťa mohlo tvoriť očakávania, získalo istotu a tým sa otvorila aj pre sociálnu interakciu.

- **Motivačné a emocionálne prístupy**

Snahou týchto prístupov je hlavne u mladších detí dosiahnuť, aby vo vzťahoch s ľuďmi prežívalo radosť zo spoločných aktivít. Terapeut alebo rodičia sa snažia dieťa v maximálnej miere vyladiť, napodobňujú ho, prijímajú väčšinu jeho spontánnych aktivít. Príkladom je napríklad interakčná muzikoterapia, pri ktorej terapeut prostredníctvom hudby reflektuje všetky činnosti dieťaťa. Na podobných princípoch pracuje aj „son-rise therapy“ manželov Kaufmanových, ktorej hlavnou úlohou je dosiahnutie zmeny pohľadu rodičov na dieťa a na základe tejto zmeny dôjde aj k zmene správania sa dieťaťa. Rodičia musia prijať dieťa také, aké je (Říčan et al., 2006).

▪ **Biologické prístupy**

Patria sem lieky, najrôznejšie niekedy aj drastické diéty, vitamínové doplnky a iné doplnky stravy. Psychofarmaká sú určované predovšetkým na ovplyvnenie emočných porúch, jadro autizmu však významnejšie neovplyvnia (Říčan et al., 2006).

Špecifickým problémom vzdelávania detí s autizmom je hlavne to, že neprijímajú informácie z okolitého sveta, alebo je tento príjem veľmi obmedzený a je sprevádzaný veľkými komplikáciami. Je veľmi ťažké naučiť autistické dieťa základným zručnostiam, výsledky sa dostavujú veľmi pomaly a vyžaduje si to systematickú prácu, trpezlivosť, vytrvalosť a dlhodobú pravidelnú prácu celého sociálneho okolia ale hlavne špeciálneho pedagóga.

Proces učenia u autistov prebieha veľmi komplikovane, bránia sa každej zmene, teda aj učeniu. Je potrebné nájsť takú výchovnú stratégiu a také metódy učenia, ktoré by boli určitým kompromisom medzi výchovnými zámermi a požiadavkami a schopnosťami konkrétneho autistu. Aj keď autisti spadajú pod jednu diagnózu, sú rôznorodí a majú svoje individuálne zvláštnosti. Pri ich vzdelávaní je preto nutné postupovať podľa individuálnych programov. Medzi odborníkmi zaoberajúcimi sa touto problematikou doposiaľ nie je zhoda, či majú byť vzdelávaní s intaktnými žiakmi alebo so žiakmi s inými druhmi postihnutí. V praxi sa ale ukázalo, že je efektívnejšie vzdelávanie v samostatných triedach (Švarcová, 2006).

Všeobecným cieľom edukácie každého dieťaťa je v maximálnej možnej miere ovplyvniť jeho vývin. Ide o to, aby dospel na úroveň maximálnej nezávislosti, aby žil úspešný a plnohodnotný život po všetkých stránkach. Tento cieľ edukácie nie je iný ani u autistického dieťaťa. Bežné učenie stavia na schopnostiach, ktoré sú pri autizme kvalitatívne poškodené. Patrí sem reč a komunikácia, sociálne cítenie, schopnosť zovšeobecňovať, schopnosť využiť všetko naučené v praktickom živote. Cieľom edukácie autistov je práve pozitívne ovplyvňovanie poškodených oblastí (Šedibová, 1998).

3.1 Výchovné pôsobenie u detí s autizmom

Začiatok špeciálnej výchovy u detí s autizmom, začiatok špecializovanej prevencie problémov správania sa u autistov je založený na pochopení, že každý potrebuje vo svojom živote predvídateľnosť.

Ako hovoria rodičia, aby postihnutý autizmom bol čo najšťastnejší, mal by:

- mať vo svojom živote určitú mieru predvídateľnosti, necítiť sa akoby jeho život určovala náhoda,
- v čo najväčšej možnej miere byť schopní sa o seba postarať, čiže ovládať sebaobslužné činnosti domáce práce, teda naučiť sa obliekať, vyzliekať, pripraviť si jednoduché jedlo, vedieť zaobchádzať s peniazmi.
- mať vytvorený adaptovaný systém komunikácie, teda vedieť sa vyjadrovať,
- byť schopný tráviť celý deň užitočne, teda pracovať, pretože keď dieťa s autizmom nemá čo robiť, je nešťastné a protivné. Ide tu o vytvorenie pracovných zručností a pracovného správania.
- vo voľnom čase musí byť schopný sa zabaviť, pretože nie všetko je možné predvídať a plánovať. Vo svojom voľnom čase sa musí naučiť vyvíjať iniciatívu.
- naučiť sa žiť v kolektíve a mať radosť zo spoločnosti iných, čo je oblasť sociálnych zručností (Gillberg, Peeters, 2008).

Deti s autizmom sa často prejavujú rôznymi formami nápadného správania, ako sú výbuchy zlosti, kopanie, bitie a hryzenie. Intervencia, ktorá problémy rieši, by mala vychádzať zo znalosti celkového správania dieťaťa, jeho zdravotného stavu a jeho spôsobu reagovania v rôznych situáciách. Ide o využívanie určitého súboru opatrení, ktoré riešia konkrétne spôsoby nevhodného správania (Schopler, 1999).

Postupy, ktoré sa osvedčili pri riešení problémového správania:

- Prevencia nevhodného správania. Snažíme sa predchádzať takým situáciám, z ktorých očakávame nevhodné správanie (Švarcová, 2006).

- Modifikácia nevhodného správania. Nevhodné správanie prichádza hlavne vtedy, ak dieťa nemá čo robiť, preto sa snažíme ponúknuť mu vhodnejšie náhrady, aby nedochádzalo k nevhodnému správaniu a nefunkčným rituálom.
- Zavádzanie postupných zmien. Každú zmenu do života autistu zavádzame veľmi ľahko a po malých krokoch.
- Úprava prostredia. Strach a úzkosť u autistov je často vyvolaná nevhodným prostredím, napríklad ak je prostredie príliš hlučné, je v ňom veľké množstvo osôb a dieťa má nedostatok súkromia. Snažíme sa preto tieto spúšťače nevhodného správania sa eliminovať v najvyššej možnej miere.
- Využívanie kompromisov. Nevhodné návyky je potrebné postupne odstraňovať alebo ich nahrádzať pozitívnymi alebo tolerovateľnými.
- Zavádzanie pravidiel. Závisí od mentálnej úrovne detí, či dohodnuté pravidlá bude dodržiavať. Všetky deti by ale mali vedieť, ktoré ich správanie je odmeňované, tolerované a ktoré je od okolia neprijateľné.
- Sebariadiace techniky. Veľkým problémom u ľudí s autizmom je neschopnosť predvídať a vyrovnávať sa s nečakanými zmenami. Ak týmto zmenám nie je možné predísť, mali by na ne byť vopred pripravení.
- Relaxačné metódy. Ide o využívanie jednoduchých dychových cvičení, rôznych spôsobov navodenia dobrej nálady (obrázkom, hudbou), využívanie tanca, masáží, fyzických cvičení, výtvarnej techniky a pod.
- Využívanie špeciálnych záujmov a schopností. Sem patrí napríklad využívanie matematickej pamäte, technických zručností, práce s počítačom.
- Využívanie rituálov. Dieťaťu pomáha v orientácii sa v čase a priestore aj racionálne usporiadaný priebeh dňa. Dôležité je dodržiavať štruktúru usporiadania dňa. Je potrebné, aby tu bola zabudovaná aj doba, kedy sa dieťa zamestnáva samo. Mnohé rituály podporujú vývin dieťaťa pozitívnym smerom, iné sa môžu javiť ako vývinová brzda. Tieto rituály je potrebné nahradiť inými. Ako rituály sa môže postupne zorganizovať ranné vstávanie, raňajkovanie, odchod do školy, začatie vyučovania a podobne. Dieťaťu rituály uľahčujú priebeh činností a eliminuje to pocit neistoty (Švarcová, 2006).

Čadilová (2007) píše, že cesta k skvalitneniu života ľudí s autizmom a problémovým správaním vedie cez zníženie počtu klientov v domácnosti, zvýšení počtu personálu, rozvoju terénnych služieb, poradenských služieb pre zariadenia, školenie personálu v technikách preventívnych a reštriktívnych, ďalej je to cez skvalitnenie legislatívy a zmenu myslenia personálu.

Najlepší spôsob ako porozumieť autizmu je vychádzať z dojmu, ktoré v nás vyvolá stretnutie s jednotlivými autistickými deťmi. Postihnutie v komunikácii a sociálnych vzťahoch nie je jednostranné, prejavuje sa vo vzťahu i iným ľuďom. Musíme sa preto snažiť porozumieť vzájomnému prepojeniu týchto vzťahov. Nedostatok v sociálnej komunikácii nás prekvapuje len preto, že schopnosť komunikovať a mať sociálne správanie berieme ako samozrejmosť. Skôr by nás ale malo prekvapovať, koľko ľudí má túto schopnosť vrodenu (Beyer, 2006).

3.2 Výchova a vzdelávanie detí s autizmom z hľadiska veku

Ranná starostlivosť o deti s autizmom

Cieľom rannej starostlivosti je znížiť vek diagnózy u detí s jednoznačne vyjadreným autizmom na 18-24 mesiacov a zahájiť čo najskôr špeciálno-pedagogickú starostlivosť, ďalej odpovedať rodičom na základné otázky týkajúce sa prístupu k dieťaťu, pohovoriť si o možnostiach rozvoja, pomoci s čiastkovými úlohami, ako je zlepšenie očného kontaktu, motoriky, komunikácie, navodenie spolupráce. Do rodiny by mal dochádzať terapeut (Thorová, 2006).

Ministerstvo školstva vypracovalo program na zdokonalenie systému raného poradenstva pre rodičov detí so zdravotným postihnutím, detí s viacnásobnými postihnutiami a pervazívnymi vývinovými poruchami (http://www.statpedu.sk/files/documents/vzdelavanie_so_zz/integracia/program_zdokonalenia_poradenstva_deti_zp.pdf, citované dňa).

Program je vypracovaný v súlade s koncepcnými zámerni špeciálneho školstva v oblasti ranej komplexnej špeciálnopedagogickej poradenskej starostlivosti o deti so zdravotným postihnutím

Medzi hlavné body programu patrí napríklad vypracovať koncepciu ranej starostlivosti a poradenstva rodičom alebo zákonným zástupcom detí so zdravotným postihnutím, zabezpečiť väčšiu dostupnosť a skvalitnenie informácií poskytovaných rodičom, pravidelne vydávať a aktualizovať adresáre zariadení špeciálnopedagogického poradenstva, vypracovať, dopĺňať, štandardizovať a vydávať špeciálnopedagogické testy, zamerané na včasné zisťovanie a precizovanie diagnózy, organizovať výcvikové kurzy a školenia v oblasti poradenstva zamerané na aktívnu účasť rodičov v procese komplexnej rehabilitačnej starostlivosti, vytvoriť rodičom možnosti na stretávanie sa a na výmenu skúsenosti, vypracovať metodické príručky a multimediálne programy pre samostatnú rehabilitačnú prácu rodičov v rodinnom prostredí, pravidelne informovať širšiu verejnosť o problematike detí so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami raného veku, prispôbovať personálne obsadenie a finančné krytie zariadení špeciálnopedagogického poradenstva úlohám súvisiacim s prenesením ťažiska starostlivosti poskytovanej zariadeniami špeciálnopedagogického poradenstva do rodiny a pod. (http://www.statpedu.sk/files/documents/vzdelavanie_so_zz/integracia/program_zdokonalenia_poradenstva_deti_zp.pdf, citované dňa 02.01.2012)

Predškolská výchova

Niektoré deti navštevujú špeciálne materské školy, kde dostávajú nadštandardnú starostlivosť v rámci integrácie medzi ostatné deti s iným postihnutím. Program pre deti s poruchou autistického spektra je zvyčajne taký náročný, že pedagogického asistenta potrebuje aj špeciálna materská škola. Niektoré deti majú len miernu formu autizmu, či Aspergerovho syndrómu, preto sú integrovaní do bežných materských škôl (Thorová, 2006).

Ak má byť integrácia úspešná, je potrebné dostatočné posilnenie materskej školy, inak sa prudko znižuje efektivita starostlivosti. V mnohých materských školách funguje integrácia veľmi úspešne (Thorová, 2006).

„Po zosúladení legislatívnych predpisov uplatňovaných v školstve s Dohovorom o právach dieťaťa nie je možné v Slovenskej republike od roku 2000 oslobodiť dieťa od povinnej školskej dochádzky. To znamená, že aj dieťa s pervazívnou vývinovou poruchou ako je napr. detský autizmus, má zabezpečené uplatňovanie práva na vzdelávanie. Úlohou Programu výchovy a vzdelávania detí s autizmom v materských školách je poskytnutie teoretických základov pre úspešnú inštitucionálnu starostlivosť o deti s autizmom a ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami v predškolských zariadeniach a to v špeciálnych materských školách, v špeciálnych triedach materských škôl ako aj pri individuálnej starostlivosti v materských školách bežného typu a pomôcť tak pedagógom, rodičom a najmä dieťaťu aj s tak závažným postihnutím, ako je autizmus, jeho postupné včleňovanie do života spoločnosti.“(http://www.ksuba.sk/vismo/dokumenty2.asp?id_org=451017&id=1236&p1=2327, citované dňa 29.12.2011)

Vzdelávanie v špeciálnych triedach pre deti s poruchami autistického spektra

Tieto triedy so štruktúrovaným programom vznikajú pri špeciálnych školách alebo pri základných školách. Programy sú založené na princípoch behaviorálnej modifikácie, program je plne prispôsobovaný individuálnym osobitostiam dieťaťa s poruchou autistického spektra. Deti sa učia podľa vzdelávacích programov rôznych typov škôl alebo ich kombináciou s prihliadnutím na svoje schopnosti. Prvé triedy začali vznikať pri špeciálnych školách už v deväťdesiatych rokoch, neskôr sa k nim pripojili špeciálne triedy pri základných školách. Sieť týchto zariadení však stále nie je dostatočná. Čo sa týka prijímania žiakov do škôl, situácia je podobná ako u materských škôl. Výhodou špeciálnych programov je individuálny prístup a skúsenosti pedagogických pracovníkov (Thorová, 2006).

Deti integrované v špeciálnych školách a triedach

Mnoho detí s poruchou autistického spektra navštevuje špeciálne triedy, ktoré nie sú zamerané na edukáciu detí s autizmom. Sú to napríklad školy pre žiakov s mentálnym postihnutím, poruchami správania, zraku, sluchu, reči alebo vývinovými poruchami učenia. Výhodou pri tejto forme edukácie je menší počet žiakov v triede a špeciálny pedagóg. Existuje mnoho detí s poruchou autistického spektra, ktoré sú pokojné, nenáročné, majú miernejšiu symptomatiku a neprejavuje sa u nich výrazné problémové správanie. Týmto deťom k efektívnej výučbe stačí využitie prvkov štruktúrovaného učenia a dodržiavanie všeobecných princípov práce s deťmi s autizmom. Náročnejšie deti si už vyžadujú pedagogické posilnenie triedy pomocným vychovávateľom (Thorová, 2006).

