

UNIVERZITA PALACKÉHO OLMOUC

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Hana Vašíčková

Studijní obor: Učitelství pro 1. stupeň ZŠ a speciální pedagogika

PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA V TEORII A REALITĚ

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Iveta Tichá

Olomouc, duben 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne

podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí diplomové práce Mgr. et Mgr. Ivetě Tiché za cenné rady a připomínky při vypracovávání této práce. Také děkuji rodičům zkoumaných dětí za jejich vstřícnost a poskytnutí nezbytných informací. V neposlední řadě bych také ráda poděkovala svým rodičům za finanční i psychickou podporu při studiu.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA	7
1.1 Historický přehled	8
1.2 Příčiny vzniku poruch autistického spektra.....	11
1.3 Diagnostika poruch autistického spektra	12
1.4 Pervazivní vývojové poruchy (F84).....	14
1.4.1 Dětský autismus (F84.0)	15
1.4.2 Atypický autismus (F84.1)	15
1.4.3 Rettův syndrom (F84.2).....	16
1.4.4 Aspergerův syndrom (F84.5).....	17
1.4.5 Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3)	19
1.4.6 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4).....	19
2 TRIÁDA STĚŽEJNÍCH PROBLEMATICKÝCH OBLASTÍ	20
2.1 Oblast komunikace	20
2.2 Oblast sociálního chování.....	23
2.3 Oblast představivosti, zájmů a her.....	26
2.4 Charakteristické projevy a deficity v dalších oblastech.....	28
2.4.1 Stravování a spánek	29
2.4.2 Motorika.....	29
2.4.3 Myšlení	30
2.4.4 Generalizace.....	31
2.4.5 Smyslové vnímání.....	32
2.4.6 Emocionalita	33
3 RODINA S DÍTĚTEM POSTIŽENÝM AUTISMEM.....	34
3.1 Stádia vyrovnávání se s diagnózou.....	35
3.2 Partnerské problémy	37
3.3 Sourozenecké vazby	38
4 KLÍČOVÉ OBLASTI ROZVOJE DÍTĚTE S AUTISMEM.....	39
4.1 Rozvoj a způsoby komunikace.....	40
4.2 Rozvoj sociálních dovedností	44
4.3 Rozvoj představivosti a naplňování volného času	46
4.4 Rozvoj k samostatnosti a pracovnímu chování.....	48

4.5	Náprava problémového a agresivního chování.....	50
5	KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....	52
5.1	Cíl zkoumání	52
5.2	Výzkumný vzorek	53
5.3	Použité metody	54
5.4	Případové studie.....	55
5.5	Diskuze.....	81
	ZÁVĚR	91
	POUŽITÁ LITERATURA	93
	PŘÍLOHA	96

ÚVOD

Poruchy autistického spektra jsou relativně nedávno objeveným a definovaným druhem postižení, jehož závažnost tkví v rozsáhlosti průniku všemi sférami lidské osobnosti. Jejich specifickým znakem je pestrá variabilita symptomů různé míry, jejichž kombinace způsobuje, že se tito lidé chovají odlišně a jsou vnímáni okolím, jako bytosti žijící si ve vlastním světě.

Tato práce ve své první části objasňuje užívané pojmy, které se v této problematice objevují a detailně vykresluje obraz osobnosti jedince s daným postižením. Přibližuje stavy a těžkosti, kterými musí procházet rodina dítěte s handicapem, a nabízí odborná doporučení výchovných metod. Druhá část je věnována kvalitativnímu výzkumu zaměřenému na projevy chování a na výchovné metody.

Člověk ve svém jednání bývá ovlivněn i prostředím, ve kterém se právě nachází. Odlišnost v prožívání, v sociálním chování a interakcích i přizpůsobování se různým situacím je u dětí s uvedenou poruchou oproti zdravým vrstevníkům patrná i pro laika. Často se nedokáží přizpůsobit náhlým změnám prostředí, činnosti, předmětů nebo osob. Nové či neznámé situace v nich vyvolávají různé reakce. Na základě těchto faktů se předpokládá, že se dítě bude chovat jinak v domácím prostředí a jinak ve školním zařízení, kde na něj působí odlišné faktory (klíma, osoby, výchovné vedení apod.). Jak se tyto projevy chování liší, zda se vůbec liší, je jedním z cílů daného výzkumu.

Dodnes odborníci této problematiky pátrají po přesné příčině, jež stále není známá. Rovněž se snaží odhalovat způsoby zdárné léčby nebo zkoumají různé metody, které by napomohly lidem s tímto postižením v jejich maximálně možném rozvoji a uplatnění ve společnosti. Nabídka výchovně vzdělávacích postupů je opravdu široká a za pomoci rodičů dítěte s autismem a dalších zainteresovaných osob zabývajících se touto poruchou se stále rozšiřuje. Ačkoli je teoretická nabídka výchovných metod bohatá, je otázkou, zda se opravdu využívá i v praxi. Na odpověď se zaměřuje tato práce.

Lidé vychovávající děti s poruchou autistického spektra zřejmě uplatňují různé techniky, případně se snaží přijít na nové, které by plnily požadovaný účel. Jaké metody jsou v rodinách a u pedagogických pracovníků ve skutečnosti uplatňovány, je pouhou domněnkou. Proto zjištění prakticky využívaných a ověřených metod je dalším předmětem zkoumání. Literatura totiž předkládá ideály, jak by to mělo být, ale praxe může být mírně či markantně odlišná.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Autismus, případně poruchy autistického spektra (PAS), jsou termíny známé a užívané i mezi lidmi, kteří nejsou zasvěceni do dané problematiky. Ovšem ne každý laik dovede vysvětlit nebo si něco představit pod pojem pervazivní vývojová porucha, který je spíše používán v odborné populaci. Jako zastřešující termín je dnes v České republice preferován termín poruchy autistického spektra (Říhová, 2011).

Slovo **autismus** pochází z řečtiny ze slova *autos*, které v překladu znamená *sám*. Označuje autistické myšlení, které pojímá velkou dávku fantazie a může přecházet až do denního snění. Lidé s autismem nevnímají ostatní a nereagují na jejich pokusy o navázání kontaktu. Člověk vykazující takové projevy v chování může v extrémních případech připomínat osamocenou živou bytost pohybující se po neživém světě (Edelsberger, 2000).

„Autismus je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí. Porucha vzniká na neurobiologickém podkladě. Důsledkem poruchy je to, že dítě dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Duševní vývoj je díky tomuto handicapu narušen hlavně v oblasti komunikace, sociální interakce a představitosti“ (Pátá, 2008, s.119).

Richman (2006) definuje autismus jako pervazivní vývojovou poruchu, jejíž první příznaky se obvykle objevují před třicátým měsícem věku dítěte, ale zřetelnými se začínají stávat v době, kdy u dítěte dochází k výrazné poruše ve vývoji komunikačního jazyka.

Peeters (1998) tvrdí, že slovní spojení **pervazivní porucha** charakterizuje podstatu autismu mnohem výstižněji. U postižených se totiž vyskytuje zástup potíží, které se manifestují v průběhu vývoje komunikace, sociálního porozumění a představitosti. Navíc mají potíže v rozeznávání a chápání sluchových a zrakových podnětů, a proto označení „autistický“ v přeneseném významu „obrácený do sebe“ nebo „nezúčastněný, lhostejný“ není nejpřesnější pojmenování.

Pokud porucha nabývá **pervazivní** povahy, znamená to, že prostupuje a zasahuje více oblastí osobnosti člověka – je tedy všepřonikající. Ve vývoji jedince je hluboce narušeno mnoho směrů. Dítě se narodí s postižením funkcí mozku sloužících ke komunikaci, sociální interakci a symbolickému myšlení. Vlivem těchto negativních faktorů je dítěti

znemožněno správně rozpoznat a vyhodnotit informace stejně, jako je tomu u jeho nepostižených vrstevníků (Thorová, 2006).

Pervazivní vývojové poruchy je pojem ukrývající v sobě soubor poruch, které spojují stejné znaky: kvalitativní zhoršení vzájemných společenských interakcí a způsobů komunikace a omezený, stereotypně se opakující repertoár zájmů a aktivit. Stupeň těchto kvalitativních abnormalit může být různý, avšak pronikají do chování jedince ve všech situacích (MKN-10, 2000).

Poruchy autistického spektra (autism spectrum disorders, ADS) je světově známý a ustálený termín, který přibližně odpovídá odbornému výrazu pervazivní vývojové poruchy. Je však považován za výstižnější, protože specifické nedostatky a abnormní chování jsou pokládány spíše za rozmanité než pervazivní (Thorová 2006).