Deti integrované v bežných školách

V oblasti vzdelávania detí s autizmom sa stretávajú takmer dve protichodné teórie. Jedna je snahou o maximálnu možnú mieru integrácie týchto detí do bežných škôl a spoločnosti. V škole je potrebné pre dieťa samozrejme zabezpečiť čo najlepšie a najvyhovujúcejšie podmienky. Potrebná je aj práca podľa individuálnych vzdelávacích programov s využitím princípu TEACCH a skoro vždy je nevyhnutná prítomnosť osobného asistenta.

Druhá teória hovorí o vytváraní špecializovaných škôl pre deti s autizmom. Zástupcovia tejto teórie vychádzajú hlavne z predpokladu, že autizmus znamená predovšetkým poruchu sociálnych vzťahov a porozumenie bežnej sociálnej situácie v bežnej detskej skupine je pre tieto deti príliš náročné. Ďalším dôvodom, prečo nie je integrácia vhodná, je aj fakt, že týmto deťom je potrebné zabezpečiť odlišný, špeciálny spôsob komunikácie a učenia. Učenie sa vždy spája s konkrétnymi situáciami a osobami, využívajú sa konkrétne zrkové podnety. Sú preto nutné konkrétne prepracované programy, ktoré vyžadujú spoluprácu špeciálnej školy a rodiny, učitelia by mali mať vždy špeciálny výcvik (Říčan, 2006).

Správne vychovávať autistické dieťa môže len človek, ktorý je schopný plného citového kontaktu. Nemal by to byť vzťah založený na slovách, alebo búrlivých citových výlevoch. Výchova nemôže byť uskutočňovaná len slovami, pôsobí sama osobnosť vychovávateľa.

Vosmik, Bělohlávková (2010) vypracovali najdôležitejšie pozitíva a negatíva, ktoré je dobré si zhrnúť na začiatku integrácie do bežnej základnej školy:

Pozitíva integrácie:

- náročnejšie prostredie školy viac zodpovedá bežnému životu,
- možnosť napodobenia správania v bežnom sociálnom prostredí,
- odbúravanie izolácie, kontakt so zdravými vrstovníkmi,
- lepšia adaptácia na neskoršie štúdium či zamestnanie, ale aj na život v dospelosti,
- zvýšenie sebavedomia rodičov dieťaťa,
- v prítomnosti asistenta je zaistený individuálny prístup,
- podporená túžba niektorých detí patriť medzi bežnú populáciu,
- možnosť rozvíjať do hĺbky špecifický záujem,
- niekedy ide aj o lepšiu dostupnosť školy,
- nezanedbateľný je aj prínos pre zdravú populáciu, ktorá by sa mala stretávať s jednotlivcami s postihnutím, a tak sa učiť tolerancie a pomoci týmto osobám.

Negatíva integrácie:

- chýba ochranné prostredie, čo nevyhovuje individuálnym potrebám dieťaťa,
- sú menej uspokojované špecifické potreby dieťaťa,
- vyššia záťaž, teda aj stres, úzkosť, strach zo zlyhania,
- je vidieť viac problémového správania,
- učiteľom chýba špeciálne pedagogické vzdelanie, majú málo skúseností s edukáciou autistických detí,
- problematickejšia spolupráca medzi rodinou a školou,

- možnosť tlaku rodičov spolužiakov na odchod dieťaťa, napríklad z dôvodu zlej informovanosti, strachu z agresivity alebo pocitu, že tieto deti brzdia vzdelávanie,
- nebezpečenstvo šikanovania,
- sklon k sebahodnoteniu, porovnávaniu so spolužiakmi, nemožnosť zažiť úspech.

Z predchádzajúceho textu vyplýva, že pozitíva a negatíva sú pomerne vyrovnané. Záleží na dieťati, jeho rodičoch, odbornom pracovisku, ale aj na škole, či je integrácia vhodná. Škola zväži, či ju zvládne a hlavne či ju chce zvládnuť. Negatívna integrácie je možné do istej miery minimalizovať, ochranu dieťaťa možno zvýšiť podporou asistenta, úpravou prostredia, vyššiu záťaž kontrolovať v rámci individuálnych vzdelávacích plánov, problémovému správaniu možno čiastočne predchádzať, naprávať ho alebo ho tolerovať, chýbajúce vzdelanie u pedagógov je možné doplniť školeniami a prevencia šikanovania na školách je nutná aj bez integrovaného študenta s handicapom. Po celú dobu integrácie však musíme počítať s tým, že môžu nastať výchovné a vyučovacie problémy (Vosmik, 2010).

Vysoké školy

Mnoho ľudí s Aspergerovým syndrómom vyštudovalo vysokú školu, môžu ale zlyhávať v sociálnych a praktických situáciách a kvôli tomu školu majú problém školu dokončiť, alebo ich vystriedajú niekoľko. Učia sa len informácie, ktoré sami považujú za dôležité, nectia authority, nedokážu sa prispôsobovať sociálnym požiadavkám, ktoré štúdium na vysokej škole do určitej miery vždy vyžaduje. Z týchto dôvodov ľudia s poruchou autistického spektra neprejavujú ctižiadostivosť k dobrému výkonu, skúšky berú ako bežnú súčasť programu, ani hrozba vyhodenia zo školy ich nevedie k vyššiemu úsiliu. A preto aj veľmi talentovaní študenti často školu nedokončia (Thorová, 2006).

Špeciálnopedagogické poradenstvo

Špeciálnopedagogické poradenstvo ako súčasť komplexnej starostlivosti o zdravotne postihnuté deti a mládež by malo plniť svoje poslanie v dvoch rovinách. Vo vertikálnej rovine vo forme poskytovania služieb všetkým vekovým kategóriám, a to od narodenia až po ukončenie prípravy na povolanie. V horizontálnej rovine by malo poskytovať starostlivosť všetkým druhom a kombináciám postihnutí.

„Vo vzájomnom priemere uvedených rovín by sa mala nachádzať problematika vyhľadávania, včasnej diagnostiky a podchytenia zdravotne postihnutých a zdravotným postihnutím ohrozených detí a mládeže, individuálna práca s týmito deťmi, odborná pomoc ich rodinám, predškolským zariadeniam, ich príprava pre vstup do školy, aktívna pomoc rodičom a pracovníkom škôl pri výbere najoptimálnejšieho spôsobu zaškolenia, kompletný poradenský servis deťom, ich rodičom a pedagógom počas celej školskej dochádzky, ako aj v procese výberu povolania a prípravy na povolanie. Vzťah poradenského zariadenia so svojím klientom by nemal byť ukončený vstupom postihnutého do života – pracovného pomeru, ale tieto zariadenia by s ním mali udržiavať aj naďalej neformálny kontakt, pomáhať mu pri prekonávaní rozličných životných situácií a aj takýmto spôsobom spätne získavať cenné informácie pre obohatenie a skvalitnenie vlastnej činnosti“
(http://www2.statpedu.sk/buxus/docs/Pedagogicke_dokumenty/spec_pedag_porad/Koncepcia_SPP.pdf, citované dňa 2.1.2012)

Deti a dospelí v týždenných a celoročných zariadeniach

Rozhodnutie o umiestnení dieťaťa celoročného alebo týždenného zariadenia je výlučne na rodičoch. Je potrebné zdôrazniť, že ide o veľmi ťažký proces, ktorý trvá aj niekoľko rokov. Je viacero možných variant. Dieťa môže napríklad zostať v starostlivosti rodiny až do smrti rodičov. Problém je vtedy, ak rodičia starnú a poskytovanie starostlivosti sa stáva čoraz ťažšie. Ideálne je ak v rodine žijú zdraví súrodenci, a tým dieťa s handicapom nie je stredobodom pozornosti. Chodí do školy a rodina využíva odľahčovacie služby, dieťa strávi niekoľko víkendov mimo rodiny (Thorová, 2006).

Starostlivosť o dieťa s poruchou autistického spektra je vždy nesmierne náročné. Časť z nich je odkázaná na pomoc okolia po celý život. Väčšina dospelých autistov žije v ústavoch sociálnej starostlivosti a je len veľmi málo ústavov, ktoré sú schopné poskytovať ľuďom s poruchou autistického spektra adekvátnu starostlivosť. Stále však vznikajú nové zariadenia. Dúfame teda, že sa tento trend bude pozitívne rozvíjať (Thorová, 2006).

3.3 Vzdelávacie metódy a terapeutické prístupy

Vzdelávanie detí s rôznymi druhmi postihnutí patrí medzi najnáročnejšie. Ide o problém, ktorý sa stal výzvou pre rodiny, školy, odborníkov v mnohých profesiách a pre celú spoločnosť.

TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children)

Na začiatku sedemnástich rokov 20.storočia Eric Schopler prichádza s programom TEACCH, ktorý ku každému dieťaťu pristupuje ako k jedinečnej individualite s vierou, že neexistuje nič ako „normálne“ správanie. Osoby s autizmom majú určité charakteristické črty, v žiadnom prípade však nie sú podradnou skupinou ľudskej spoločnosti (Richman, 2006).

Program TEACCH ako „terapia a vzdelávanie detí s autizmom a poruchami dorozumievania „(Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) vznikol na základe dlhodobých skúseností a spolupráce odboru špeciálneho vzdelávania osôb s autizmom na Univerzite Severnej Karolíny v Chapel Hill a rodičov detí postihnutých autizmom (Švarcová, 2006).

Švarcová (2006) uvádza šesť základných zásad tohto programu, ktoré odborníci získali najmä v spolupráci s rodičmi detí postihnutých autizmom. S rodičmi si vytvorili rovnocenný vzťah a rodičia spolupracovali aj pri vytváraní priorít programu.

Medzi základné zásady patrí:

1. Prispôsobenie. Autizmus si vyžaduje celoživotné úsilie. Švarcová (2006) nesúhlasí s názorom presadzovaným niektorými vysoko váženými odborníkmi, že ak nevyhľadáme špeciálnu starostlivosť, nerobíme nič. Našou úlohou je zlepšiť prispôsobenie každého jednotlivca prostrediu, v ktorom žije. Môžeme to doceliť tým, že budem rozvíjať všetky zručnosti nutné k životu pomocou najpriateľnejších výchovných techník, a ďalej tým, že prostredie upravíme tak, aby deficitom zabránilo.
2. Hodnotenie. Ide o formálne a neformálne posúdenie každého jednotlivca. Formálne sa uskutočňuje pomocou najlepších a najpresnejších testov, aké sú dostupné, neformálne sa realizuje pomocou najlepších pozorovaní, aké sú možné. Podieľajú sa na tom učitelia, rodičia a všetci ostatní, ktorí sú s dieťaťom v pravidelnom kontakte. Stanovenie čo najlepšej individuálnej terapie sa zakladá na porozumení každej individuálnej poruchy učenia alebo správania. Len na základe poznania je možné čo najpresnejšie zhodnotiť vývinové možnosti dieťaťa a navrhnúť optimálne prostriedky jeho rozvíjania.
3. Štruktúrovaná výučba. Autisti mávajú problémy s organizáciou vlastného života, ťažko spracovávajú sluchové informácie a majú výpadky pamäte. Na druhej strane majú zvláštne pamäťové schopnosti, špecifické záujmy a dobre spracovávajú zrkovú informácie. Tieto zručnosti môžeme účinne využiť pri nácviku učenia a nezávislosti. Štruktúrovaná výučba je tiež dôležitá na predchádzanie ťažkostiam v správaní, ktoré sú zdrojom neschopnosti dohovoriť sa a tiež vedú k pocitu sklamaniam.
4. Dávať prednosť rozvoju zručností. Pri učení je dôležité využívať existujúce zručností, rozvíjať ich a rozvíjať aj z nich vyplývajúce nedostatky v znalostiach. Tento prístup je dôležitý pre výučbu detí a dospelých, ale tiež pre rodičov, vychovávateľov a iných odborníkov.
5. Teória správania a poznávanie. Najúčinnějšíe edukačné intervencie a úspešné ovplyvňovanie správania sú založené na behaviorálnej a kognitívnej teórii (Švarcová, 2006).

6. Na základe tejto teórie je možné klienta otestovať a výsledky testov porovnávať s empirickým výskumom a merateľnými hodnotami. Kognitívna teória berie do úvahy rozdiely vo vývine. Ak sa napríklad učíme spontánnu komunikáciu, vychádzame z dosiahnutej úrovne schopnosti dieťaťa dohovoriť sa. Či už komunikujeme pomocou gest, predmetov, obrázkov alebo slov. Analyzujeme dorozumievací zámer, významovú stránku a zvažujeme súvislosti, v ktorých ku komunikácii dochádza. Nové slová učíme v známom prostredí, naopak osvojené slová učíme v nových súvislostiach, napríklad na ihrisku alebo na návšteve u babičky.
7. Celostný model. Od odborníkov, ktorí pracujú s autistickými deťmi očakávame, že si vedia poradiť so širokou škálou problémov spojených s autizmom bez ohľadu na to, aká je ich špecializácia. Tento model nás učí pozerať na dieťa očami rodičov, pretože predpokladá, že práve rodičia poznajú svoje dieťa najlepšie, bez ohľadu na to, či má, alebo nemá špeciálne potreby (Švarcová, 2006).

Vzdelávací program Higashi

Jedným z celostných programov je japonský model vzdelávania pre deti s autizmom „Daily life therapy – Higashi“ (japonský výraz pre nádej). Program v šesťdesiatich rokoch 20. storočia založila Kyio Kitahara. Medzi hlavné princípy práce zaradujeme:

- Učenie v skupine – inštrukcie podávané v skupine dvoch až štyroch detí ,
- Rutinou k samostatnosti – vysoko štruktúrovaný denný program, ktorý zaisťuje predvídateľnosť (nácvik jednej pesničky sa opakuje každý deň a trvá týždeň až mesiac, každá hodina začína sériou rovnakých cvičení a pod.)
- Učenie imitáciou – nápodoba hrubej motoriky (fyzické cvičenia), vizuomotorická nápodoba (výtvarná výchova), verbálna imitácia (všetky hodiny). Deti, ktoré nerozprávajú sú vedené k vokálnej nápodobe.
- Dôraz na fyzické cvičenie – konštruktívny spôsob, ako vyhovieť sklonu detí k ritualistickému správaniu a pohybovým stereotypom (Thorová, 2006).

Deti behajú po vonku dvakrát až trikrát denne 20 minút, tie ktoré nebehajú sú vedené ku chôdzi. V priebehu dňa sa ďalej zúčastňujú dvoch ďalších športov a fyzických cvičení.

- Výtvarná a hudobná výchova – nevyhnutná súčasť programu, všetky aktivity sú vysoko štruktúrované (Thorová, 2006).

Behaviorálne prístupy, intenzívna raná intervenčná terapia

V práci s ľuďmi s poruchami autistického spektra sa ukázali ako najúčinnšie štruktúrované učenie, ktoré využíva behaviorálne techniky. Propagátorom takehoto prístupu, ktorý sleduje potreby konkrétneho dieťaťa a stal tím pracovníkov kalifornskej univerzity vedený Ivarom Lovaasom. Ide o prepracovaný štruktúrovaný a intervenčný program, ktorý sa používa u ľudí s poruchami autistického spektra. Je rozložený do niekoľkých oblastí, ktoré sú podrobne rozpracované do čiastkových krokov, ktoré si dieťa musí postupne osvojiť.

Program vychádza z princípov behaviorálnej terapie, jeho cieľom je úprava rôzneho správania (emočného, jazykového, sociálneho). Výrazne sa tu pracuje so systémom pozitívneho odmeňovania. Metóda sa vyhýba trestom, negatívna reakcia je len dôrazné „nie“ alebo ignorácia. Program sa vytvára individuálne pre každé dieťa, práca a pokroky sú starostlivo zaznamenávané do podrobného inventára. K rozboru správania sa a jeho príčin slúži ucelená metodika aplikovanej behaviorálnej analýzy.

Niet pochyb o tom, že behaviorálne techniky sú do určitej miery úspešné a v intervencii zohrávajú dôležitú úlohu. Môžu sa efektívne využívať k zlepšovaniu deficitov, k zmierňovaniu a redukcii problémového správania, ktoré so sebou pervazívne vývinové poruchy prinášajú. Na druhú stranu na behaviorálnu intenzívnu intervenciu nemožno pozeráť ako na prostriedok, ktorý dokáže autizmus u dieťaťa vyliečiť. Ďalšou prekážkou na rozšírenie tejto terapie je vysoká finančná a časová náročnosť. Rigidita prístupu, prílišná intenzita individuálnej práce a malý dôraz na bežné detské aktivity, ktoré dieťaťu prinášajú radosť, bývajú zdrojom kritiky odborných pracovníkov (Thorová, 2006).

Aplikovaná behaviorálna analýza je teda metóda, pomocou ktorej pozorujeme a hodnotíme správanie a učíme novému správaniu. Správaniu možno porozumieť, ak podrobne posúdime súbor okolností pred a po sledovanom správaní. Až potom môžeme začať meniť správanie, učiť novému správaniu. Existujú dva spôsoby, ako teóriu učenia a aplikovanú behaviorálnu analýzu využiť. Je to učenie postupnými krokmi a príležitostné učenie. Pri výučbe postupnými inštruktor ponúkne dieťaťu diskriminačný stimul, teda inštrukciu a čaká na reakciu dieťaťa. Ak dieťa reaguje správne, učiteľ jeho správanie posilní pochvalou, po prípade odmenou za dobre vykonanú prácu. Ak dieťa reaguje nesprávne, inštruktor ho okamžite navedie tak, aby reagovalo správne. Dieťa je teda vedené tak, aby sa učilo správnej reakcii na danú inštrukciu. Postupné učenie je veľmi výhodné. Poskytuje dieťaťu intenzívne učenie a priamu spätnú väzbu. Učenie je individuálne s prihliadnutím na potreby dieťaťa, napredovanie dieťaťa je zaznamenávané zápisom každého kroku. Pri príležitostnom učení ide o učenie po celý deň. Realizuje sa úpravou podmienok alebo zámerným prístupom dieťaťa k určitým predmetom. Dieťa tak musí iniciovať kontakt a požiadať o vec, ktorú potrebuje. Zručnosť požiadať o niečo je teda príležitostným učením.

Prehľad všetkých behaviorálnych postupov je veľmi obsiahly. Iná stratégia môže byť použitá na vyučovaní v škole a iná doma (Richman, 2006).

Komunikačná terapia – augmentatívna a alternatívna komunikácia

Ucelenou metodikou je napríklad britský PECS (Picture Exchange Communication System), ktorý je známy aj ako VOKS - výmenný obrázkový komunikačný systém. Tento systém bol pôvodne vytvorený v USA, neskôr sa rozšíril do ďalších štátov v Severnej a Južnej Amerike, v Európe s ním prvé skúsenosti získalo Anglicko. VOKS je podrobne rozpracovaný do jednotlivých lekcií, pričom dieťa postupuje od motivačnej výmeny jedného obrázku za požadovaný predmet, cez diferenciáciu obrázku, tvorbu tabuliek s odoberajúcimi sa obrázkami, až po tvorbu zmysluplných viet. Skúsenosti z USA potvrdzujú, že pomerne vysoké percento detí začne verbálne komunikovať (Valenta, Müller, 2007).

Augmentatívna a alternatívna komunikácia sa využíva hlavne u nehovoriacich detí alebo ako podporný systém v predškolskom veku do pu hovoriacich detí, ktoré majú nedostatočný vývin reči. Patrí sem nácvik znakov, používanie piktogramov, symbolov, písanie a čítanie slov.

Komunikačná terapia sa snaží u dieťaťa rozvíjať a navodiť všetky potrebné funkcie komunikácie. Mnohé z nich je potrebné precvičovať aj u hovoriacich autistických detí. Prostriedky sa vyberajú podľa schopnosti dieťaťa, nacvičuje sa aj ich kombinácia (postoj, očný kontakt, verbálne spojenie a pod.). Táto forma komunikácie slúži na vyjadrovanie súhlasu a nesúhlasu, pocitov, popis činností, získanie pozornosti, žiadosti napríklad o jedlo, pitie, hračku, ďalej slúži na podávanie a získavanie informácií a tiež k sociálnej komunikácii, na vyjadrenie túžby po fyzickom kontakte, utešovanie druhých a pod. (Thorová, 2006).

Interaktívne prístupy

Pri niektorých autistických deťoch štruktúrujeme prostredie a činnosť, u iných môžeme využiť príjemné aktivity a nenáročné prostredie, kde sa dieťa cíti dobre a nie je tam množstvo podnetov na jeho rozptýlenie (Thorová, 2006).

Herná a interaktívna terapia

Herná terapia je doporučená aj ako súčasť vzdelávacieho programu s väčšou či menšou mierou štruktúry v závislosti na individuálne potreby dieťaťa. S dieťaťom sa pracuje v prirodzenom prostredí, dôraz sa kladie na komunikáciu, pričom sa využívajú rôzne techniky v závislosti na orientáciu terapeuta. Herné situácie môžu byť spontánne alebo štruktúrované. Dieťa sa zapája do jednoduchých fyzických hier, sociálne interaktívnych hier, kolektívnych hier, učí sa chápať pravidlá. K hlavným cieľom, ktoré herná terapia sleduje, sú zlepšenie úrovne myslenia a uvažovania, predovšetkým v oblasti symbolických funkcií, ďalej zlepšenie komunikácie cez gestá, znaky, slová a vývin emócií a sociálneho správania cez herné vzťahy s vrstovníkmi a dospelými (Thorová, 2006).

Herné techniky sa považujú za dôležitú súčasť práce a kontaktu s dieťaťom. Využívajú sa v školskom a domácom prostredí. Vhodnou podpornou metódou sa javí videotréning interakcie, pri ktorom sa rôzne situácie natáčajú na kameru a následne rozoberajú. Následne videozáznam a terapeut pomáhajú poskytnúť učiteľovi či členom rodiny spätnú väzbu, pričom terapeut na základe rozboru videa poradí, ako ďalej rozvíjať komunikáciu a interakciu, pomôže aj s rozborom problematických situácií (Thorová, 2006).

Muzikoterapia

Táto terapia počíta s tým, že hudba uľahčuje prejavy emócií, sociálnu interakciu, otvára komunikačné kanály, umožňuje relaxáciu. Dôležitú úlohu tu zohráva vzťah terapeuta a dieťaťa. Muzikoterapia býva súčasťou školského vzdelávania v špeciálnych školách, využíva sa často v komunikačnej terapii. Využívanie hudby v terapeutickom procese je veľmi rôznorodé, aplikuje sa množstvo techník. V rámci interaktívnej muzikoterapie rodič pracuje s dieťaťom a muzikoterapeutom na podpore vzájomnej interakcie hudbou. Ďalším smerom je aktívna improvizovaná hudobná terapia, pri ktorej sú ľudia povzbudzovaní terapeutom k rôznorodej hudobnej produkcii. Hudba, či už aktívna, alebo pasívna má veľmi pozitívny dopad na vývin dieťaťa, aj keď aj tu existujú výnimky. Niektorým deťom s poruchou autistického spektra hudba prekáža. Mnohí terapeuti sa prikláňajú k názoru, že muzikoterapia podporuje emocionálnu komunikáciu a vie byť prostredníkom pre rozvoj sociálnej interakcie. Mnoho detí s autizmom má hudbu a určité zvuky veľmi rado, u tejto skupiny sa muzikoterapia javí ako veľmi efektívna podporná metóda rozvoja (Thorová, 2006).

K hlavným metódam aktívnej muzikoterapie patrí napríklad hudobná improvizácia, ktorá je založená na spontánnosti ľudského prejavu, ktorý umožňuje prirodzené vyjadrovanie a správanie sa klienta. Ďalšou metódou je spev piesní, písanie a kompozícia hudby, hudobné vystúpenie a hudobná interpretácia, ktorá je založená na reprodukcii vopred známeho hudobného materiálu a umožňuje klientom zbaviť sa strachu a úzkosti (Valenta, Müller, 2007).

Zooterapia

Pri ľuďoch s poruchami autistického spektra sa stretávame s rôznymi reakciami na zvieratá. Niektorí reagujú veľmi váhavo, iní majú veľkú radosť z tejto aktivity.

Poznáme hipoterapiu, u ktorej ide o interakciu s koňom. Jazda na koni má pritom aj fyzioterapeutické účinky, dochádza pri nej k pozitívnemu ovplyvneniu svalového napätia a rôznych motorických funkcií. Samozrejme dôležitá je tiež radosť z aktivity (Thorová, 2006).

Hipoterapia je podľa jedného z klasických svetových modelov súčasťou tzv. hiporehabilitácie, v zmysle zmiernenia až odstránenia hendikepu pomocou práce s koňom a jazdenia na koni. Súčasťou hipoterapie sú tiež pedagogicko-psychologické jazdenie a športové a rekreačné jazdenie hendikepovaných (Valenta, Müller, 2007).

Medzi ďalšie zooterapie zaraďujeme aj canisterapiu. Ide o terapiu, ktorá je založená na kladnom vzťahu dieťaťa so psom, pričom sa jej zúčastňuje psovod, dieťa a pedagóg. Dieťa za pri terapii učí najrôznejším zručnostiam a schopnostiam, pričom rovnaký princíp sa uplatňuje aj pri plávaní s delfínmi. Plávanie s delfínmi je pre deti veľmi zábavná a obľúbená aktivita, ktorá je spojená s prospešným pohybom vo vode. Táto terapia sa však v našej zemi využíva veľmi zriedkavo, pretože cestovanie do zahraničia a niekoľko mesačný pobyt tam je strata peňazí a času (Thorová, 2006).

Canisterapia pôsobí na pozitívne zmeny v oblasti prežívania, nadväzovania vzťahov, v kognitívnych, motorických, verbálnych a neverbálnych funkciách a podobne (Valenta, Müller, 2007).

Relaxácia

Naučiť relaxovať deti s autizmom je nesmierne dôležité pre ich krehký nervový systém, ktorý veľmi ľahko podľahne preťaženiu. Relaxácia redukuje úzkosť a stavy napätia, zvyšuje schopnosť dieťaťa odolávať frustrácii, a teda aj prijímať nové informácie. Odpočinok a relaxácia by sa mali stať pevným bodom domáceho aj školského programu, je preto vhodné prispôbiť domáce a školské prostredie (Thorová, 2006).

Každé dieťa pritom uprednostňuje iný spôsob relaxácie, čo niektoré dieťa jednoznačne uprednostňuje, iné vôbec nezaujíma. Poznáme rôzne relaxácie, napríklad zraková, dotyková (masáže, kúpele, zábaly, sexuálna autostimulácia), čuchová (aromaterapia), sluchová (počúvanie hudby, meditačné zvuky), fyzický pohyb (trampolína, skákanie na lopte, prechádzky, jazda na bicykli) a tzv. senzorická diéta, pri ktorej ide o možnosť poležať si alebo sa venovať obľúbenej činnosti v pokoji bez vyrušovania, mnoho detí si potrebuje odpočinúť od ľudí, mať možnosť nerušenej chvíle v súkromí môže výrazne zredukovať problémové správanie (Thorová, 2006).

Snoezelen

„Snoezelen je multifunkčná metóda, ktorá sa realizuje v obzvlášť príjemnom a upravenom prostredí pomocou svetelných a zvukových prvkov, vôní a hudby, pričom jej cieľom je vyvolanie zmyslových pocitov. Je učená najmä pre osoby s vývinovými poruchami, s mentálnym, telesným alebo viacnásobnými postihnutím, s poruchou autistického spektra, poruchami správania, s psychickými poruchami, traumatickým poranením mozgu, u ľudí s demenciou a u chronicky chorých pacientov. Snoezelen je využívaný v mnohých zariadeniach ako sú špeciálne materské a základné školy, integračné centrá, domovy sociálnych služieb, rehabilitačné centrá, denné stacionáre, hospice a iné. S metódou snoezelen pracujú odborníci z rôznych profesií, najmä liečební a špeciálni pedagógovia, psychológovia a psychoterapeuti, zdravotní, rehabilitační pracovníci, fyzioterapeuti a vychovávatelia.“(<http://www.snoezelen.sk/cojesnoezelen-teoretickyuvod.htm>, citované dňa 28.12.2011)

Rozlišujú sa rôzne spôsoby využitia snoezelenu, ako forma terapie, edukácie a využitia voľného času. Ako terapia je snoezelen zaradený podľa neurofyziologického základu do psychomotorickej terapie, kedy je riadená lekárom alebo terapeutom. Je integrovaná aj v terapeutickom koncepte ergoterapie a fyzioterapie, najmä v metódach senzorickej integrácie a mototerapie. (<http://www.snoezelen.sk/cojesnoezelen-vyuzitievpraxi.htm>, citované dňa 28.12.2011).

Ako forma terapie je snoezelen zameraný na podporu výchovno-vzdelávacieho procesu na školách. Je aplikovaný s prihliadnutím na špecifiká jednotlivca s cieľom podpory kognitívnych procesov, všeobecnej aktivácie učenia, rozšírenia poznávania a skúseností v okolitom svete, podpory vnímania, zlepšenie koncentrácie, socializácie a integrácie do sociálnych štruktúr a tie sa používa aj ako uvoľnenie.

Posledným spôsobom je využitie snoezelenu vo voľnom čase. Ide o ponúkanie nových zážitkov, fyzického i psychického upokojenia, zotavenia, harmonizácie, načerpania síl a výber príjemných aktivít. Dá sa tiež aplikovať bez plánovaného terapeutického alebo pedagogického zámeru. Jednou z najdôležitejších zásad je však sloboda voľby, voľnosť a dostatok času (<http://www.snoezelen.sk/cojesnoezelen-vyuzitievpraxi.htm>, citované dňa 28.12.2011).

Medzi pozitívne výsledky tejto terapie u klientov s autizmom patrí zvýšená schopnosť relaxácie a uvoľnenia sa, zvýšená schopnosť koncentrácie a dlhšie zotrvanie pri aktivite, zlepšenie porozumeniu individuálneho zmyslového vnímania, zmena senzitivity, rozvoj sociálnych a komunikačných zručností, zlepšenie interakcie medzi personálom a klientom, zvýšenie iniciatívy a spontánnosti, rozšírenie repertoáru schopností, redukcia potreby sebastimulujúceho správania, zníženie agresivity, stretu a napätia (<http://www.snoezelen.sk/skupiny-autizmus-04vplyv.htm>, citované dňa 28.12.2011).

Aktivity

Nie každá aktivita vyhovuje každému dieťaťu, preto je potrebné voliť ich individuálne. Nuda a ničnerobenie je zdrojom problémového správania a vedie k celkovému zhoršeniu psychického stavu dieťaťa. Táto skutočnosť pritom platí pre všetkých ľudí bez výnimky. Motivácia je to, čím sa ľudia od seba navzájom odlišujú. Významnou súčasťou práce terapeuta je aj práca s motiváciou klienta k aktivite (Thorová, 2006).