1.1 Historický přehled

Každý vědní obor se určitým způsobem vyvíjí a jeho kořeny začínají v dřívější či pozdější minulosti. Historicky položené základy určité problematiky, vědy či odvětví jsou pak důležité ke zmapování a utváření daného oboru a zároveň slouží k přehledu významných osobností, které se v této sféře podílely na jejím budování a rozvíjení. Postoje a edukační přístupy k postiženým osobám a žákům se mění podle tradic společnosti země, kulturních a ekonomických změn, systému péče o handicapované jedince a podle právních úprav v dílčích zemích (Bazalová, 2011).

K prvním systematickým popisům projevů autismu došlo v první polovině 20. století, ale lidé trpící touto poruchou žili již mnohem dříve. Děti, které by dnes s největší pravděpodobností byly považovány za autistické, byly v Hippokratově době označovány za svaté, ve středověku naopak za děti uhranuté či posedlé děblem. V pozdější době se nápadné a zvláštní chování u lidí s autismem dostávalo do mnohých knih a článků odborných časopisů. Byly popsány četné případy chlapců i dívek, jejichž vývoj a situace se vymykala normalitě. Některé konkrétní případy přibližuje Thorová ve své publikaci z roku 2006.

V roce 1908 rakouský zdravotnický pedagog Theodor Heller přispěl do počáteční terminologie názvoslovím *dementia infantilis* označující děti, u kterých se po několika letech normálního vývoje objevuje prudká, negativní změna v intelektu, řeči a chování. Tato porucha nesla později název Hellerův syndrom a během dalších let byla řazena

do forem dětské psychózy. Nyní však spadá do kategorie pervazivních vývojových poruch pod názvem dezintegrační porucha (Thorová, 2006).

Čtyřicátá léta 20. století jsou zlomovým bodem v objevování nové poruchy – autismu. Roku 1943 americký dětský psychiatr rakouského původu **Leo Kanner** popsal autismus jako samostatný syndrom vyznačující se kromě behaviorálních projevů a izolovaných schopností dvěma základními znaky: „autistickou uzavřeností“ a „touhou po neměnnosti“ (Richman, 2006). Domníval se, že děti trpící autismem jsou osamělé, ponořené do vlastního vnitřního světa, nezajímající se o svět kolem sebe, neschopné lásky a přátelství. Kanner k zmíněnému popisu dospěl na podkladu pětiletého pozorování skupinky 11 dětí, které spojovaly společné rysy chování: nereagování na oslovení, neudržování zrakového kontaktu, uzavřenost ve vlastním světě, s pohledem vykazujícím prázdnotu apod. Tyto nápaditosti v chování nesplňovaly diagnostická kritéria žádného do té doby známého psychického onemocnění, a proto je považoval za příznaky nové a zcela jiné specifické poruchy, kterou pojmenoval časný dětský autismus (Thorová, 2006).

Kanner se stal *zřejmě* prvním člověkem, jenž položil základy k rozvoji bádání nad tímto vážným stavem. Slovo „zřejmě“ je zmíněno záměrně, protože pravděpodobně téhož roku **Hans Asperger** užil stejného výrazu - autismus – ve své doktorské práci, která však byla německy publikována až v roce 1944. Tento vídeňský pediatr obohatil terminologii problematiky o název autistická psychopatie (později přejmenována na Aspergerův syndrom), která se liší od Kannerova dětského autismu pozdějším nástupem symptomů, lepšími schopnostmi v oblasti komunikace a sociálních vztahů a intenzivním, úzkým okruhem zájmů (Richman, 2006).

Leo Kanner považoval za příčinu vzniku genetický faktor, ale později, vlivem psychoanalytického proudu, přehodnotil své tvrzení. Zastával názor, že příčinou je chybné vedení rodičů, jež jsou na své dítě příliš tvrdí, nemají o ně zájem a chovají se k němu jako k předmětu. Vlivem těchto neprosperujících podmínek dochází k chybnému vývoji ega, jenž společně s patologicky emocionální atmosférou tvořenou rodiči směřuje ke vzniku autismu. Podle této teorie lze zjednodušeně konstatovat, že autismus je výsledek dlouhodobého, emocionálně chladného působení rodičů vůči svým dětem.

Někteří odborníci Kannerovu psychoanalytickou teorii kritizovali a snažili se hledat jiné etiologické hledisko autismu. V padesátých letech mezi představitele zkoumající příčinu organického původu patřil například Van Krevelen z Nizozemska, který spatřoval vznik poruchy v anomálii centrální nervové soustavy (Thorová, 2006).

Významnou osobností je i **Ivar Lovaas**, který se v šedesátých letech 20. století začal zabývat prací s dětmi trpícími autismem. Při svém výzkumu využíval individuální terapie a aplikované behaviorální analýzy. V roce 1974 uveřejnil výsledky své práce, které přinesly kladný význam. Veřejnost pochopila, že vznik autismu není důsledkem nesprávně vedené výchovy v rodině a následné obranné reakce dítěte. Spíše na něm participuje souhra několika činitelů:

- vliv genetických předpokladů;
- okolnosti ohrožující plod v době gravidity matky či během porodu
- neznámé a neidentifikovatelné genetické mutace;
- působení prostředí (Richman, 2006).

Přijetí názoru, že autismus je důsledkem organické příčiny, vzbudilo v osmdesátých letech zájem a spustilo výzkumy různých medicínských oborů, které vedly k prohloubení znalostí o neurochemických pochodech v centrální nervové soustavě. Proběhly také výzkumy na jednovaječných a dvojvaječných dvojčatech dokazující nepopíratelnou genetickou příčinu poruch autismu.

Od druhé poloviny 20. století se začínají v této sféře objevovat první sdružení nejen odborníků (např. instituce ARI v jejímž čele stojí psycholog Bernard Rimland a poukazuje na autismus jako na multihandicap vzniklý důsledkem těžkého poškození CNS), ale i rodičů dětí s autismem. Velmi přínosný je zrod multidisciplinárního, tzv. *TEACCH programu*, který dodnes pomáhá dětem s autismem a přidruženými poruchami komunikace především v oblastech vzdělávání, komunikace a zlepšení chování.

Po celém světě se budují nejrůznější instituce a organizace zabývající se problematikou autismu. V roce 1983 vznikla Mezinárodní nezisková organizace IAAE (International Association Autism Europe) se sídlem v Bruselu, která sdružuje několik desítek národních i regionálních asociací a sdružení zabývajících se péčí o osoby s autismem v Evropě.

Ve společnosti se rozmáhá pořádání odborných konferencí, sestavování výchovných a vzdělávacích programů, spolupráce odborníků z různých zemí. S podobným cílem se i v České republice začínají zakládat občanská sdružení jako například AUTISTIK, APLA nebo RAINMAN (Thorová 2006).

1.2 Příčiny vzniku poruch autistického spektra

Přesná příčina vzniku poruch autistického spektra byla dlouho neurčitá a je dodnes hlavním tématem četných debat odborníků v této problematice. „*Nicméně v současné době již víme, že autismus je vrozená neurovývojová porucha na neurobiologickém základě organického původu*“ (Rimland, B. in Bazalová 2011, s. 35).

Na přelomu století se do popředí etiologického hlediska autismu dostává tzv. **vývojový neurobiologický model**. Zastánci této teorie tvrdí, že zatím z neprokázaných důvodů dochází u plodu v době vývinu mozku k narušení některých jeho center potřebných k rozpoznávání přijímaných informací a interaktivního časného učení (Komárek in Thorová 2006).

Podle Gillberga a Peeterse (2003) se jedná o poruchu na neurobiologickém podkladě a manifestující se v chování. V průběhu odborného bádání se odhalila místa některých poškozených center mozku a definovalo se mnoho biologických odchylek. Rovněž proběhla celá řada studií zkoumajících **neurochemické procesy mozku** jejichž výsledky odhalují několik možných dysfunkcí mozku, které mohou způsobovat úplné rozvinutí autismu. V mnoha případech jsou postiženy nervové buňky především ve spánkovém laloku, mozkovém kmeni a mozečku. Tyto mozkové oblasti mají pravděpodobně primární význam při utváření sociálních a komunikačních interakcí. Thorová (2006) uvádí, že poškození jedné mozkové lokality nemusí být ještě zodpovědné za vznik autismu. Vlivem této poruchy dochází k narušení nejen komunikačních, ale i integračních funkcí v mozku, z čehož můžeme usuzovat, že pokud existuje různorodost v projevech chování a osobnosti jedince s autismem, budou existovat i multifaktoriální příčiny vzniku.

Za příčinu specifických rysů ve vývoji a chování dítěte se v minulosti nesprávně považovaly chybné způsoby výchovného vedení. Výsledky studií dvojčat s poruchami autistického spektra a rodin, ve kterých se autismus objevuje, přináší nesporné důkazy o **genetické příčině** (Thorová 2006). Sourozenci dětí s autismem mají zvýšené riziko výskytu autismu. U jedinců s Aspergerovým syndromem se velmi často nachází přímý příbuzný (otec, bratr, méně často matka) s touto poruchou nebo alespoň s podobným profilem narušení osobnosti (Gillberg, Peeters 2003). I v dnešní moderní a pokrokové době však výzkum zatím nepokročil natolik, aby dokázal objasnit genetický mechanismus příčin/y vzniku autismu (Thorová, 2006). Genetický přenos se neztotožňuje s žádným známým typem dědičnosti, proto se spíše usuzuje na multifaktoriálním způsobu dědičnosti.

Zjednodušeně lze říci, že jde o zdědění menšího množství rizikových genů a jejich kombinace predisponující k autismu (Hrdlička, Komárek a kol., 2004).

Gillsberg a Peeters (2003) vidí možnou příčinu i v **poškození mozku**, ke kterému došlo v průběhu prenatálního stádia vývoje dítěte, porodu či těsně po porodu, nebo pokud matky měly v těhotenství drobné problémy nebo abnormální stavy, které samy o sobě nemusely plodu uškodit, ale narušily prostředí, ve kterém vyvíjející se mozek neměl ideální předpoklady pro pozitivní růst.

Poslední jmenovaní odborníci rovněž apelují na potřebu soustředit se i na přidružené poruchy, protože autismus se zřídka objevuje samostatně. Často přichází v kombinaci s postižením řeči, se sluchovým či zrakovým postižením nebo s epilepsií, a proto i tyto handicapy mohou určitou mírou přispět k jeho nastartování a rozvoji.

V posledních letech se na podkladech rozborů mnoha celosvětových, vědeckých výzkumů objevila další teorie o příčině vzniku autismu, která je spojena s životním prostředím člověka a potravním řetězcem. Jedná se o **narušení imunitního systému mozku**, se kterou úzce souvisí nedostatečná funkce glutamátových receptorů. Podle tohoto názoru je rostoucí výskyt PAS mezi lidmi zapříčiněn dlouhodobou a nadměrnou imunologickou stimulací nezralé centrální nervové soustavy. Na první pohled téměř zanedbatelné, individuální či kombinované faktory jako např. očkování, nové ekotoxikologické látky a změny životního stylu mohou být potencionálními důvody vedoucí k vážným poruchám buněk, jenž jsou důležité pro regulaci a kontrolu mechanismu v lidském těle. Hlavním „spouštěčem“ odumírání a degenerace buněk je narušení regulace činnosti glutamátových receptorů vlivem nadměrné stimulace. V tomto procesu hrají podstatnou roli především různé toxické látky např. rtuť, fluoridy, hliník či umělé sladidlo aspartam (Strunecká, 2009).

1.3 Diagnostika poruch autistického spektra

Diagnostika má ve speciální pedagogice své zvláštní postavení. Svou existencí určuje, jaké objekty spadají do péče daného oboru, zjišťuje příčinu, subjektivní a společenské projevy defektivy (poruchy společenských vztahů a celistvosti) a dobu vzniku a nápravy defektu. Účelem je navržení speciálních výchovných, rodinných, školních i mimoškolních prostředků umožňujících socializaci jedince (Edelsberger, 2000).

U osob s poruchou autistického spektra se diagnostická vyšetření provádí mezinárodně ověřenými testy na základě behaviorálně kognitivních vyšetření (Strunecká, 2009). Cílem

uvedeného druhu vyšetření je formulace problému, zjištěného na základě rozhovoru, pozorování chování, sebehodnocení pomocí dotazníků či hodnotících škál (Možný, Praško, 1999).

Některé diagnostické testy jsou zpřístupněny na internetových stránkách, jiné jsou chráněny autorskými právy a jejich pořízení je možné pouze zakoupením (Strunecká 2009). Z dostupných diagnostických testů tato autorka doporučuje rodičům především dotazníkový formulář ATEC vyskytující se také pod názvem ARI nebo CHAT, který je vhodný pro batolata.

Některé metody používané k posuzování PAS:

CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) je velmi užitečná screeningová metoda, kterou se určuje porucha autismu u dětí do 18 měsíců věku. Postup se skládá ze dvou částí – v první jsou rodičům pokládány otázky spojené s vývojem jejich potomka a druhá část se vyznačuje pozorováním dítěte od patřičného odborníka (většinou jím bývá dětský lékař). V průběhu přibližně 20 minut diagnostikování touto strategií profesionální pracovník sleduje, zda je dítě schopno nápodoby formou hry, zda dokáže kontrolovat pohled druhé osoby, a ukazováním upozornit na něco, co dítě zaujalo. Pokud diagnostikované dítě selže ve všech těchto oblastech, vykazuje tím většinou poruchu autistického spektra nebo opožděný mentální vývoj.

CARS (Childhood Autism Rating Scale) – **Škála dětského autistického chování** je posuzovacím měřítkem obsahujícím 15 položek a každá z nich se klasifikuje na stupnici od 1 do 4 podle toho, jak často a jak silně se v určité oblasti osobnosti dítěte vyskytují abnormní projevy. Výsledek naznačuje buď absenci autismu, nebo jeho přítomnost a míru intenzity. Z uvedeného vyplývá, že se tedy nejedná přímo o metodu diagnostickou, ale o méně spolehlivý screeningový postup.

DACH – Dětské autistické chování – je orientační postup určený pro screening, jehož autorkou je přední česká odbornice na problematiku autismu Kateřina Thorová. DACH metoda má charakter dotazníku a skládá se ze 74 otázek, které jsou kladeny rodičům postiženého dítěte. Pro přesnější výsledky by dítě mělo spadat do věkovém rozmezí 18 měsíců až 5 let. Tázací položky se týkají hlavně sféry vnímání, verbální a neverbální komunikace, sociálního chování, motoriku a zvláštních pohybů, emocí, her a způsob trávení volného času, problémové chování a schopnosti adaptace, čímž pomáhají odhalit případnou poruchu autistického spektra (PAS).

ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) je metoda určená pro osoby, u nichž vzniklo podezření na PAS. Pomocí tohoto vyšetření se sleduje především sociální interakce a komunikace pozorovaného jedince, konkrétně např.: verbální i neverbální dovednosti, schopnost požádat o pomoc, vést konverzaci, umění popsat obrázek, schopnost nápodoby, úroveň symbolické hry, emoční stavy či schopnost popsat sociální situaci. Získané výsledky jsou převáděny na oficiální kritéria mezinárodní klasifikace nemocí .

ADI-R – Autism Diagnostic Interview-Revised je v současnosti jednou z nejlepších metod, jejíž užití je nejpřesnější u dětí předškolního věku. Profesionální pracovník vede s rodiči dítěte vykazujícího rysy autismu částečně řízený rozhovor, který může trvat přibližně až dvě hodiny. Po skončení je skóre převáděno algoritmem na kritéria mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Odborníkovi se tak dostanou do rukou čtyři podstatné výsledky pro diagnózu v oblasti sociální interakce, komunikace a chování se stereotypními sklony (Thorová, 2006).

V současné době lze uplatnit více diagnostických kritérií pro poruchy autistického spektra, ale nejvíce se využívají kritéria MKN-10 (Světová zdravotnická organizace 1992) nebo DSM-IV (Americká psychiatrická asociace 1994). Všechny novodobé diagnostické systémy spojuje shoda na nutné přítomnosti postižení v oblasti komunikace, sociálního chování a imaginace s omezeným repertoárem chování (Gillberg, Peeters, 2003).

1.4 Pervazivní vývojové poruchy (F84)

Podle MKN-10 (2000) se jedná o skupinu poruch, pro které je typické kvalitativní narušení vzájemných společenských interakcí, způsobů komunikace a omezeným, stereotypně se opakujícím souborem zájmů a aktivit. Stupeň těchto kvalitativních abnormalit může být různý, avšak pronikají do chování jedince ve všech situacích. Obvykle již v útlém věku dítěte vybočuje jeho vývoj od normy, jen výjimečně se porucha projevuje v průběhu prvních 5 let života. Zpravidla, ale ne vždy, je přítomen určitý stupeň celkového narušení poznávacích procesů. Jednotlivé poruchy se vymezují podle chování, které je v rozporu s očekáváním k mentálnímu věku jedince, přičemž nerozhoduje, zda je nebo není jedinec opožděný. S členěním pervazivních vývojových poruch do podskupin se vyskytuje určitý nesouhlas.