Arteterapia

Arteterapiu môžeme v užšom zmysle slova vymedziť ako aplikáciu prostriedkov výtvarného umenia, ktorá je použitá za účelom meniť ľudské správanie, myslenie, emócie a ďalšie osobné predpoklady (Valenta, Müller, 2007).

Arteterapia podporuje rozvoj mnohých mentálnych funkcií, je teda pre deti veľmi prínosnou súčasťou výchovy a vzdelávania. Samotné sebavyjadrenie v procese tvorenia má veľký význam pre psychický rozvoj dieťaťa. Navodzuje dieťaťu príjemný pocit a prináša mu radosť z výsledku. Výtvarné techniky, ktoré využíva skupinová, či individuálna terapia, sú prispôsobené veku, schopnostiam a individuálnym preferenciám dieťaťa. Najčastejšie sa využíva tematická alebo voľná maľba, kaširovanie, koláž, jednoduchá grafika (linoryt), vosková batika. Niektoré deti bez tvorivého potenciálu môžu postupovať podľa naučených šablón, prináša im to rovnakú radosť ako deťom, ktoré pracujú kreatívne. Mnoho detí s poruchou autistického spektra kreslí veľmi originálne a za ich dieťa by sa nemusel hanbiť ani akademický maliar (Thorová, 2006).

Ergoterapia

Jej cieľom je predovšetkým nácvik pracovných zručností a pracovného správania, funkčný nácvik náplne pracovného či voľného času a zvýšenie sebaobslužných zručností. Činnosti by mali byť štruktúrované tak, aby dávali zmysel. Samostatnosť a schopnosť dobre vykonávať určité činnosti vedie k vyššej životnej spokojnosti a lepšiemu sebahodnoteniu. Súčasťou ergoterapeutických programov by mal byť aj nácvik sebaobslužných a domácich prác (Thorová, 2006).

Praktický rozdiel medzi činnosťou a pracovnou terapiou je teda minimálny. Hlavným záchytným bodom môže byť len skutočnosť, že ergoterapia smeruje ku konkrétnemu výrobku, k výsledku práce. U mládeže a dospelých klientov sa terapeutické ciele dosahujú hlavne prostredníctvom práce s textilom, drevom, prírodnými materiálmi, papierom, kovom, umelými hmotami a nácvikom v oblasti praktického života (Valenta, Müller, 2007).

U detí predškolského veku a mladšieho školského veku pracovná terapia využíva detskú hru, ktorá je imitovaná do každodennej práce alebo profesie, ale veľkú úlohu tu zohráva tiež sebaobsluha a hygiena (Valenta, Müller, 2007).

K najzákladnejším zručnostiam, ktoré rozvíja ergoterapia patrí rozvoj jemnej motoriky od úchopu, koordinácie pohybu, jemné cielenie, reťazenie drobných pohybov do komplexných činností, až po spoluprácu oboch rúk.

Manuálna práca na niektorých ľuďoch s poruchou autistického spektra pôsobí veľmi upokojujúco. V rámci ergoterapeutických programov sa pri práci s ľuďmi osvedčili rôzne textilné techniky, výroba sviečok, keramika a modelovanie. Niektoré deti majú skvelý cit pre farby a ich výrobky sú tiež veľmi originálne (Thorová, 2006).

Fyzioterapia a pohybová aktivita

V širšom zmysle slova sem okrem rehabilitácie zaraďujeme aj iné pohybové aktivity, ktoré sú prospešné pre dobrý vývin ľudí s poruchou autistického spektra. Tieto aktivity by mali byť súčasťou každodenného programu, patria sem prechádzky, telocvik, jazda na bicykli, plávanie, trampolína a podobne. Prirodzené uvoľňovanie endorfínu pri pohybových aktivitách vedie k zníženiu problémového správania, navodeniu dobrej nálady a k zvýšeniu schopnosti prijímať nové informácie (Thorová, 2006).

Farmakoterapia

Čo sa týka liečenia autizmu, bolo už vyskúšaných množstvo liekov. Na začiatku boli u niektorých výsledky veľmi sľubné, následne sa však často preukázala ich neúčinnosť. Nejedná sa výlučne o psychofarmaká, ale aj injekcie serotonínu, megavitamínové dávky a podobne.

V súčasnosti je už zrejmé, že neexistujú lieky, ktoré by vyliečili autizmus, ale niektoré z nich môžu liečiť či pozitívne ovplyvniť pridružené ťažkosti, ktoré často poruchu autistického spektra sprevádzajú. Môžu tým podstatne prispieť k zlepšeniu a skvalitneniu života ľudí s autizmom (Thorová, 2006).

Dôležitý je tiež fakt, že užívanie liekov je neúčinné, ak nie sú kombinované s inými bahaviorálnymi technikami, zapojením dieťaťa do ďalšieho vzdelávania a dospelého do terapeutických a bežných každodenných aktivít. Veľkú pozornosť je potrebné venovať práci s prostredím.

V oblasti farmakoterapie sa stretávame s dvomi nesprávnymi prístupmi. Jedným je nadmerné prepisovanie liekov a druhý je všeobecný strach z liekov a ich vedľajších účinkov. Pričom nesmieme zabúdať na fakt, že zlepšenie psychického stavu dieťaťa má pozitívny vplyv na učenie a adaptáciu.

Farmakoterapia je ako terapia zvolená hlavne pri stavoch úzkosti, depresie, obsednatno-kompulzívnom správaní, pri problémoch so spánkom, hyperaktivitou, sebazraňovaním, agresivite, emocionálnej labilite, deštruktívnom správaní. Niekedy je užívanie liekov krátkodobé, inokedy je potrebné dlhodobá liečba. Dôležitým je aj prístup lekára, ktorý si získa dôveru rodičov a poskytne im priestor pre diskusiu a vyslovenie názorov na účinky liečby. Na nezapltenie sú aj predchádzajúce skúsenosti lekára s ľuďmi s poruchou autistického spektra (Thorová, 2006).

PRAKTICKÁ ČASŤ

4. Popis výskumu

Táto diplomová práca sa orientovala na autistické deti a na možnosti výchovy a vzdelávania, ktoré im v súčasnej dobe ponúka spoločnosť. V praktickej časti bolo cieľom zistiť možnosti zefektívnenia výchovy a vzdelávania autistických detí. Výskumné šetrenia sa orientovali hlavne na to, ako sa tieto autistické deti vychovávajú a vzdelávajú podľa dostupných programov a individuálnych plánov. Výskumná časť sa realizuje prevažne v špeciálnych základných školách. Tieto majú dlhodobé skúsenosti a venujú sa hlavne výchove a vzdelávaniu detí s rôznymi druhmi postihnutia. Sú tu deti, ktoré majú diagnostikovanú mentálnu retardáciu, agresivitu, schizofréniu, telesné postihnutia, taktiež deti s viacnásobným postihnutím. Tiež sa v nich nachádzajú deti postihnuté autizmom.

4.1 Cieľ výskumu

Cieľom výskumu je :

- Analyzovať dieťa postihnuté autizmom
- Zistiť možnosti zefektívnenia výchovy a vzdelávania detí s autizmom

4.2 Hypotézy výskumu

H1: predpokladáme, že úroveň komunikácie u detí s autizmom výrazne ovplyvňuje možnosti ich edukácie

H2: predpokladáme, že agresivita negatívne ovplyvňuje edukačný proces

H3: predpokladáme, že problémy v sociálnych vzťahov výrazne pôsobia na mieru efektivity vyučovacieho procesu

4.3 Použité metódy

So zámerom získať informácie o možnostiach výchovy a vzdelávania autistických detí boli použité tieto metódy :

Prípravná fáza výskumu:

- metóda analýzy dokumentov – tu sa opieram o dostupné informácie z odbornej literatúry, časopisov a internetových stránok.

Realizačná fáza výskumu:

- použijeme dotazník, ktorý ponúka anonymitu respondentov. Ide o súbor otázok predkladaný v štandardizovanej podobe za účelom získania špecifických údajov.

Záverečná fáza výskumu:

- v tejto fáze ide o vypracovanie a vyhodnotenie získaných údajov, na základe ktorých sa vyvodzujú závery a odporúčania pre prax.

4.4 Harmonogram postupu

November 2010 - zadanie diplomovej práce

December 2010 - spracovanie projektu

Január – Marec 2011 - štúdium literatúry

Marec 2011 – December 2011 - výskumná činnosť v špeciálnych zariadeniach

Október – December 2011 - spracovanie teoretickej časti

Január – Február 2012 - spracovanie výskumnej časti

Marec 2012- dokončenie diplomovej práce

4.5 Charakteristika výskumnej vzorky a lokality výskumu

Výskum som realizovala prostredníctvom dotazníka, ktorý bol rozposlaný do dvoch inštitúcií. Prvou bola Špeciálna základná škola v Ružomberku, ktorá zabezpečuje výchovu a vzdelávanie žiakov s rôznym stupňom mentálneho a kombinovaného postihnutia, žiakom chorým a zdravotne oslabeným, umiestneným v zdravotníckych zariadeniach, ktorí sa vzhľadom na svoje mentálne alebo zdravotné postihnutie nemôžu vzdelávať v základnej škole. Druhou inštitúciou bola Špeciálna základná škola sv. Jozefa v Turzovke, ktorá je súčasťou detského domova. Táto inštitúcia má dlhodobú tradíciu, venuje sa hlavne výchove a vzdelávaniu detí s rôznymi druhmi postihnutia. Deťom sa tu venujú kvalifikovaní zamestnanci a detský domov spolupracuje so špeciálnym pedagógom a psychológom.

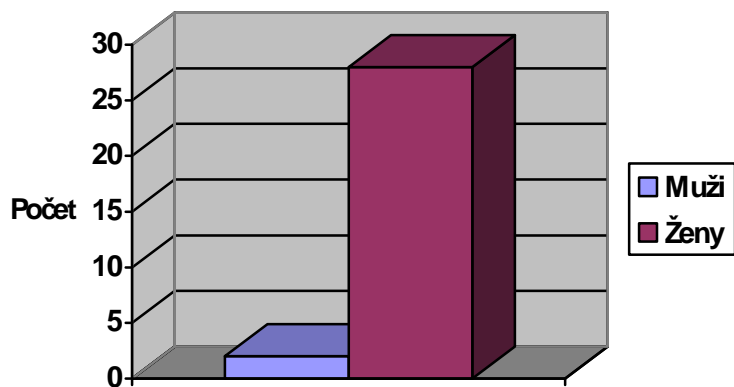
Bolo rozposlaných 35 dotazníkov, pričom celková návratnosť bola 30 dotazníkov. Prieskumu sa teda zúčastnilo 30 respondentov, ktorí majú skúsenosti s deťmi s poruchou autistického spektra. Pri jeho realizácii mi veľmi pomohol pedagogický personál, ktorý deti už veľmi dobre pozná. Odpovedali mi na mnohé otázky týkajúce sa môjho výskumu.

Výskumnú vzorku tvorilo teda 30 pedagógov, pričom z nich bolo 28 žien (93,3%) a 2 muži (6,67%).

Tab. 1: Zastúpenie respondentov podľa pohlavia

Pohlavie	Počet	%
ženy	28	93,3
muži	2	6,7
Spolu	30	100

Graf 1: Zastúpenie respondentov podľa pohlavia



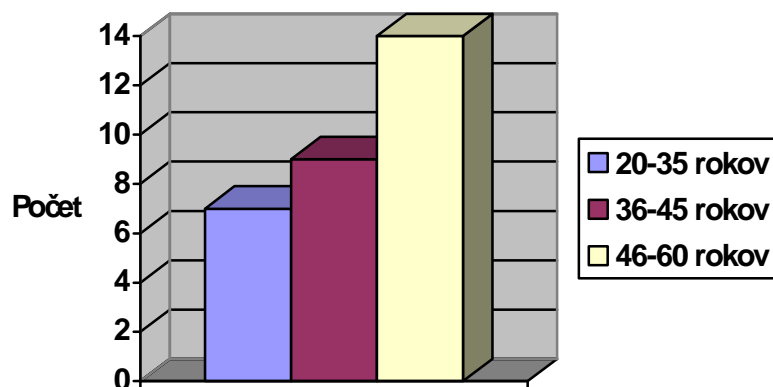
Zdroj: Dotazník

Vekovú štruktúru respondentov som rozdelila do troch skupín. Z údajov v tabuľke Tab. 2 vidieť, že prvá veková hranica bola od 20 do 35 rokov, pričom túto skupinu predstavuje 7 osôb (23,3%), druhá hranica bola od 36 do 45 rokov (30%) a tretia hranica bola v pásme od 46 do 60 rokov (46,6%).

Tab. 2: Zastúpenie respondentov podľa veku

Veková skupina	Počet	%
20-35 rokov	7	23,3
36-45 rokov	9	30
46-60 rokov	14	46,6
Spolu	30	100

Graf 2: Zastúpenie respondentov podľa veku



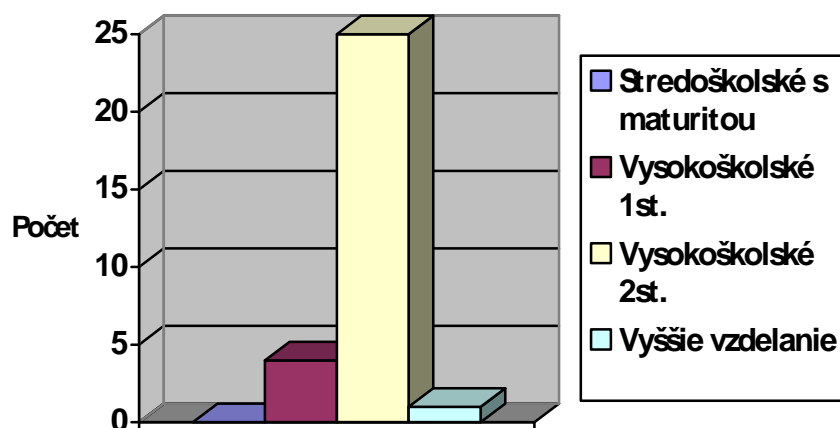
Zdroj: Dotazník

Ďalšia demografická otázka bola zameraná na najvyššie dosiahnuté vzdelanie respondentov. Z údajov z Tab. 3 vidieť, že všetci respondenti mali dosiahnuté vyššie vzdelanie ako stredoškolské s maturitou, pričom vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa mali 4 respondenti (13,3%), vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa mali 25 respondentov (83,3%) a vyššie vzdelanie mal 1 respondent (3,3%).

Tab. 3: Najvyššie dosiahnuté vzdelanie respondentov

Dosiahnuté vzdelanie	Počet	%
Stredoškolské s maturitou	0	0,0
Vysokoškolské prvého stupňa	4	13,3
Vysokoškolské druhého stupňa	25	83,3
Vyššie vzdelanie	1	3,3
Spolu	30	100,0

Graf 3: Najvyššie dosiahnuté vzdelanie respondentov



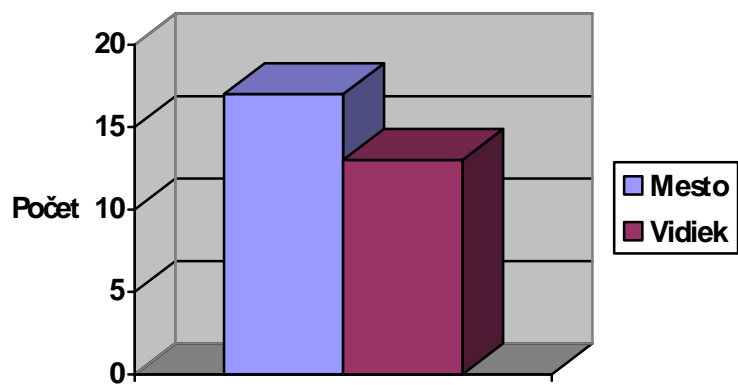
Zdroj: Dotazník

Výskumnú vzorku tvorilo celkovo 30 pedagógov, pričom 13 respondentov (43,3%) pochádzalo z vidieka a 17 (56,7%) z mesta.

Tab. 4: Zastúpenie respondentov podľa lokality

Miesto bydliska	Počet	%
Mesto	17	56,7
Vidiek	13	43,3
Spolu	30	100,0

Graf 4: Zastúpenie respondentov podľa lokality



Zdroj: Dotazník

4.6 Interpretácia výsledkov

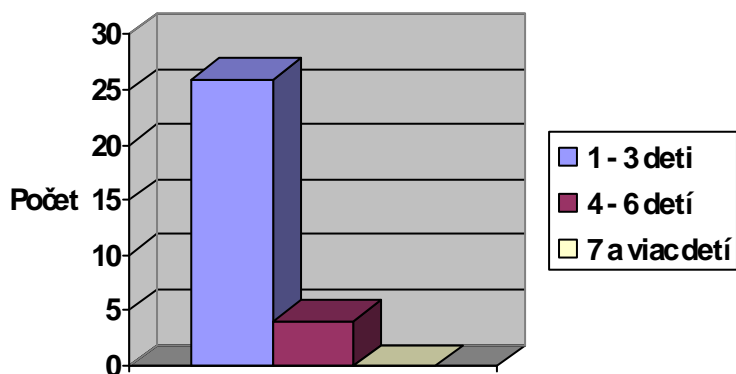
Otázka č.1: Koľko detí s poruchou autistického spektra vyučujete?

V tejto otázke sme zisťovali, koľko detí s poruchou autistického spektra respondenti vyučujú, pričom mali na výber tri kategórie. V Tab.č.5 vidieť, že 1-3 deti vyučuje 26 (86,7%) opýtaných a 4-6 detí vyučujú 4 (13,3%) respondenti. V tretej kategórii sme mali 7 a viac detí. Túto skupinu neoznačil ani jeden respondent.

Tab. 5: Počet vyučovaných detí s poruchou autistického spektra

Alternatíva	Počet	%
1 - 3	26	86,7
4 - 6	4	13,3
7 a viac	0	0
spolu	30	100

Graf 5: Počet vyučovaných detí s poruchou autistického spektra



Zdroj: Dotazník

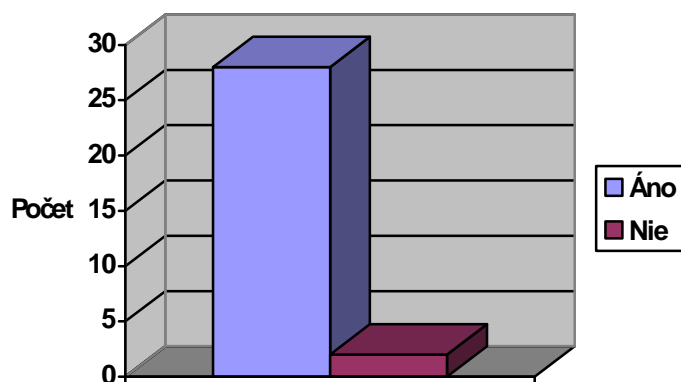
Otázka č.2: Máte skúsenosti s agresivitou autistického dieťaťa?

V tejto otázke mali respondenti na výber dve možnosti. Áno odpovedalo 28 respondentov (93,3%) a nie 2 (6,7%) respondenti.

Tab. 6: Skúsenosti respondentov s agresivitou u autistických detí

Alternatíva	Počet	%
Áno	28	93,3
Nie	2	6,7
Spolu	30	100

Graf 6: Skúsenosti respondentov s agresivitou u autistických detí



Zdroj: Dotazník

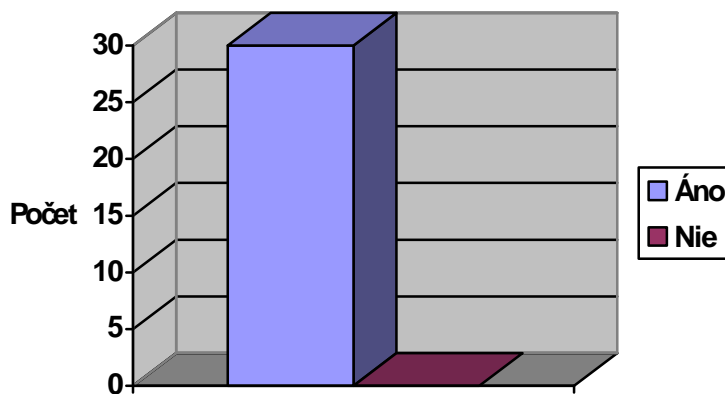
Otázka č.3: Ovplyvňuje podľa Vás agresivita kvalitu vyučovacieho procesu?

Na túto otázku odpovedali zhodne všetci respondenti. V Tab.č.7 vidieť, že všetkých 30 (100%) opýtaných tvrdí, že agresivita ovplyvňuje kvalitu vyučovacieho procesu.

Tab. 7: Vplyv agresivity na vyučovací proces

Alternatíva	Počet	%
Áno	30	100
Nie	0	0
Spolu	30	100

Graf 7: Vplyv agresivity na vyučovací proces



Zdroj: Dotazník

Otázka č.4: Napíšte, čo je podľa Vás najčastejším spúšťačom agresívneho správania u detí.

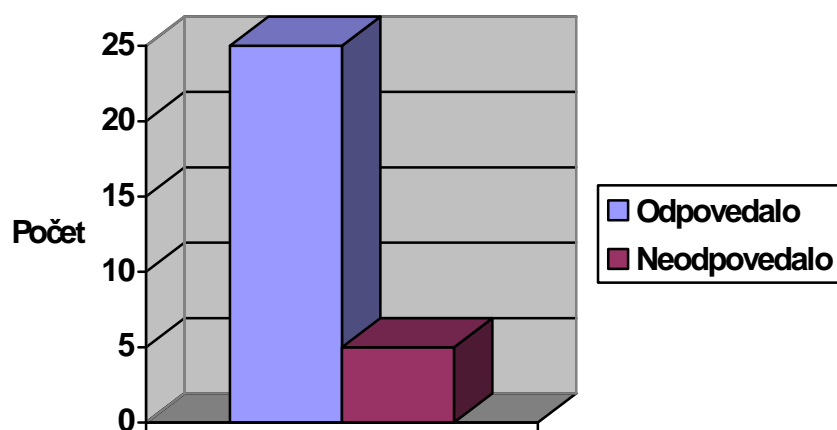
V tejto otázke sme respondentom nedali možnosti na výber. Chceli sme vedieť ich pohľad na problematiku agresivity u detí s poruchou autistického spektra, teda čo je podľa nich najčastejšie spúšťačom agresívneho správania u týchto detí. Odpovedalo 25 (82,3%) opýtaných respondentov, čo vidieť aj z Tab. č.8. Zvyšných 5 (16,7%) respondentov na túto otázku nezodpovedalo.

Ako najčastejšie spúšťače agresívneho správania uviedli respondenti neúspech na vyučovaní, výsmech, zmena naučeného režimu, nespokojnosť, hádky a konflikty medzi rovesníkmi.

Tab. 8: Počet respondentov

Alternatíva	Počet	%
Odpovedalo	25	83,3
Neodpovedalo	5	16,7
Spolu	30	100,0

Graf 8: Počet respondentov



Zdroj: Dotazník

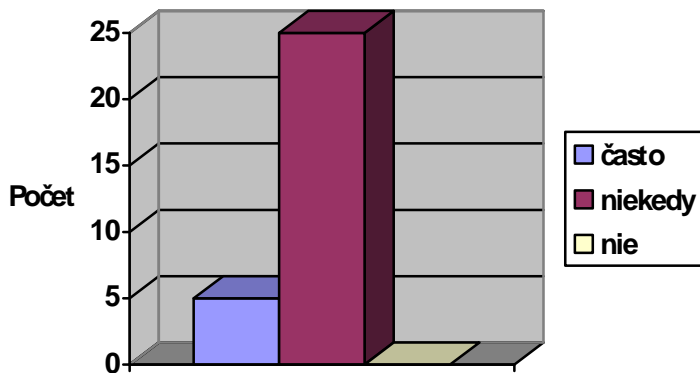
Otázka č.5: Stáva sa, že sa dieťa správa agresívne voči okoliu? (voči dospelým rovesníkom, hryzie, kope alebo udiera)

V tejto otázke boli na výber tri alternatívy, a to často, niekedy a nie. Podľa Tab.č.9 vidieť, že často odpovedalo 5 (16,7%) respondentov, niekedy odpovedalo zvyšných 25 (83,3%) respondentov a poslednú alternatívu nepoužil ani jeden respondent.

Tab. 9: Vplyv agresivity u detí s poruchou autistického spektra na svoje okolie

Alternatíva	Počet	%
Často	5	16,7
Niekedy	25	83,3
Nie	0	0
Spolu	30	100

Graf 9: Vplyv agresivity u detí s poruchou autistického spektra na svoje okolie



Zdroj: Dotazník

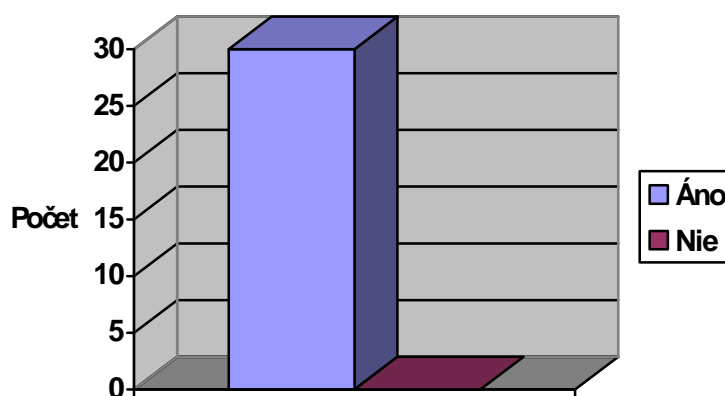
Otázka č.6: Je potrebné korigovať agresívne správanie pri neúspechu na vyučovaní?

Touto otázkou sme zisťovali, či je potrebné agresívne správanie u detí s poruchou autistického spektra na vyučovaní korigovať. Zhodne odpovedalo 30 (100%) respondentov, že takého korigovanie je na vyučovaní potrebné.

Tab. 10: Potreba korigovania agresivity na vyučovaní

Alternatíva	Počet	%
Áno	30	100
Nie	0	0
Spolu	30	100

Graf 10: Potreba korigovania agresivity na vyučovaní



Zdroj: Dotazník

Otázka č.7: Ak áno, popíšte ako sa toto správanie snažíte skorigovať

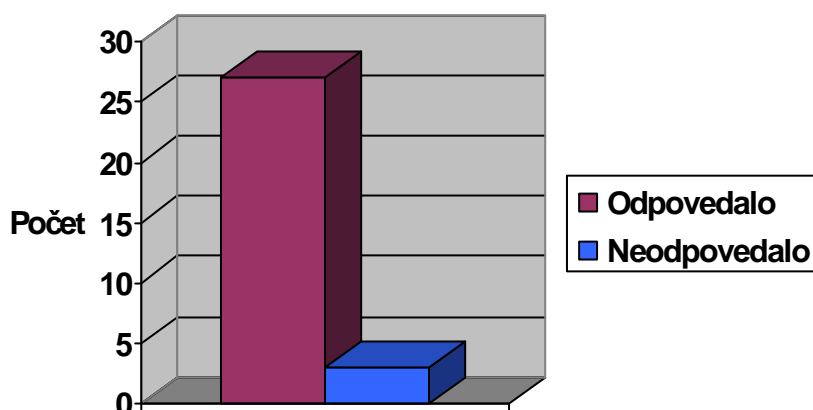
Otázka číslo sedem bola tiež otvorená, teda respondenti mali vyplniť, ako sa snažia korigovať agresivitu u detí s poruchou autistického spektra. Odpovedalo 27 (90%) respondentov, neodpovedali 3 (10%) respondenti.

Z vyplnených údajov sme zistili, že pedagógovia sa snažia správanie dieťaťa skorigovať prvom rade tým, že predchádzajú situáciám, ktoré vyvolávajú agresívne správanie u detí s poruchou autistického spektra. Ďalej uviedli, že sa dieťa snažia individuálnym prístupom utíšiť, objat' ho, aby neublížilo sebe alebo ostatným okolo neho a snažia sa navodiť u dieťaťa pocit bezpečia a istoty. Mnohí uviedli, že sa snažia dieťa rýchlo naviesť na inú činnosť, motivovať ho, pozitívne posilňovať správanie vytváraním pocitu úspešnosti, postupným osvojovaním si obsahu vyučovania pomalými krokmi, intenzívnou spätnou väzbou a pod.

Tab. 11: Počet respondentov

Alternatíva	Počet	%
Odpovedalo	27	90,0
Neodpovedalo	3	10,0
Spolu	30	100,0

Graf 11: Počet respondentov



Zdroj: Dotazník

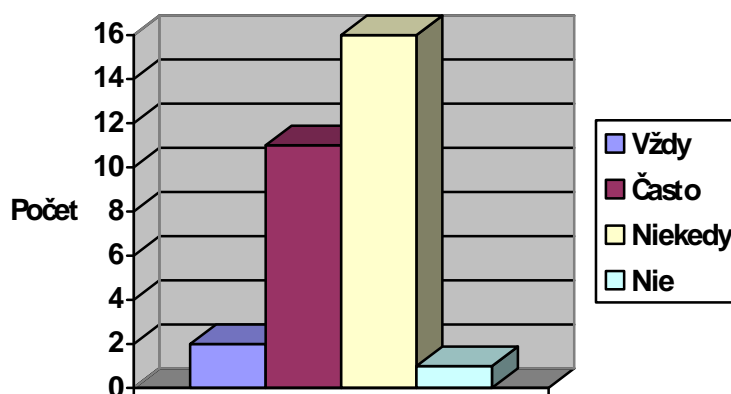
Otázka č.8: Správa sa dieťa neprimerane, keď sa od neho žiada, aby prestalo s činnosťou, ktorú práve vykonáva?

Touto otázkou sme zisťovali, či sa správanie dieťaťa zmení, alebo sa začne správať neprimerane, ak pedagóg od neho žiada, aby prestalo s činnosťou ktorú práve vykonáva. Na otázku odpovedali všetci respondenti, pričom 2 (6,7%) respondenti odpovedali vždy, 11 (36,7%) odpovedalo často, 16 (53,3%) odpovedalo niekedy a nie odpovedal 1 (3,3%) respondent.

Tab. 12: Vplyv dieťaťa na zmenu vykonávanej činnosti

Alternatíva	Počet	%
Vždy	2	6,7
Často	11	36,7
Niekedy	16	53,3
Nie	1	3,3
Spolu	30	100,0

Graf 12: Vplyv dieťaťa na zmenu vykonávanej činnosti



Zdroj: Dotazník

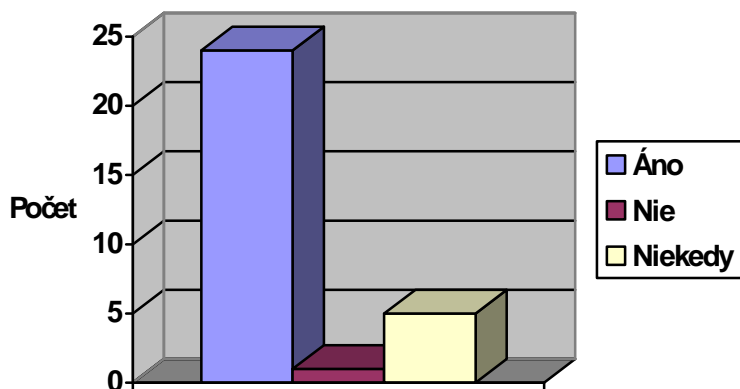
Otázka č.9: Vyhýba sa dieťa spoločenskému kontaktu?