Některé poruchy jsou pravděpodobně způsobeny a souvisí s nějakou chorobnou situací, z nichž nejčastější jsou dětské křeče, vrozené zarděnky, tuberózní skleróza, mozková lipidóza a zanomálie fragilního chromozomu X. Diagnostika by však měla

probíhat na podkladě projevů chování, aniž by byl brán ohled na to, zda je či není přítomna další nemoc. V takovém případě musí být chorobný stav kódován zvlášť.

1.4.1 Dětský autismus (F84.0)

Dětský autismus je základní a z historického pohledu nejstarší poruchou autistického spektra, která je nejlépe popsána. Objevuje se v různých stupních závažnosti – od mírné formy (malé množství mírných symptomů) až po těžkou (mnoho závažných příznaků). Jedinci s touto poruchou se mohou navenek projevovat odlišným, abnormním až bizarním chováním (Thorová, 2006). Hrdlička, Komárek a kol. (2004) uvádí, že k dětskému autismu se velmi často přidružuje i s mentální retardací, a to až v 79,7% případů.

Popisovaný druh pervazivní poruchy je 3-4x častější u chlapců, než u dívek. Děti vykazují první příznaky narušeného vývoje už před 3. rokem života, který se vyznačuje nepřiměřeným či nedostatečným vyjadřováním emocí a absencí sociálně emoční vzájemnosti, špatným používáním sociálních signálů, slabou integrací sociálního, emočního a komunikačního chování (MKN-10, 2000). Bezúčelné, stereotypní a opakující se pohyby, zvýšený práh citlivosti na vnímání některých běžných zvuků, vůní či chutí a větší odolnost vůči bolesti - to všechno jsou nápaditosti v chování jedince, které jsou charakteristickým rysem narušené osobnosti jedince (Hrdlička, Komárek a kol., 2004). Může se také vyskytovat i odpor ke změnám při běžných činnostech nebo v detailech osobního prostředí. Plánování a trávení volného času není u většiny dětí řízené iniciativně, spontánně ani tvořivě. Zmíněné specifické znaky mohou také být doprovázeny i řadou jiných nespecifických těžkostí jako je fobie, poruchy spánku či příjmu potravy a záchvaty agrese a vzteku, které mohou vyvrcholit až k sebezraňování. (MKN-10, 2000).

1.4.2 Atypický autismus (F84.1)

Atypický autismus se od ostatních typů pervazivních vývojových poruch odlišuje buď svojí dobou vzniku, nebo nesplněním všech diagnostických kritérií (MKN-10, 2000). Dítě stížené touto poruchou vykazuje stejné potíže v oblasti sociálních vztahů, emocionality a chování jako mají jiní jedinci s autismem, ale kritéria potřebná pro diagnózu autismu splňuje jen částečně. Prakticky se jedná např. o lepší úroveň sociálních či komunikačních dovedností nebo absenci stereotypních zájmů. Dalo by se říci, že atypický autismus je zastřešujícím pojmem zahrnující ty osoby, které by jinak mohly

být označeny nejasným diagnostickým tvrzením: jedinci s autistickými rysy nebo sklony (Thorová, 2006).

Určení atypického autismu lze diagnostikovat obvykle v případech, kdy:

- první příznaky autismu se objevily až po třech letech věku dítěte,
- jsou zaznamenány nápadnosti v oblasti komunikace, sociálních interakcí a chování, představivosti a zájmů, ale jejich intenzita a četnost nesplňuje diagnostická kritéria pervazivní vývojové poruchy,
- jedna z oblastí uvedených v druhém bodě není elementárně či výrazně narušena,
- autistické projevy se přidružují k těžké a hluboké mentální retardaci (Volkmar, in Thorová, 2006).

Občanské sdružení JAN Olomouc uvádí, že „v České republice se ročně narodí 100 – 150 dětí s atypickým autismem“¹. Charakteristickými projevy této poruchy jsou problémy v navazování vztahů s vrstevníky a abnormálně zvýšená citlivost na některé vnější podněty. Další narušenou stránkou osobnosti jsou sociální dovednosti, ale to v podstatně menší míře než je tomu u klasického autismu.

Nepřesně definovaný klinický obraz je nedostatkem při diagnostice a neexistují ani speciální škály, podle nichž by se odborníci mohli při vyšetřování řídit a s přesností určit, zda se jedná skutečně o tento zvláštní druh vývojové pervazivní poruchy (Volkmar, in Thorová, 2006).

1.4.3 Rettův syndrom (F84.2)

Rettův syndrom je souborem specifických příznaků, který nese název po svém objeviteli Andreasi Rettovi. V šedesátých letech 20. století se tomuto rakouskému pediatrovi a dětskému psychiatrovi dostalo do ordinace několik dívek s typickými stereotypními pohyby rukou a podobným průběhem vývoje (Želinová in kol., 2005).

„Syndrom je doprovázený těžkým neurologickým postižením, které má pervazivní (všepronikající) dopad na somatické, motorické i psychické funkce“ (Thorová, 2006, s. 211). Vzniká v prenatálním stádiu vývoje dítěte a postihuje zejména ženské pohlaví a jeho průměrný celosvětový výskyt je 1:10 000 narozených dívek, přičemž není rozdíl v národnosti či rase (Želinová in kol., 2005). Avšak studie zabývající se výzkumem

¹ <http://www.jan-olomouc.cz/atypicky-autismus>

hojnosti výskytu poruchy se od sebe poměrně odlišují (Thorová 2006). V případě chlapců dochází k potratu plodu, nebo novorozenec umírá hned po porodu (Želinová in kol., 2005). Přesto existují zprávy o několika vzácných případech, kdy nositelem Rettova syndromu byl jedinec mužského pohlaví. Symptomy u nich nastupovaly dříve, projevovaly se mnohem závažněji a kombinovaly se s těžkým postižením poznávacích funkcí (Thorová, 2006).

Narozené dítě se zpočátku vyvíjí normálně či téměř normálně. Příznivý stav se však začíná regresivně měnit (MKN-10, 2000). První příznaky poruchy se zřetelně projevují v 9 - 18 měsících života jedince (Želinová in kol., 2005). Dochází k částečné nebo úplné ztrátě již získaných manuálních a verbálních dovedností, které jsou doprovázeny zpomaleným růstem hlavy. Nejtypičtějším znakem je ztráta funkčních pohybů ruky, tedy jemné motoriky (ruce bývají stereotypně krouživě sevřeny) a nástup apraxie (neschopnosti účelně ovládat tělo a vykonávat cílené motorické pohyby). U postiženého také dochází k nedostatečnému vývoji řeči, hry a sociální oblasti. Vyjmenované faktory mají za následek těžkou mentální retardaci, časté nadměrné slinění s vyplazováním jazyka a ztrátu společenských konvencí (MKN-10, 2000).

Mezi další příznaky patří poruchy dýchání, podmíněné nedostatečným vývojem příslušných mozkových center regulujících ventilaci a srdeční činnost. Často se k Rettovu syndromu přidružují i epileptické záchvaty provázené výpadky vědomí. Postupem věku se začíná u většiny případů objevovat skolióza, na jejímž utváření se podílí i snížené svalové napětí či nepravidelné a bezděčné svalové napínání. Rovněž dochází k poruchám dýchání (Želinová in kol., 2005). Po emocionální stránce je osobnost jedince charakterizována emoční labilitou, častým střídáním nálad i v krátkých časových intervalech, které se vlivem přibývajících let života stávají stabilnější (Thorová, 2006).

Oproti autismu se stereotypizace v oblasti zájmů nebo rutinní činnosti společně se spontánním sebezraňováním vyskytují jen sporadicky (MKN-10, 2000).

1.4.4 Aspergerův syndrom (F84.5)

Podle MKN-10 (2000) je výskyt Aspergerova syndromu častější u chlapců, a to v poměru asi 8:1. Příznaky tohoto variabilního syndromu plynule přechází do normy, a proto je velmi obtížné rozpoznat, zda se jedná o Aspergerův syndrom či jen o projevy sociální neobratnosti s nápadnějšími rysy osobnosti. Inteligenční úroveň pohybující se v pásmu normy umožňuje jedinci dosáhnout určitého stupně vzdělání a sebeobslužných

činností, ale nezaručuje naprostou samostatnost v dospělosti (Thorová, 2006). Celkové opoždění nebo postižení řeči ani kognitivního vývoje se neobjevuje (MKN-10, 2000).

Mírně opožděný nástup samostatné chůze (zpravidla o několik měsíců) je u dětí s Aspergerovým syndromem jedním z prvních projevů pohybové činnosti. Později mívají motorické problémy nejen při chůzi a běhu, ale i při míčových hrách, zavazování tkaniček a manuální zručnosti nebo udržení rovnováhy u některých pohybů (Attwood, 2005).

Velmi těžko snáší změny v zaběhnutém řádu a rutině a vyskytují se u nich známky rigidního chování ve formě rituálů, což se týká mluvy i aktivit (Thorová, 2006). Mívají intenzivní a hluboký zájem o nějakou oblast nebo činnost, které souvisí s rozvinutou fantazií a tvořivostí. Dítě si o předmětech svého zájmu rozšiřuje informace a chce vědět co nejvíce. Nabývá neuvěřitelně podrobných až encyklopedických znalostí (Attwood, 2005).

Potíže se vyskytují i v oblasti emocionality, kdy jedinci trpící Aspergerovým syndromem své pocity nedávají najevo v takovém rozsahu a intenzitě, jak se u nich očekává (Attwood, 2005). Lehce podlehnou působení stresu, protože nemají dostatečné možnosti k vyjádření svých pocitů a těžko chápou potřeby cizích lidí, nejsou schopni empatie (Thorová, 2006). Nelze říct, že tito lidé nemají vůbec zájem o druhé, spíše je city ostatních matou. Ačkoli mívají naprosto obvyklé rysy obličeje, tak při komunikaci nebo hře s dalšími osobami udržují kamennou tvář. Stejně je tomu i u nonverbální řeči a gestikulace, kterou sice běžně používají, když projevují vztek nebo chtějí něco ukázat, ale nedovedou si přeložit význam gest někoho jiného (Attwood, 2005).

Po stránce rozvoje mluveného jazyka se může i nemusí vyskytnout opožděný vývoj řeči, ale do 5. roku života je mluva plynulá. Typičtější je přítomnost obtíží v praktickém užívání řeči – málokdy významově souvisí s danou sociální situací (Thorová, 2006). Během rozhovoru je u osob s Aspergerovým syndromem také patrná nejistota při udržování zrakového kontaktu (Attwood, 2005).

Lidé postižení touto poruchou mají potíže začlenit se do kolektivu vrstevníků, protože těžko rozumí normám sociálního chování (Thorová, 2006). Na okolí tak působí dojmem neznalosti společenských zvyků při vystupování na veřejnosti, protože neznají tyto děti pravdivé a výstižné poznámky, které jsou však v dané situaci nevhodné. Dávají přednost výrazně straší nebo naopak mladší společnosti (Attwood, 2005).

MKN-10 (2000) do skupiny pervazivních vývojových poruch zahrnuje kromě výše popsaných také dezintegrační poruchu, hyperaktivní poruchu s přidruženou mentální retardací a stereotypními pohyby a pervazivní vývojovou poruchu nespecifikovanou.

1.4.5 Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3)

Dětská dezintegrační porucha byla poprvé popsána v roce 1908, o jejíž vymezení se zasloužil vídeňský speciální pedagog Theodore Heller (Thorová, 2006).

Normální vývoj dítěte alespoň do 2 let věku je narušen následující ztrátou již získaných dovedností (MKN-10, 2000). Porucha se začíná objevovat mezi druhým až desátým rokem života, přičemž nejčastěji nastupuje mezi třemi až čtyřmi lety věku a k zhoršení stavu může dojít náhle, nebo v průběhu několika měsíců (Thorová, 2006). Dochází k hluboké regresi v oblasti řeči, jež může pokračovat až do stádia její úplné ztráty. Rovněž klesá úroveň hry adaptačního chování a sociálních dovedností, snižuje se zájem okolí a nabývá stereotypních opakujících se pohybů podobných autistickému narušení (MKN-10, 2000). Po období zhoršování stavu může, ačkoli to není pravidlem, opět dojít ke zlepšení, ale stupně normality již není nikdy dosaženo (Thorová, 2006).

Podle MKN-10 (2000) dochází u většiny postižených k trvalému postižení těžkou mentální retardací. Míra odlišnosti tohoto stavu od autismu není zcela zřejmá, protože v některých případech lze dezintegrační porucha přičíst nějakému přidruženému onemocnění mozku. Případné přidružení encefalopatie, by se však mělo kódovat zvlášť a diagnóza by měla být určena podle projevů chování.

1.4.6 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4)

Ke stanovení tohoto syndromu musí být přítomná kombinace tří charakteristik - vývojově nepřiměřená výrazná hyperaktivita, stereotypní pohyby a těžká mentální retardace. Děti trpící těžkou mentální retardací mají potíže s hyperaktivitou, s pozorností a s často přidruženým stereotypním chováním. U těchto adolescentních jedinců má zvýšená aktivita tendence přecházet do hypoaktivní formy. Zatím však není známo, do jaké míry ovlivňuje nízký stupeň inteligence nebo organické poškození mozku zmiňované chování (MKN-10, 2000).

Poruchu autistického spektra lze tedy pokládat za syndrom skládající se z řady vývojových a behaviorálních funkcí, jejichž přítomnost je důležitá k určení diagnózy (Obaid, 2012).

2 TRIÁDA STĚŽEJNÍCH PROBLEMATICKÝCH OBLASTÍ

Nejlepší strategie k pochopení života jedinců s autismem je představa sebe sama jako diváka, který stále pozoruje dění. To mu však přijde jako sled pohyblivých obrázků, video ze života, do kterého přítomný divák nemůže zasáhnout, protože je od něj oddělen sklem (Lawson, 2008).

Další způsob, jak porozumět autismu, navrhuji Beyer a Gammeltoft (2006), kteří tvrdí, že pokud člověk chce dosáhnout tohoto cíle, měl by vycházet z pocitů, jež v něm vyvolá setkávání s dětmi s autismem.

Všechny osoby se zmiňovaným postižením spojují více méně určité společné znaky: uzavřenost do sebe, do svého vlastního „světa“, neschopnost přátelství a kontaktu s lidmi neschopnost vřelé soudržnosti s rodinou a okolím (Nesnídalová, 1995). Jednotlivé symptomy se začínají objevovat v prvních letech života a je pro ně typická variabilita a různorodost při jejich výskytu. Kromě toho se od sebe diferencují svojí závažností, četností a intenzitou projevu, přičemž některé příznaky mohou zcela chybět, zmizet nebo se objevit zcela nové. Na utváření těchto změn a samotné přítomnosti příznaků se podílí rozumové schopnosti jedince a případná existence jiné přidružené poruchy (Thorová a kol., 2007), ale také prožívání světa závislé na celkové stavbě osobnosti jedince, jeho věku a zkušenostech i současném stavu (Nesnídalová, 1995).

Problémy v komunikaci, sociálních vztazích a představivosti se vyskytují pospolu, často mohou být označovány a popisovány jako triáda (Peeters, 1998). Tyto tři oblasti v 70. letech vymezila britská psychiatrická Lorna Wingová jako stěžejní a klíčové pro určení diagnózy. V problematice autismu tak sociální chování, verbální i neverbální komunikaci a představivost nazvala „triádou narušení“ (Thorová a kol., 2007). Děti s triádou postižení mohou mít svůj vlastní model dominujících, opakujících se stereotypních činností, které mohou přetrvávat měsíce nebo léta (Peeters, 1998).

2.1 Oblast komunikace

Užívání jazyka je velmi komplikovaným procesem, který zahrnuje široké pole chování a dovedností důležitých nejen pro rozvoj řeči, ale uplatnitelných i v jiných učebních cílech. Vyžaduje se při něm naslouchání, pozorování ostatních, čekání, uvedení, vzpomínání, integrace pohledů, zvuků a dotyků, což je pro dítě s autismem nesnadné (Schopler, Reichler, Lansingová, 1998). Jejich komunikace bývá narušena jak po stránce receptivní, tak i expresivní, verbální i neverbální (Thorová, 2006).

Opožděný vývoj

Vývojové období kolem jednoho roku člověka je významné objevováním specificky lidských dovedností, a to prvními kroky a prvními slovy. Ne všechny děti se rozmluví v prvním roce svého života, některé potřebují více času. Pokud se ve vývoji řeči opozdí, v naprosté většině případů vzniklý deficit doženu (Matějček, 1996).