Či sa dieťa vyhýba spoločenskému kontaktu sme zisťovali v deviatej otázke. Áno odpovedalo 24 (80%) respondentov, nie odpovedal 1 (3,3%) respondent a niekedy odpovedalo 5 (16,7%) respondentov.

Tab. 13: Vyhýbanie sa spoločenskému kontaktu

Alternatíva	Počet	%
Áno	24	80,0
Nie	1	3,3
Niekedy	5	16,7
Spolu	30	100,0

Graf 13: Vyhýbanie sa spoločenskému kontaktu



Zdroj: Dotazník

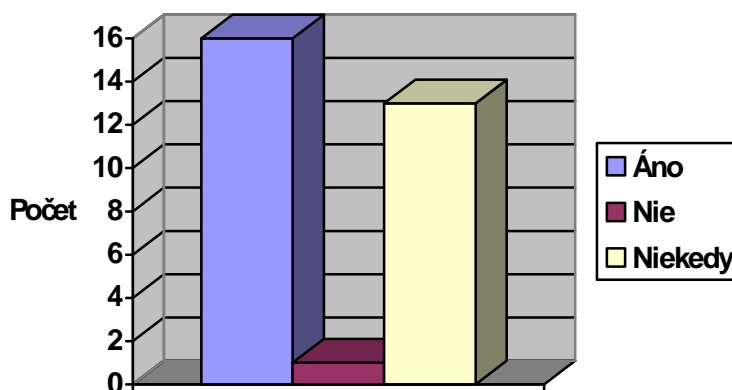
Otázka č.10: Chýba dieťaťu empatia, t.j. bezprostredné porozumenie pre pocity iných?

Touto otázkou sme zisťovali, či je dieťa empatické, či mu záleží na pocitoch iných ľudí okolo neho alebo nie. Áno odpovedalo 16 (53,4%) respondentov, nie odpovedal 1 (3,3%) respondent a niekedy 13 (43,3%) respondentov.

Tab. 14: Nedostatok empatie u detí s poruchou autistického spektra

Alternatíva	Počet	%
Áno	16	53,4
Nie	1	3,3
Niekedy	13	43,3
Spolu	30	100,0

Graf 14: Nedostatok empatie u detí s poruchou autistického spektra



Zdroj: Dotazník

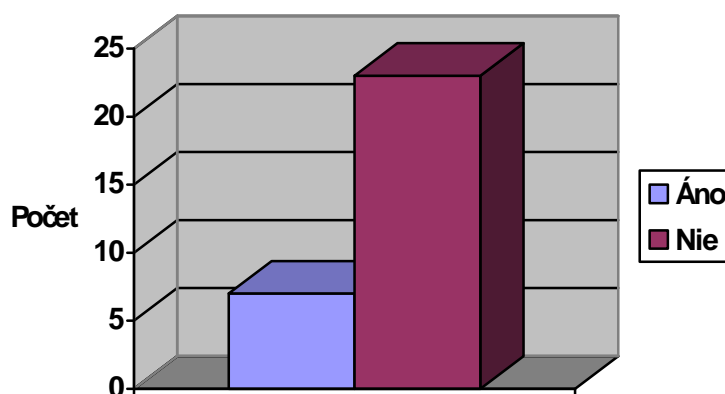
Otázka č.11: Prejavuje dieťa záujem zúčastňovať sa na hrách so svojimi rovesníkmi napríklad cez prestávky?

Touto otázkou sme zisťovali či sa dieťa izoluje od svojich rovesníkov napríklad počas prestávky na vyučovaní, alebo sa s nimi zapája do hier. Áno odpovedalo 7 (23,3%) respondentov a nie 23 (76,7%) respondentov.

Tab. 15: Záujem detí s poruchou autistického spektra o spoločenský kontakt

Alternatíva	Počet	%
Áno	7	23,3
Nie	23	76,7
Spolu	30	100,0

Graf 15: Záujem detí s poruchou autistického spektra o spoločenský kontakt



Zdroj: Dotazník

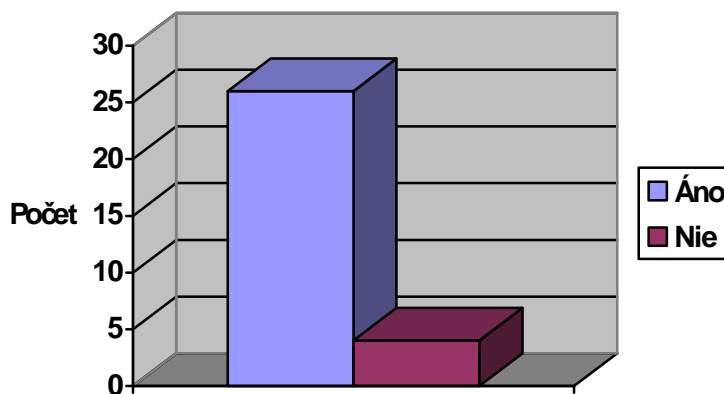
Otázka č.12: Musí byť dieťa „výdatne“ utišované, zvlášť ak sa nejaké veci pomenili alebo sa niečo nepodarilo?

V tejto otázke sme sa respondentov pýtali, či musia dieťa s poruchou autistického spektra výdatne utišovať, ak sa mu niečo nepodarilo, alebo ak sa mu zvlášť pomenili jeho stereotypy. Z Tab. č.16 vidieť, že áno odpovedalo 26 (86,7%) respondentov a nie odpovedali 4 (13,3%) respondenti.

Tab. 16: Utíšenie agresivity u dieťaťa s poruchou autistického spektra vzhľadom na zmeny v jeho stereotypoch

Alternatíva	Počet	%
Áno	26	86,7
Nie	4	13,3
Spolu	30	100,0

Graf 16: Utíšenie agresivity u dieťaťa s poruchou autistického spektra vzhľadom na zmeny v jeho stereotypoch



Zdroj: Dotazník

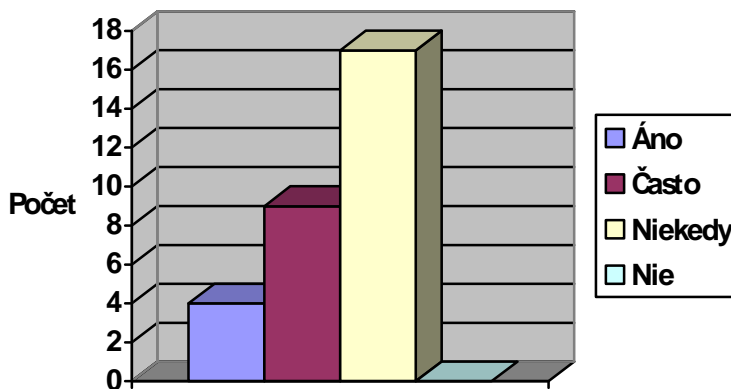
Otázka č.13: Rozumie dieťa inštrukciám a vykoná ich?

Otázkou č.13 sme zisťovali, či dieťa rozumie inštrukciám, ktoré mu zadá pedagóg a či ich vykoná. Áno odpovedali 4 (13,3%) respondenti, často odpovedalo 9 (30%) respondentov. 17 (56,7%) respondentov odpovedalo, že dieťa rozumie inštrukciám niekedy a nie nezakrúžkoval ani jeden respondent.

Tab. 17: Pochopenie inštrukcií u detí s poruchou autistického spektra

Alternatíva	Počet	%
Áno	4	13,3
Často	9	30,0
Niekedy	17	56,7
Nie	0	0,0
Spolu	30	100,0

Graf 17: Pochopenie inštrukcií u detí s poruchou autistického spektra



Zdroj: Dotazník

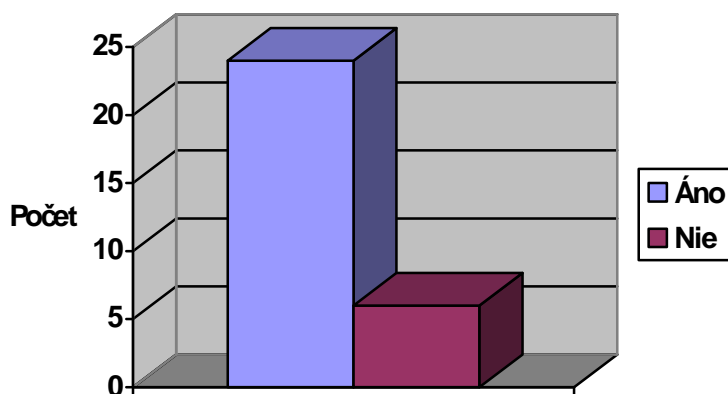
Otázka č.14: Má dieťa nezvyčajnú melodiku reči?

Touto otázkou sme zisťovali, či má dieťa s poruchou autistického spektra nezvyčajnú melodiku reči. Áno odpovedalo 24 (80%) respondentov a nie 6 (20%) respondentov.

Tab. 18: Nezvyčajná melodika reči u detí s poruchou autistického spektra

Alternatíva	Počet	%
Áno	24	80,0
Nie	6	20,0
Spolu	30	100,0

Graf 18: Nezvyčajná melodika reči u detí s poruchou autistického spektra



Zdroj: Dotazník

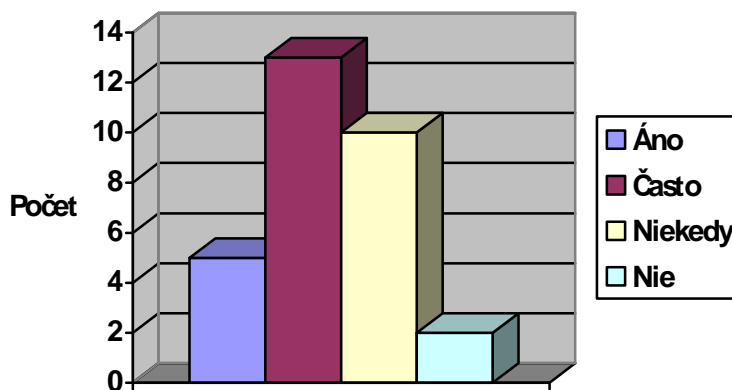
Otázka č.15: Ak dieťa rozpráva, stáva sa, že opakuje slová, vety tou istou intonáciou, ako ich počulo?

Pri tejto otázke mali respondenti na výber zo štyroch možných odpovedí, a to áno, často, niekedy, nie. Z údajov v Tab. č.19 vidieť, že áno odpovedali 5 (16,7%) respondenti, často odpovedali 13 (43,3%) respondenti, niekedy odpovedali 10 (33,3%) respondenti a nie odpovedali 2 (6,7%) respondenti.

Tab. 19: Napodobenie intonácie u detí s poruchou autistického spektra

Alternatíva	Počet	%
Áno	5	16,7
Často	13	43,3
Niekedy	10	33,3
Nie	2	6,7
Spolu	30	100,0

Graf 19: Napodobenie intonácie u detí s poruchou autistického spektra



Zdroj: Dotazník

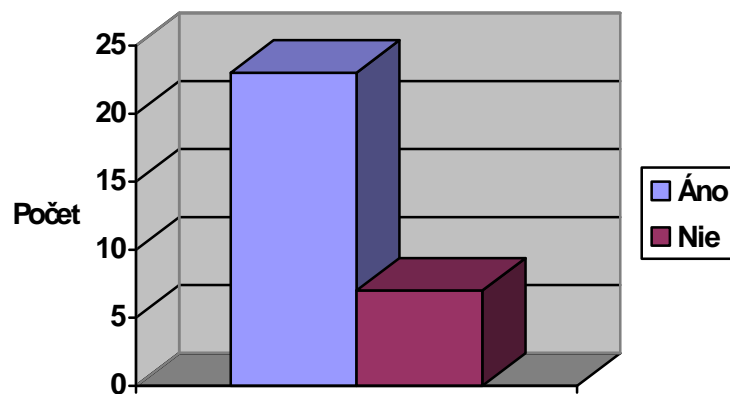
Otázka č.16: Má dieťa tendenciu vyhýbať sa pri rozhovore očnému kontaktu?

Touto otázkou sme sa respondentov pýtali, či sa dieťa s poruchou autistického spektra pri rozhovore s nimi vyhýba očnému kontaktu. 23 (76,7%) respondentov odpovedalo áno, zvyšných 7 (23,3%) respondentov odpovedalo nie.

Tab. 20: Vyhýbanie sa očnému kontaktu

Alternatíva	Počet	%
Áno	23	76,7
Nie	7	23,3
Spolu	30	100,0

Graf 20: Vyhýbanie sa očnému kontaktu



Zdroj: Dotazník

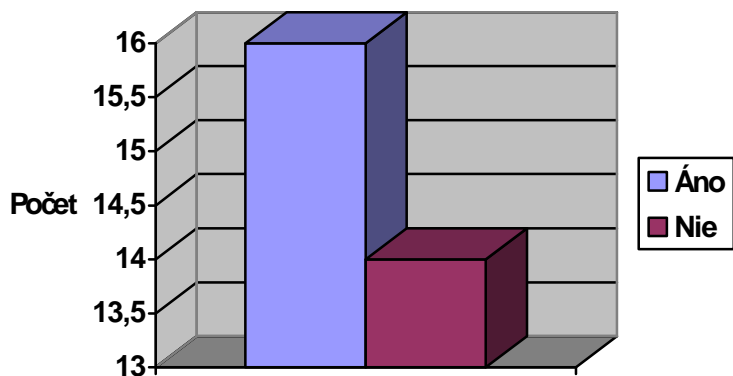
Otázka č.17: Je reč dieťaťa príliš pedantná akoby čítalo z lexikónu?

Cieľom tejto otázky bolo zistiť, či je reč dieťaťa príliš pedantná. Z odpovedí sme sa dozvedeli, že 16 (53,3%) respondentov tvrdí, že áno. Zvyšných 14 (46,7%) respondentov si nemyslí, že by reč detí s poruchou autistického spektra bola príliš pedantná.

Tab. 21: Dôslednosť v komunikácii u detí s poruchou autistického spektra

Alternatíva	Počet	%
Áno	16	53,3
Nie	14	46,7
Spolu	30	100,0

Graf 21: Dôslednosť v komunikácii u detí s poruchou autistického spektra



Zdroj: Dotazník

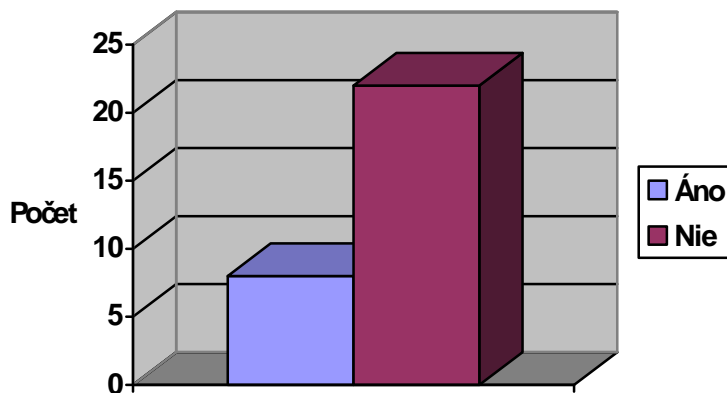
Otázka č.18: Je reč dieťaťa pri komunikácii zrýchlená?