Právě opožděného vývoje řeči a celkově malé schopnosti komunikovat si rodiče dítěte s autismem všímají nejdříve. Do typických rysů poruchy spadají situace:

- 1) dítě říká první slova, potom se rozvoj zastaví, následuje regrese a přestane mluvit,
- 2) dítě mluví a mluví, ale rozvoj řeči nastává jen pozvolnými pokroky,
- 3) u dítěte se mluvený projev nikdy neuskutečnil,
- 4) u dítěte se řeč objevila, ale na určitém stupni jejího vývoje přestalo docházet k dalším pokrokům (Thorová, 2006).

V oblasti vývoje verbální komunikace je pozdější rozvoj řeči a zvláštní žvatlání nebo jejich kombinace nejčastějším problémem u jedinců s poruchou autismu (Schopler, Reichler, Lansingová, 1998). U mnoha dětí s autismem se aktivní mluvený jazyk ani nevytvoří, což může být zapříčiněno nedostačujícím porozuměním funkce a možností komunikace, nižším vývojovým stupněm nebo specifickou vývojovou poruchou dysfatického typu. Na druhou stranu jsou případy, u kterých se řeč i funkční slovní zásoba vyvinula, a dokonce pochopili gramatická pravidla, ale mají potíže s pragmatickým používáním jazyka (Beyer, Gammeltoft, 2006). Průměrná někdy až nadprůměrná úroveň verbálního myšlení a bohatá pasivní slovní zásoba se vyskytuje u lidí s Aspergerovým syndromem. Z toho vyplývá, že tito jedinci mají nejméně narušenou oblast komunikace z celé skupiny poruch autistického spektra (Thorová, 2006). Ale bohatá slovní zásoba, správný pořádek slov a skladba věty nezaručuje bezproblémové rozlišování mezi důležitými a podřadnými prvky (Peeters, 1998).

Echolálie

Během jazykového vývoje nastává období, kterým prochází všichni lidé, a které je charakterizováno opakováním verbálních projevů, tzv. echolalií (Richman, 2006). Zdravé děti se jí baví mezi rokem a půl a třemi lety věku, u dětí s poruchou autistického spektra se objevuje až na vyšší vývojové úrovni (De Clercq, 2007). Pokud u dětí s autismem přetrvává echolalické stádium i po dosažení mentálního věku pěti let, může být

považována za „kvalitativní postižení“ (Peeters, 1998). Doslovným opakováním frází se tyto děti pokouší přežít ve světě, který vnímají jako chaotický. Používají jazyk, jenž je pro ně zřetelný, nikoli vyžadovaný okolím (De Clerq, 2007). Častěji se tyto projevy komunikace vyskytují ve chvílích, kdy je postižený ve stresu, úzkostném stavu nebo komplikované nesrozumitelné situaci (Howlin, 2005).

Echolalické promluvy jsou u dětí s autismem extrémní, a proto vyžadují velkou pomoc při přechodu ze stádia „papouškování“ do stádia funkčního užívání řeči (Richman, 2006).

Porozumění sdělovanému obsahu

Největší potíže se u osob s poruchou autistického spektra objevují ve vnímání toho, co není řečeno. Chápání významu sdělení ukrytého v kontextu probíhá pomaleji a tím dochází k postrádání informací, které jsou důležité k pochopení celku. Proto tito lidé často reagují jen na explicitní část z celé zprávy, nikoli však na to, co bylo myšleno implicitně, což vede k doslovnému porozumění (Vermeulen, 2006).

Aniž by rozuměli obsahu, zvládnou doslovně reprodukovat dlouhé věty, a to díky své velmi dobré krátkodobé paměti. V náhodných situacích dovedou některé zafixované věty použít, ale nejsou schopni jejich aplikace ve chvílích, kdy jsou jim potřebné (Schopler, Reichler, Lansingová, 1998).

Další částí verbálního dorozumívání, která dětem s poruchou autistického spektra činí potíže, jsou abstraktní výrazy a ironie, která téměř vždy vede ke zmatku a nedorozumění. Neschopnost chápat tyto pojmy ovlivňuje také porozumění citům nebo emocím, nebo dokonce fyzické bolesti (Howlin, 2005).

Expresivní vyjadřování

Oblast komunikace v sobě kromě verbální složky zahrnuje i expresivní rovinu, která vyjadřuje citový postoj ke sdělované skutečnosti. Lidé s PAS mají i po této stránce potíže a je pro velmi obtížné vhodně volit slova tak, aby spadala do hranic pravidel běžného společenského chování. Proto tito jedinci často nešikovně užívají knižních, hanlivých nebo příliš expresivních výrazů při formulování svých myšlenek, a to může na adresáta působit značně podivně (Thorová, 2006).

Potíže se však netýkají pouze mluveného jazyka, slov a vět, ale i gestikulace, mimiky, řeči těla a dalších forem neverbální komunikace (Vermeulen, 2006). Pokud k vyjadřování zapojují i gesta, bývají velmi nemotorná, někdy až přehnaná a vzbuzují dramatický a nepřirozený dojem. Patrné jsou deficity ve výrazech obličeje, zrakovém kontaktu

či úsměvu (Howlin, 2005). Mívají prázdný výraz ve tváři (Schopler, Reichler, Lansingová, 1998) a často procházejí stádiem, kdy se vyhýbají zrakovému kontaktu (Howlin, 2005).

Během života se některé dovednosti naučí nebo zlepší (Howlin, 2005), ale mimika a komunikativní výrazy obličeje se u nich rozvíjí velice pomalu (Schopler, Reichler, Lansingová, 1998).

Porozumění prvkům neverbální komunikace

Při komunikaci je důležité správně rozšifrovat a pochopit i význam neverbální stránky přijímané informace. Porozumění výrazům v obličeji, gestům či postojům těla je pro osoby s autismem velmi obtížné, těžko dokáží vyvodit závěr z toho, co si mluvčí myslí. Značné problémy se objevují i v chápání jemných a komplexních pravidel, kterými se neverbální komunikace řídí a vlivem toho pak dochází k různým nedorozuměním (Thorová, 2006).

Užívání komunikace

Podle Schoplera, Reichlera a Lansingové (1998) mají děti s autismem malý zájem o sdělování nebo vyvíjí malou iniciativu při dorozumívání s druhými lidmi, ačkoli nemusí být indisponováni při vyjadřování svých potřeb. Spíše ke komunikaci užívají ukazování či signály pomocí rukou. Peeters (1998) však tvrdí, že se chtějí zapojovat do rozhovorů, jen k tomuto účelu mají omezené možnosti.

Mnoho lidí s autismem si nikdy neuvědomí, jak důležité je používat totožný styl mluvy s kolektivem vrstevníků, do kterého chtějí být přijati. Bez ohledu na to, v jakém sociálním prostředí se dítě ocitá, hovoří jazykem, který má odposlouchaný od svých rodičů. Tím se značně odlišuje od mluveného projevu ostatních, což vede nejen ke snižování šance přijetí do skupiny, ale i k posměchu, odmítání či šikaně (Howlin, 2005).

2.2 Oblast sociálního chování

Sociální chování řízené lidskými záměry je pro malé dítě obtížně pochopitelné. Potřebuje určitou dobu na zhodnocení svých prvotních zážitků, představ, emocí, raných zkušeností a sociálních vztahů, aby si vytvořilo smysluplný obraz světa (Beyer, Gammeltoft, 2006).

Už od prvních týdnů i dnů života jsou u dítěte patrné první známky sociálního chování – úsměv, broukání a oční kontakt, které se postupně upevňují (Thorová, 2006). Později

dokáže porozumět řeči těla, vysvětlit si výrazy obličeje, pouhým pohledem na člověka získává informace (Beyer, Gammeltoft, 2006).

Hloubka narušení sociální interakce u dětí s poruchou autistického spektra se případ od případu liší (Thorová, 2006). Mívají nedostatky v porozumění důvodu, proč své chování musí člověk přizpůsobovat prostředí, ve kterém se právě nachází. Například proč se na hřišti může křičet, ale v kině je žádoucí chovat se tiše. V některých případech jsou potíže natolik vážné, že se rodina raději dobrovolně izoluje, než aby se vystavovala neustálým rozpakům z důvodu rizika nevhodných projevů dítěte na veřejnosti (Jelínková, 2004). Pokud si jedinec s autismem nějaké sociální pravidlo osvojí, pak je neovládá flexibilně aplikovat na určitou sociální situaci (Howlin, 2005).

Umět rozpoznat záměry lidí a porozumět jim je nejen důležité, ale rovněž složité, a to obzvláště pro lidi, jejichž schopnosti jsou v tomto směru omezeny nebo zcela chybí. U dětí s poruchou autistického spektra nemůžeme očekávat, že se budou snadno orientovat v našich náladách a záměrech (Beyer, Gammeltoft, 2006).

Sociální vztahy a navazování kontaktu

Sociální vztahy přináší zdravým dětem pocity radosti a upokojení, ale pro děti s autismem představují hrozbu, která vyvolává zvýšené podráždění a potřebu izolace jako formu obrany (Peeters, 1998). Ovšem většinou i přes zdánlivou otažitost, pasivitu a lhostejnost mají o sociální kontakt zájem, ale při jeho uskutečňování bývají rozpačití nebo ho nedovedou přiměřeně navázat (Thorová, 2006).

Problémem při oslovení nebo v počátcích utváření vztahu s jinými lidmi může být málo nezbytných sociálních dovedností nebo agresivita. V takových případech mohou děti navazovat kontakt s vrstevníky tím, že je uhodí nebo jim berou věci, ale často si neuvědomují opačný efekt svých sociálních nedostatků. S přibývajícím rokem života roste i úsilí o to být přijat mezi vrstevníky a najít si přátele (Dodge a kol. in Howlin, 2005). I při organizovaných aktivitách, např. při sportech nebo hrách, kde jsou jasně stanovena pravidla, mohou mít děti s poruchou autistického spektra velké potíže znesnadňující integraci do skupiny (Howlin, 2005), protože mívají značné problémy při chápání těchto sportovních norem (Jelínková, 2001).

Blízkost, sdílení, pomoc, sympatie a empatie – to jsou pojmy úzce související s podstatou přátelství. Tato abstraktní slova však nevypovídají o žádné hodnotě, která by lidem s autismem podstatu tohoto termínu přiblížila. Ačkoli si uvědomují jeho existenci a ví, že by měli mít přátele, nikdy správně neporozumí složitým zákonitostem takového

vztahu. Někdy je i pouhé a nepatrné zdvořilostní gesto (např. přání dobrého dne projevené s úsměvem) může vést k mylné dedukci o vzniku skutečného přátelství.

Kromě deficitu v chápání povahy přátelství mají potíže s rozlišováním nezdvořilého, až zlého jednání. Vlivem nedostatků v interpretaci emocí nedokáží vnímat rozdíl, kdy se někdo směje s nimi a kdy se jim vysmívá. Pokouší se získat si přátelství za peníze, sladkosti či jiné věci. Bývají snadno a zataženi do nevhodných aktivit a stávají se terčem úskoků a lstí ostatních (Howlin, 2005).

Z výzkumných rozhovorů lidí s autismem je známo, že byli ve škole často ponižováni či šikanováni, a to nejen spolužáky, ale někdy dokonce i samotnými kantory (Howlin, 2005). Na území České Republiky o skutečnosti negativního přijímání svých spolužáků s PAS svědčí výzkum z roku 2012, který byl proveden v Brně na základních školách. Bylo prokázáno, že tyto děti jsou odmítány jak chlapci, tak i dívkami a v některých případech byly děti s autismem svými vrstevníky i šikanováni (Nováková, 2012). Dané postižení znemožňuje přesnému porozumění šikaně, ale dítě většinou intuitivně chápe svoji odlišnost od ostatních dětí a vycítí, že se k němu druzí chovají nepěkně (Dubin, 2009). Většinou však nejsou schopny svěřit se rodičům a požádat je o pomoc (Howlin, 2005). Pokud dítě s autismem neví, co šikana obnáší, dostává se tak do mnohem svízelnější situace než zdravé děti, jichž se tento problém týká a které se umí bránit. Opakují-li se týrající postoje vrstevníků vůči postiženému dítěti, dochází u něj k hromadění negativních pocitů a značnému snižování sebevědomí (Dubin, 2009).

Typy sociálních interakcí

V diagnostickém závěru bývá stanovena forma sociální interakce dítěte s poruchou autistického spektra, která není stabilní a s rostoucím věkem se může měnit. Tito jedinci v raném věku jsou spíše samotáři, kteří se blízkým lidem vyhýbají nebo k nim zaujímají ignorující postoj, ale později (po třetím až pátém roce) se stávají sociálně více aktivními.

V současné době se rozlišují čtyři typy sociálních interakcí u lidí s poruchou autistického spektra, které popsala britská lékařka Lorna Wingová.

1) Typ sociální (osamělý)

Dítě nevyvíjí žádné nebo jen minimální úsilí o fyzický kontakt, nevyhledává společnost, nemá zájem o společnou hru či komunikaci, vyhýbá se zrakovému kontaktu a mívá snížený práh bolesti. Může být i velmi aktivní bez schopnosti empatie, ale s věkem se většinou kontakt s blízkými osobami zlepšuje.

2) Typ pasivní

Lze jej popsat jako jedince s omezeně spontánními sociálními interakcemi, nebo komunikací, se sníženou schopností empatie odrážející se při poskytování útěchy, rozdělení se, požádání o pomoc a při sdílení radosti s ostatními. Konverzace, společenské akce a setkání s novými lidmi ho příliš netěší.

3) Typ aktivní (zvláštní)

Tito lidé obtížně rozumí společenským normám a kontextu sociální situace, jsou příliš spontánní v sociálních interakcích. Často bývají hyperaktivní, nedodržují intimní vzdálenost, přehánějí s gestikulací a mimikou, lpí na myšlenkových či řečových formulacích týkajících se většinou oblasti vlastních (někdy až bizarních) zájmů. Zrakový kontakt je ulpívavý nebo bez komunikační funkce.

4) Typ formální (afektovaný)

Pro tyto jedince je typické vyšší IQ, dobré vyjadřovací schopnosti, konzervativnost a jejich odtažitě chování, které často působí chladným dojmem, a to i vůči rodičům. Při komunikaci užívají zdánlivě strojený mluvený projev, mívají sklony k preciznímu vyjadřování a mnohé výrazy imitují po dospělých. Šokují okolí svou pravdomluvností bez empatie, nerozumí nadsázce, ironii či žertu a sdělené skutečnosti chápou doslovně. Mezi charakteristické projevy chování dále patří encyklopedické zájmy, obliba společenských rituálů a touha po jejich dodržování (Thorová, 2006).

Lidé s autismem vynakládají maximální úsilí, aby nejen pochopili, co se kolem nich děje, ale také aby přizpůsobili své chování společenským okolnostem. Snaží se objevit pravidla, která by jim ukázala cestu, po níž se mají dát (Vermeulen, 2006).

2.3 Oblast představivosti, zájmů a her

Poznávání okolního světa a získávání zkušeností se v dětském věku děje na základě utváření představ, které jsou přesným obrazem toho, co člověk vidí, slyší a poznává smysly (Beyer, Gammeltoft, 2006). Potíže porozumění smyslu imaginárních situací často směřují ke stále opakujícím se projevům chování, jehož význam chápe jen dítě samo (Moor, 2010). Dochází k upřednostňování aktivit typických spíše pro podstatně mladší děti nebo upínání k jednoduchým stereotypním činnostem (Thorová, 2006).

Prvotní dětské představy se týkají dobře známých každodenních rutin, jenž mohou být velmi rigidní. Tyto imaginace se nazývají scénáře, kterými si malé děti vytváří vnitřní pracovní předlohu vhodnou pro určitou situaci, a proto nejsou jejich obměnám příliš nakloněny. Později se u dítěte vyvine schopnost utvářet flexibilnější představy, díky kterým je schopné lepšího předvídání a porozumění změnám ve sledu událostí. Děti s autismem mají ve formování scénářů velký problém po celý život a stejné situace, i když se objevují opakovaně, musí pokaždé znovu řešit. (Beyer, Gammeltoft, 2006). Vlivem hyperselektivního myšlení mají schopnost zapamatovat si sebemenší podrobnosti. Problém nastává, ve chvíli, kdy dojde ke změně jediného detailu a systém se zhroutí. Musí vynakládat obrovské úsilí, aby porozuměli každodennímu životu ve světě, ve kterém žijí. Potíže jim může činit i odlišná barva, tvar nebo výrobní hmota nějakého předmětu. Pochopit skutečnost, že zubní kartáček může být modrý i růžový, vyžaduje velké intelektové vypětí, nemluvě o všech hračkách, které se od sebe liší i v tolika různých detailech (De Clercq, 2007). Nečekané události a nutné změny se dříve nebo později objeví v každé rodině a nastolí pro dítě stresující situaci, která se může odrazit v jeho projevech chování v podobě záchvatu vzteku (Jelínková, 2001).