Touto otázkou sme chceli zistiť či dieťa s poruchou autistického spektra rozpráva rýchlejšie, resp. či je jeho reč pri komunikácii zrýchlená. Z Tab. č. 22 môžeme vidieť, že 8 (26,7%) respondentov odpovedalo áno a 22 (73,3%) respondentov tvrdí, že reč detí s poruchou autistického spektra pri komunikácii zrýchlená nie je.

Tab. 22: Zrýchlenie reči pri komunikácii

Alternatíva	Počet	%
Áno	8	26,7
Nie	22	73,3
Spolu	30	100,0

Graf 22: Zrýchlenie reči pri komunikácii



Zdroj: Dotazník

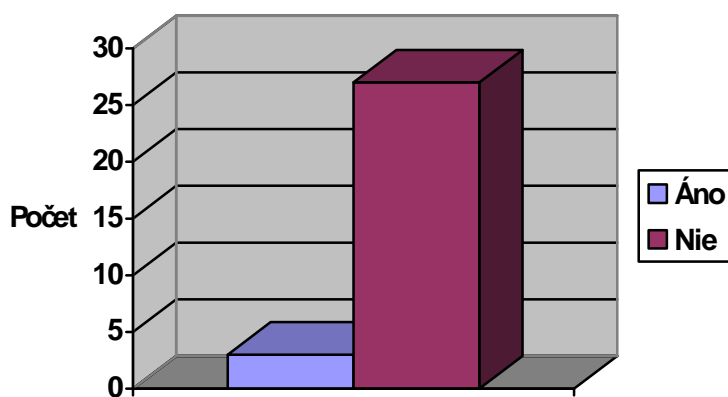
Otázka č.19: Ak dieťa rozpráva, používa správne osobné zámená?

Otázkou číslo 19 sme sa pýtali na správnosť používania osobných zámen v komunikácii u detí s poruchou autistického spektra. Z opýtaných respondentov áno odpovedali 3 (10%) a nie zvyšných 27 (90%) respondentov.

Tab. 23: Správnosť používania osobných zámen v komunikácii

Alternatíva	Počet	%
Áno	3	10,0
Nie	27	90,0
Spolu	30	100,0

Graf 23: Správnosť používania osobných zámen v komunikácii



Zdroj: Dotazník

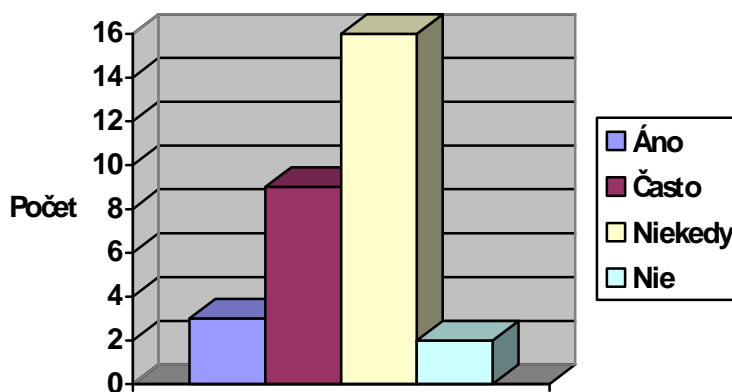
Otázka č.20: Ak dieťa rozpráva, stáva sa, že opakuje slová, vety, ktoré predtým počulo?

Dvadsiatou otázkou dotazníka sme zisťovali, či dieťa opakuje slová alebo vety, ktoré už predtým počulo. Z opýtaných respondentov áno odpovedali 3 (10%), často odpovedalo 9 (30%) respondentov, niekedy odpovedalo 16 (53,3%) respondentov a nie odpovedali 2 (6,7%) respondenti.

Tab. 24: Opakovanie predtým počutých slov, resp. viet u detí s poruchou autistického spektra

Alternatíva	Počet	%
Áno	3	10,0
Často	9	30,0
Niekedy	16	53,3
Nie	2	6,7
Spolu	30	100,0

Graf 24: Opakovanie predtým počutých slov, resp. viet u detí s poruchou autistického spektra



Zdroj: Dotazník

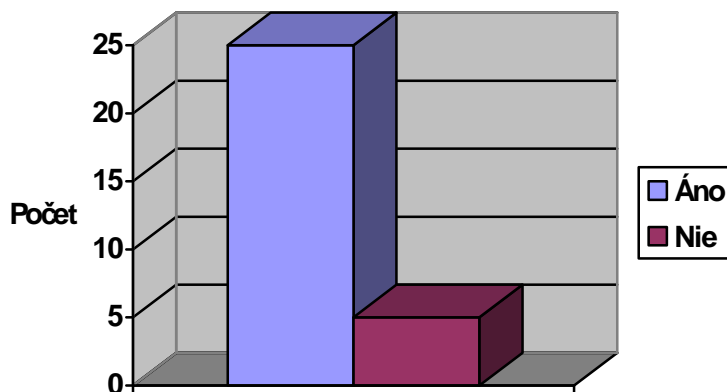
Otázka č.21: Má dieťa problém korigovať priebeh rozhovoru?

Posledná otázka dotazníka bola zameraná na zistenie, či má dieťa s poruchou autistického spektra problém korigovať priebeh rozhovoru. Z Tab. č.25 môžeme vidieť, že áno odpovedalo 25 (83,3%) respondentov a nie 5 (16,7%) respondentov.

Tab. 25: Schopnosť korigovania priebehu rozhovoru

Alternatíva	Počet	%
Áno	25	83,3
Nie	5	16,7
Spolu	30	100,0

Graf 25: Schopnosť korigovanie priebehu rozhovoru



Zdroj: Dotazník

4.7 Závěry a odporúčania pre prax

Autizmus ako vývinová porucha sa prejavuje u detí od útleho detstva. Ide o stav, ktorý je charakterizovaný poškodením v oblasti komunikácie, sociálnych vzťahov, záujmov a predstavivosti. Výchova a vzdelávanie detí s autizmom je vzhľadom na rôznorodosť poškodenia mozgu veľmi zdĺhavý proces, ktorý si vyžaduje množstvo trpezlivosti.

Cieľom našej práce bolo analyzovať dieťa postihnuté autizmom a hlavne zistiť možnosti zefektívnenia výchovy a vzdelávania týchto detí. Prostredníctvom dotazníka sme zisťovali vplyv agresivity, komunikácie a sociálnych vzťahov na edukačný proces.

Na začiatku výskumu sme si stanovili tri hypotézy.

H1: Predpokladáme, že úroveň komunikácie u detí s autizmom výrazne ovplyvňuje možnosti ich edukácie. Táto hypotéza sa nám potvrdila. Dieťa s poruchou autistického spektra má ťažkosti pri komunikácii, čo výrazne zasahuje do edukačného procesu. 83,3% respondentov potvrdilo, že dieťa má problém korigovať priebeh rozhovoru, niekedy opakuje slová, resp. vety, ktoré predtým počulo. 90% respondentov tvrdí, že dieťa s poruchou autistického spektra pri komunikácii nesprávne používa zámená. Otázkou č.14 sme zisťovali, či má dieťa nezvyčajnú melodiku reči, pričom 80% respondentov tvrdí, že áno.

H2: Predpokladáme, že agresivita negatívne ovplyvňuje edukačný proces. Táto hypotéza sa tiež potvrdila, pričom celkového počtu 30 respondentov si 100% myslí, že agresivita u detí s poruchou autistického spektra výrazne ovplyvňuje kvalitu a priebeh vyučovacieho procesu. Ako najčastejšie spúšťače agresívneho správania uviedli respondenti neúspech na vyučovaní, výsmech, zmena naučeného režimu, nespokojnosť, hádky a konflikty medzi rovesníkmi. Otázkou č. 6 sme zisťovali, či je potrebné agresívne správanie u detí s poruchou autistického spektra na vyučovaní korigovať. Zhodne odpovedalo 30 (100%) respondentov, pričom pedagógovia sa agresívne správanie snažia skorigovať v prvom rade tým, že predchádzajú situáciám, ktoré vyvolávajú agresívne správanie u detí s poruchou autistického

spektra. Ďalej uviedli, že sa dieťa snažia individuálnym prístupom utíšiť, objasniť ho, aby neublížilo sebe alebo ostatným okolo neho a snažia sa navodiť u dieťaťa pocit bezpečia a istoty. Mnohí uviedli, že sa snažia dieťa rýchlo naviesť na inú činnosť, motivovať ho, pozitívne posilňovať správanie vytváraním pocitu úspešnosti, postupným osvojovaním si obsahu vyučovania pomalými krokmi, intenzívnou spätnou väzbou a pod.

H3: Predpokladáme, že problémy v sociálnych vzťahov výrazne pôsobia na mieru efektivity vyučovacieho procesu. Táto hypotéza sa nám taktiež potvrdila. 80% respondentov uviedlo, že autistické dieťa sa vyhýba spoločenskému kontaktu. Až 23 respondentov odpovedalo zhodne na otázku izolácie cez prestávky. Dieťa s poruchou autistického spektra má tendenciu nezapájať sa do hier so svojimi rovesníkmi. Desiatou otázkou sme zisťovali, či dieťaťu chýba empatia, či má porozumenie pre pocity iných. Áno odpovedalo 16 respondentov, nie odpovedal 1 respondent a niekedy 13 respondentov.

Odporúčania pre prax:

Keď hovoríme o rôznych poruchách u autistických detí, je nám jasné, že v tomto prípade majú vzdelávanie a učenie veľmi ohraničené možnosti. Celý rad poškodení, prítomných u autistických detí významne zasahuje do ich vývinu. Vyplýva z toho aj zameranie výchovy a vzdelávania. V školskom prostredí je veľmi dôležitý tiež vzťah: učiteľ – dieťa, pretože u autistických detí je vytvorenie, udržiavanie a rozvíjanie tohto vzťahu cieľom samým o sebe.

Po spracovaní a zovšeobecnení výsledkov výskumu, navrhujeme pre prax nasledovné riešenia:

- Nahradiť chýbajúce alebo poškodené funkcie u detí, zvoliť vhodné metódy a individuálny prístup.
- Intenzívne rozvíjať komunikačné schopnosti, či už verbálne alebo neverbálne.
- Rozvíjať sociálne vzťahy a správanie dieťaťa pre dosiahnutie úspechov na vyučovaní.
- Eliminovať spoločensky nevhodné správanie.

- Ignorovať alebo odkloniť jeho pozornosť od agresívneho alebo deštruktívneho správania. V prípade takéhoto správania treba zostať pokojný, minimalizovať priamy očný kontakt s dieťaťom a rešpektovať jeho osobný priestor.
- Organizovať a plánovať spôsob vyučovania, teda obmedziť množstvo podávaných informácií, napredovať po vopred premyslených krokoch a minimalizovať rizika neúspechu. Štruktúrované učenie je najúčinnější spôsob vzdelávania autistických detí.
- Zadávať úlohy, na ktoré dieťa stačí.
- Minimalizovať rozptýlenie na vyučovacej hodine.
- V triede by malo byť miesto pre športové aktivity, relaxáciu, počúvanie hudby a pod.
- Je potrebné dávať pozor na zavádzanie náhlych zmien a ak je takáto zmena nevyhnutá, je potrebné, aby bola postupná, a aby bolo na ňu dieťa s autizmom upozornené a mohlo sa jej prispôbiť.
- Vyučovanie každého autistického dieťaťa by malo prebiehať na základe individuálneho vzdelávacieho programu.
- Motivovať deti akýmkoľvek, aj keď bizarným spôsobom, pretože len tak je možné nadviazať s dieťaťom určitú spoluprácu, ktorá by viedla k učeniu.
- Ak dieťa stereotypne opakuje určité spôsoby, je potrebné presmerovať jeho pozornosť na niečo iné, ponúknuť mu vhodnú alternatívu.
- Spolupracovať s rodičmi autistického dieťaťa, pretože každé toto dieťa je jedinečné a práve rodičia majú hlavný vplyv na jeho vývin.

ZÁVER

Autizmus je ochorenie, ktoré sa nedá liečiť. Aj keď niektoré charakteristiky sa v priebehu vývinu a vekom dieťaťa môžu meniť, ide o ochorenie, ktoré pretrváva po celý život.

Cieľom mojej práce bola predovšetkým pomoc k efektívnejšej výchove a vzdelávaní autistických detí. V prvom rade medzi najdôležitejšie patrí včasná diagnostika, pri ktorej zohrávajú rodičia významnú úlohu. Práve oni sú tí, ktorí majú podozrenie, že sa ich dieťa nevyvíja prirodzene. Často už v prvých rokoch života dieťaťa spozorujú nápadnosti v jeho správaní, len veľmi malé percento rodičov si nevšimne žiadne odlišnosti. Aj na Slovensku sa v posledných rokoch diagnostika autizmu zlepšila a ochorenie je možno podchytiť už v útlom veku dieťaťa.

Prostredníctvom špeciálnych vzdelávacích metód a terapeutických prístupov je možné dosiahnuť významné zlepšenie symptómov, a tým zvýšiť kvalitu života osôb s autizmom a ich rodín. Správny spôsob vzdelávania je pre dieťa podstatný, pretože priamo ovplyvňuje možnosti dosiahnuť takú úroveň samostatnosti, aká je možná vzhľadom na autistické postihnutie.

V praktickej časti svojej práce som sa zamerala na tri oblasti, ktoré podstatným spôsobom ovplyvňujú kvalitu edukačného procesu. Ide o oblasť sociálnych vzťahov, komunikácie a v neposlednom rade edukačný proces ovplyvňuje aj agresivita dieťaťa. Na základe týchto oblastí som spracovala dotazník, ktorý bol rozposlaný do špeciálnych základných škôl. Výskumu sa zúčastnilo 30 respondentov. Všetky hypotézy, ktoré sme si stanovili sa nám potvrdili. V záveroch a odporúčaníach pre prax sme na základe týchto hypotéz stanovili niekoľko bodov, ktorých dodržiavaním možno zlepšiť kvalitu vyučovacieho procesu.

Autizmus je podľa mňa téma veľmi zaujímavá, ktorá prinúti človeka, aby sa zamyslel nad skutočnými hodnotami života. Núti nás pozeráť sa na svet novým spôsobom, aby sme dokázali aspoň sčasti pochopiť autistický svet. Autisti majú preto pre nás veľký prínos. Aj vďaka nim sme k sebe ohľadupľnejší.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

ATTWOOD, T. *Aspergeruv syndrom*. Praha: Portál, 2005, 203 s. ISBN 80-7178-979-8

BEYER, J. – GAMMELTOFT, L. *Autizmus a hra*. Praha: Portál, 2006. 104 s. ISBN 80-7367-157-3

ČADILOVÁ, V. – HYNEK, J. – THOROVÁ, K. et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2

GILLBERG, CH. - PEETERS T. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál, 2003. 122 s. ISBN 80-7178-856-2

HRDLIČKA, M. - KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 80 – 7178 – 813 – 9

HORT, V. – HRDLIČKA, M. – KOCOURKOVÁ, J. – MALÁ, E. et al. *Detská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9

HOWLIN, P. *Autismus u dospívajících a dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 296 s. ISBN 80 – 7367 – 041 – 0

JUHÁSOVÁ, A. – PAVELOVÁ, Ľ. *Vybrané kapitoly zo psychopatológie pre študentov sociálnej práce*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF, 2009. 85 s. ISBN 978-80-8094-543-5

KOMÁREK, V. et al. *Detský autismus*. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-813-9

LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-801-5

ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D., et al. *Detská klinická psychologie*. 4. vyd.

Praha: Grada, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8

RICHMAN, S. *Výchova dětí s autismem*. Praha: Portál, 2006. 127 s. ISBN 80-7367-102-6

ŠEDIBOVÁ, A. *ABC Autistickej triedy – praktická príručka pre pracovníkov v autistických triedach*. Bratislava: Merkur Print, 1998, 93 s. ISBN 80-967754-1-3

SVOBODA, M. - KREJČÍŘOVÁ, D. – VÁGNEROVÁ, M. et al. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2009. 792 s. ISBN 978-80-7367-566-0

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7

THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006. 453 s. ISBN 80-7367-091-7

TISOVIČOVÁ, A. *Poruchy správania a ich klasifikácie*. Ružomberok: Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2007. 114 s. ISBN 978-80-8084-161-4

VOSMIK, M. – BĚLOHLÁVKOVÁ, L. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. Praha: Portál, 2010, s. 200, ISBN 978 – 80 – 7367 – 687 – 2

VAGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 872, ISBN 80-7178-802-3

VALENTA, M. – MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007, s. 378, ISBN 978-80-7320-099-2

Zoznam internetových zdrojov :

HRČOVÁ, J. [online]. 2010 [cit 2011-12-28]. Dostupné na
WWW: [□http://www.snoezelen.sk/cojesnoezelen-teoretickyuvod.htm](http://www.snoezelen.sk/cojesnoezelen-teoretickyuvod.htm) □

HRČOVÁ, J. [online]. 2010 [cit 2011-12-28]. Dostupné na
WWW: [□http://www.snoezelen.sk/cojesnoezelen-vyuzitievpraxi.htm](http://www.snoezelen.sk/cojesnoezelen-vyuzitievpraxi.htm) □

HRČOVÁ, J. [online]. 2010 [cit 2011-12-28]. Dostupné na
WWW: [□http://www.snoezelen.sk/skupiny-autizmus-04vplyv.htm](http://www.snoezelen.sk/skupiny-autizmus-04vplyv.htm) □

KRAJSKÝ ŠKOLSKÝ ÚRAD V BRATISLAVE [online]. 2011-2012 [cit 2011-12-29]. Dostupné na
WWW: [□http://www.ksuba.sk/vismo/dokumenty2.asp?id_org=451017&id=1236&p1=2327](http://www.ksuba.sk/vismo/dokumenty2.asp?id_org=451017&id=1236&p1=2327) □

ŠTÁTNY PEDAGOGICKÝ ÚSTAV [online]. 2011-2012 [cit 2012-01-02].
Dostupné na
WWW: [□http://www2.statpedu.sk/buxus/docs/Pedagogicke_dokumenty/spec_pedag_porad/Koncepcia_SPP.pdf](http://www2.statpedu.sk/buxus/docs/Pedagogicke_dokumenty/spec_pedag_porad/Koncepcia_SPP.pdf) □

ŠTÁTNY PEDAGOGICKÝ ÚSTAV [online]. 2011-2012 [cit 2012-01-02].
Dostupné na
WWW: [□http://www.statpedu.sk/files/documents/vzdelavanie_so_zz/integracia_program_zdokonalenia_poradenstva_deti_zp.pdf](http://www.statpedu.sk/files/documents/vzdelavanie_so_zz/integracia_program_zdokonalenia_poradenstva_deti_zp.pdf) □

ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV

Zoznam tabuliek

Tab. 1: Zastúpenie respondentov podľa pohlavia	65
Tab. 2: Zastúpenie respondentov podľa veku	66
Tab. 3: Najvyššie dosiahnuté vzdelanie respondentov.....	67
Tab. 4: Zastúpenie respondentov podľa lokality	68
Tab. 5: Počet vyučovaných detí s poruchou autistického spektra.....	69
Tab. 6: Skúsenosti respondentov s agresivitou u autistických detí	70
Tab. 7: Vplyv agresivity na vyučovací proces	71
Tab. 8: Počet respondentov	72
Tab. 9: Vplyv agresivity u detí s poruchou autistického spektra na svoje okolie.....	73
Tab. 10: Potreba korigovania agresivity na vyučovaní	74
Tab. 11: Počet respondentov	75
Tab. 12: Vplyv dieťaťa na zmenu vykonávanej činnosti	76
Tab. 13: Vyhýbanie sa spoločenskému kontaktu	77
Tab. 14: Nedostatok empatie u detí s poruchou autistického spektra	78
Tab. 15: Záujem detí s poruchou autistického spektra o spoločenský kontakt	79
Tab. 16: Utíšenie agresivity u dieťaťa s poruchou autistického spektra vzhľadom na zmeny v jeho stereotypoch.....	80
Tab. 17: Pochopenie inštrukcií u detí s poruchou autistického spektra	81
Tab. 18: Nezvyčajná melodika reči u detí s poruchou autistického spektra ...	82
Tab. 19: Napodobenie intonácie u detí s poruchou autistického spektra	83
Tab. 20: Vyhýbanie sa očnému kontaktu	84
Tab. 21: Dôslednosť v komunikácii u detí s poruchou autistického spektra...	85
Tab. 22: Zrýchlenie reči pri komunikácii.....	86
Tab. 23: Správnosť používania osobných zámen v komunikácii.....	87
Tab. 24: Opakovanie predtým počutých slov, resp. viet u detí s poruchou autistického spektra	88
Tab. 25: Schopnosť korigovania priebehu rozhovoru.....	89

Zoznam grafov

Graf 1: Zastúpenie respondentov podľa pohlavia	65
Graf 2: Zastúpenie respondentov podľa veku	66
Graf 3: Najvyššie dosiahnuté vzdelanie respondentov.....	67
Graf 4: Zastúpenie respondentov podľa lokality	68
Graf 5: Počet vyučovaných detí s poruchou autistického spektra.....	69
Graf 6: Skúsenosti respondentov s agresivitou u autistických detí	70
Graf 7: Vplyv agresivity na vyučovací proces	71
Graf 8: Počet respondentov	72
Graf 9: Vplyv agresivity u detí s poruchou autistického spektra na svoje okolie	73
Graf 10: Potreba korigovania agresivity na vyučovaní	74
Graf 11: Počet respondentov	75
Graf 12: Vplyv dieťaťa na zmenu vykonávanej činnosti	76
Graf 13: Vyhybanie sa spoločenskému kontaktu	77
Graf 14: Nedostatok empatie u detí s poruchou autistického spektra	78
Graf 15: Záujem detí s poruchou autistického spektra o spoločenský kontakt	79
Graf 16: Utíšenie agresivity u dieťaťa s poruchou autistického spektra vzhľadom na zmeny v jeho stereotypoch	80
Graf 17: Pochopenie inštrukcií u detí s poruchou autistického spektra	81
Graf 18: Nezvyčajná melodika reči u detí s poruchou autistického spektra ...	82
Graf 19: Napodobenie intonácie u detí s poruchou autistického spektra.....	83
Graf 20: Vyhybanie sa očnému kontaktu	84
Graf 21: Dôslednosť v komunikácii u detí s poruchou autistického spektra ..	85
Graf 22: Zrýchlenie reči pri komunikácii.....	86
Graf 23: Správnosť používania osobných zámen v komunikácii.....	87
Graf 24: Opakovanie predtým počutých slov, resp. viet u detí s poruchou autistického spektra	88
Graf 25: Schopnosť korigovanie priebehu rozhovoru.....	89

ZOZNAM PRÍLOH

PRÍLOHA A – DOTAZNÍK.....	I
PRÍLOHA B - CHARTA PRÁV OSOBY S AUTIZMOM.....	V

PRÍLOHY

PRÍLOHA A – DOTAZNÍK

Milí pedagógovia,

obraciam sa na Vás s prosbou o vyplnenie dotazníka. Dotazník slúži pre účely spracovania diplomovej práce, ktorá sa zaoberá problematikou autizmu. Vyplnenie Vám zaberie približne 10 minút. Otázky si prečítajte pozorne a odpovedajte na všetky stanovené otázky.

Prosím Vás o úprimnosť a vaše pravdivé odpovede. Dotazník je anonymný. Zaručujem Vám diskretnosť pri práci so získaným materiálom a informáciami.

V každej otázke zakrúžkujte jednu alebo viac odpovedí.

Úprimne Vám ďakujem za čas a ochotu.

Alena Bullová

Vaše pohlavie:

- a) žena
- b) muž

Vek pedagóga.....

Aké je Vaše najvyššie dosiahnuté vzdelanie?

- a) stredoškolské s maturitou
- b) vysokoškolské prvého stupňa
- c) vysokoškolské druhého stupňa
- d) vyššie vzdelanie

Miesto bydliska:

- a) mesto
- b) vidiek

1. Koľko detí s poruchou autistického spektra vyučujete?

- a) 1-3
- b) 4-6

c) 7 a viac

2. Máte skúsenosti s agresivitou autistického dieťaťa?

a) áno

b) nie

3. Ovplyvňuje podľa Vás agresivita kvalitu vyučovacieho procesu?

a) áno

b) nie

4. Napíšte, čo je podľa Vás najčastejším spúšť'áčom agresívneho správania u detí

.....
.....
.....

5. Stáva sa, že sa dieťa správa agresívne voči okoliu? (voči dospelým rovesníkom, hryzie, kope alebo udiera)

a) často

b) niekedy

c) nie

6. Je potrebné korigovať' agresívne správanie pri neúspechu na vyučovaní?

a) áno

b) nie

7. Ak áno, popíšte ako sa toto správanie snažíte skorigovať'

.....
.....
.....

8. Správa sa dieťa neprimerane, keď sa od neho žiada, aby prestalo s činnosťou, ktorú práve vykonáva?

a) vždy

b) často

c) niekedy

d) nie

- 9. Vyhyba sa diet'a spolocenskému kontaktu?**
- a) áno
 - b) nie
 - c) niekedy
- 10. Chýba diet'at'u empatia, t.j. bezprostredné porozumenie pre pocity iných?**
- a) áno
 - b) nie
 - c) niekedy
- 11. Prejavuje diet'a záujem zúčastňovať sa na hrách so svojimi rovesníkmi napríklad cez prestávky?**
- a) áno
 - b) nie
- 12. Musí byť diet'a „výdatne“ utišované, zvlášť ak sa nejaké veci pomenili alebo sa niečo nepodarilo?**
- a) áno
 - b) nie
- 13. Rozumie diet'a inštrukciám a vykoná ich?**
- a) áno
 - b) často
 - c) niekedy
 - d) nie
- 14. Má diet'a nezvyčajnú melodiku reči?**
- a) áno
 - b) nie
- 15. Ak diet'a rozpráva, stáva sa, že opakuje slová, vety tou istou intonáciou, ako ich počulo:**
- a) áno
 - b) často
 - c) niekedy
 - d) nie
- 16. Má diet'a tendenciu vyhýbať sa pri rozhovore očnému kontaktu?**
- a) áno
 - b) nie

17. Je reč dieťaťa príliš pedantná akoby čítalo z lexikónu?

- a) áno
- b) nie

18. Je reč dieťaťa pri komunikácii zrýchlená?

- a) áno
- b) nie

19. Ak dieťa rozpráva, používa správne osobné zámená?

- a) áno
- b) nie

20. Ak dieťa rozpráva, stáva sa, že opakuje slová, vety, ktoré predtým počulo:

- a) áno
- b) často
- c) niekedy
- d) nie

21. Má dieťa problém korigovať priebeh rozhovoru?

- a) áno
- b) nie

PRÍLOHA B - CHARTA PRÁV OSOBY S AUTIZMOM

Ľudia postihnutí autizmom by mali mať rovnaké práva a výhody, aké využívajú ostatní obyvatelia Európy, ak sú tieto práva primerané a v záujme osoby s autizmom. Tieto práva by mali byť platné v každom štáte. Mali by byť chránené a podporované zákonmi každého štátu.

Deklarácia Spojených národov (Práva mentálne postihnutých, 1971 a Práva postihnutých osôb, 1975), ako aj iné dokumenty týkajúce sa ľudských práv, zahŕňajú v prípade osôb s autizmom nasledujúce body:

1. Právo žiť taký nezávislý a plnohodnotný život, aký je možný vzhľadom na ich potenciál.
2. Právo na dostupnú, objektívnu a správnu diagnózu a vyšetrenie.
3. Právo na dostupnú a primeranú edukáciu.
4. Právo na to, aby sa mohli podieľať na všetkých rozhodnutiach dôležitých pre ich budúci život; práva každého jednotlivca musia byť rešpektované a zaručené v maximálnej miere.
5. Právo k dostupnému a vhodnému bývaniu.
6. Právo na využívanie vybavenia, pomoci a podpory rôznych služieb tak, aby mohli žiť plne produktívny život dôstojným a nezávislým spôsobom.
7. Právo na podporu, resp. sociálne dávky, ktoré im umožnia mať vždy dostatok jedla, oblečenia, ubytovanie a ďalšie "nevyhnutnosti" života.
8. Právo zúčastniť sa zodpovedajúcim spôsobom na rozvoji a riadení služieb, ktoré zaisťujú ich životné potreby.
9. Právo na primerané poradenské služby, zdravotnú starostlivosť potrebnú pre ich fyzické i mentálne zdravie, vrátane vhodnej liečby a medikácie, ktorá je podávaná v záujme klienta a pri ktorej sú rešpektované všetky nutné bezpečnostné opatrenia a zvažované všetky možné riziká.
10. Právo na vhodné pracovné zaradenie a na vhodnú prípravu na povolanie s vylúčením akejkoľvek diskriminácie a stereotypov. Výcvik i pracovné zaradenie musí vychádzať z individuálnych schopností, záujmov a želaní klienta.

11. Právo na dostupnú prepravu a voľnosť pohybu.
12. Právo zúčastňovať sa kultúrnych a zábavných akcií, rekreácie a športu.
13. Právo na dostupnosť všetkých služieb a možností, ktoré ponúka spoločnosť.
14. Právo na partnerské, sexuálne a iné vzťahy, vrátane manželstva, bez zneužívania a donucovania.
15. Právo na právne zastupovanie a asistenciu a úplnú ochranu zákonných práv.
16. Právo na ochranu pred neoprávneným "väznením" na psychiatrických klinikách, alebo v iných reštriktívnych zariadeniach.
17. Právo na ochranu pred zneužívaním, fyzickým týraním, averzívnymi postupmi liečby alebo zanedbávaním.
18. Právo na ochranu pred zneužívaním alebo nesprávnym
 podávaním liečiv a iných farmakologických prostriedkov.
19. Právo na dostupnosť všetkých informácií týkajúcich sa osobných zdravotných, psychologických, psychiatrických alebo edukačných záznamov.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Alena Bullová

Odbor: Špeciálna pedagogika

Forma štúdia: kombinovaná

Názov práce: Dieťa postihnuté autizmom – možnosti výchovy a vzdelávania

Rok: 2012

Počet strán textu bez príloh: 85

Celkový počet strán príloh: 6

Počet titulov slovenskej literatúry a prameňov: 3

Počet titulov zahraničnej literatúry a prameňov: 17

Počet internetových zdrojov: 6

Vedúci práce: Mgr. Denisa Štefková, PhD.