Hra a volný čas

Hra pomáhá dítěti v rozvoji, v jeho formování vědomí vlastní identity a v učení se sociálním dovednostem. Vytváří vztahy s ostatními lidmi, učí se spolupracovat, vcítit se do druhých a respektovat je. Za využití hudby, tance, imitace, malování a dalších expresivních činností rozvíjí svou tvořivost a představivost (Moor, 2010).

Při trávení volného času je na každém člověku, jak tyto chvíle využije, a rozhodně není spokojen, pokud se nudí. V situacích, kdy se má dítě s poruchou autistického spektra zabavit samo, pravděpodobně selhává (Straussová, Knotková, 2011).

Hra jakožto velmi důležitá a hlavní činnost dětského věku je u dětí s poruchou autismu co do repertoáru velmi omezená, opakující se, postrádající spontánnost a důvtip (Peeters, 1998). Chlapci i dívky si vystačí s jednou oblíbenou určitou hračkou, se kterou si však nedovedou účelně hrát jako děti zdravé - s hračkou různě manipulují, točí si s ní, strkají si ji do pusy nebo ji olizují, hází s ní apod. Příčina tohoto chování tkví v neschopnosti imitace (Jelínková, 2001). Hra těchto dětí se může skládat i z jednoduchým nápodob odpozorovaných od jiných dětí (Peeters, 1998), od nichž rovněž stejným stylem kopírují i herní postupy. Aktivitu pak lze popsat jako mechanickou, bez přirozeného zájmu objevovat okolní svět (Beyer, Gammeltoft, 2006).

Rituály, stereotypní činnosti

Různé modely chování lidí s autismem jsou do určité míry rigidní, protože v mnohých směrech je jejich jednání řízeno vnímáním detailů. Tento typ nepřizpůsobivosti bývá označován různými termíny: stereotypní chování, rituální chování, odpor ke změně, rigidita apod. (Vermeulen, 2006).

Pokud se dítěti do rukou dostane nějaká hračka, často neví, co s ní dělat a spíše se jedná o mechanickou manipulaci (Straussová, Knotková, 2011), jakou je např.: roztáčení, houpání, mávání házení, bouchání, přesypání nejrozličnějších předmětů. Ačkoli tyto projevy jsou patrné i u dětí bez postižení, u poruchy autistického spektra se liší vyšší mírou zaujetí, lpěním na dané činnosti, stereotypií (stejností) a repetitivností (četností opakování) (Thorová, 2006).

Nejen jednoduché hračky, ale také imitativní hry bývají příliš složité. Privilegovanými jsou spíše rutinní činnosti, které mohou opakovat stále dokola (De Clerq, 2007). Ty bývají později nahrazeny abstraktnějšími, velmi variabilními zájmy, na kterých děti vytrvale lpí a nemají zájem o nic jiného. Jedná se např. o záliby ve studování jízdních řádů, kalendářů, rodokmenů, určitých druhů zvířat apod., které však nejsou vůbec nebo jen velmi malou měrou využitelné v každodenním životě (Peeters, 1998).

Stereotypní záliby v předmětech či tématech trvají měsíce, někdy i roky, ale zpravidla se mění. S rostoucím věkem se mohou rozvíjet a stávat se propracovanějšími, i přesto, že ulpívavá a opakující se aktivita zůstává zachována. Pokud dojde k přerušení činnosti nebo pobízení k jejím možným obměnám je obvyklou reakcí dítěte zvýšená hladina problémového chování, které zahrnuje křik, agresivitu a sebezraňující tendence. S tím jde ruku v ruce i zvýšení míry pasivní negativity, kdy dítě nespolupracuje, ani na úrovni přiměřené jeho schopnostem (Thorová, 2006).

Neúčelné stereotypy, agresivní projevy až sebezraňování bývají výsledkem nudy a nedostatečných dovedností v oblasti volného času a hry, která by se mohla na první pohled mylně zdát zanedbatelnou a nepříliš důležitou oproti jiným problémům (Jelínková, 2001).

2.4 Charakteristické projevy a deficity v dalších oblastech

Na základě získaných anamnéz rodin s dítětem trpícím autismem rodiče celkem v 55% vyzorovali, že s vývojem jejich dítěte během prvního roku života není něco v pořádku, i když ne pokaždé byli schopni popsat specifické symptomy autismu (Hrdlička a kol,

2004). Rodiče si všímají, že jejich potomek nereaguje na jméno, opoždí se v řečovém vývoji, neukazuje a nemává na rozloučenou, nesměje se, nezajímá se o ostatní děti a působí, jako by žilo ve svém vlastním světě. Někdy bývá hyperaktivní či negativistické, se záchvaty vzteku. Pořád dokola se zabývá stejnými věcmi a neumí si účelně hrát s hračkami. Objevují se u něj zvláštní pohyby a některé zvuky nebo materiály vyvolávají přehnané reakce (Pátá, 2008)

Zvláštní projevy PAS nejsou totiž zahrnuty pouze v diagnostických kritériích triády hlavních oblastí, ale vyskytují se i různorodé nespecifické znaky vyskytující se v dalších rovinách osobnosti (Thorová, 2006).

Tyto rysy se týkají potíží s jídlem a spánkem, s motorikou, vyskytují se v oblasti myšlení, generalizace, smyslového vnímání a emocionality.

2.4.1 Stravování a spánek

Problémy s jídlem se vyskytují i u zdravých dětí, ale u poruchy autistického spektra bývají častější a přetrvávají do dospělosti. Variabilita projevů nevhodného chování a špatných návyků je široká. Dítě může pojídat nejedlé věci, přejídat se, jíst hltavě nebo odmítat jíst samo. Někdy bývá extrémně vybíravé a vyžaduje určitou úpravu jídla na talíři (Jelínková, 2008) nebo se stravuje pouze potravinami určité barvy, tvaru, konzistence (Thorová, 2006). Jídelníček může postrádat pestrost, bývá složen pouze z několika druhů potravin. Do stravovacího procesu se také mohou promítnout rituální projevy chování.

Poruchy spánku se projevují pozdním usínáním a brzkým vstáváním, nočním probouzením a děsivými sny nebo chozením po bytě. Méně často se pak vyskytuje nespavost (Thorová, 2006). Děti s autismem spávají podstatně kratší dobu než jejich vrstevníci. Dlouhodobá denní aktivita a bdělost těchto dětí má negativní dopad i na okolí. Nedostatek nočního odpočinku může rodiče dovést až do stádia chronické únavy a vyčerpání, s čímž souvisí i nárůst zdravotních problémů (Jelínková, 2008).

2.4.2 Motorika

Některé specifické projevy motoriky byly již zmíněny výše, v oblasti triády představivosti, zájmů a her, z důvodu úzké souvislosti s hrou a zájmy dítěte. Nyní však tato problematika bude přiblížena z jiného úhlu pohledu – motorických abnormalit.

Hovoříme tedy o variabilních pohybových manýrech (Richman, 2006), které nejsou pro určení diagnózy poruchy autistického spektra stěžejní (Thorová, 2006). Motorické

aktivity, jako např. bouchání hlavou, kousání se do ruky, kývavé pohyby těla či převalování z boku na bok, jsou zaznamenány i ve vývoji zdravých dětí, u nichž časem spontánně vymizí (Singer in Thorová, 2006).

Bohatý soubor stereotypních pohybů lze rozdělit na jednoduché a krátkodobé (objevující se, pokud se jedinec emočně rozruší) nebo déletrvající, autostimulační. Pohyby dlouhodobějšího charakteru bývají přítomny při nervozitě, kdy slouží jako uklidňující prostředek, nebo jimi dítě vyplňuje svůj volný čas (Thorová, 2006). Během provádění těchto činností uspokojuje a stimuluje své smyslové podněty, ačkoli není vždy zřejmé, který z nich je povzbuzován. Dítě opakovaně grimasuje, třepetá nebo mává rukama, pozoruje si ruce, kolébá se nebo pohupuje, otáčí tělem, chodí po špičkách apod. (Richman, 2006). Abnormální motorické projevy mohou dosahovat drastických až sebezraňujících rozměrů. Zahrnují štípání, rozdírání kůže, bouchání hlavou do různých předmětů v okolí, tlučení rukama do vlastního těla, kousání či vytrhávání vlasů (Thorová, 2006).

Kvůli smyslovému prožívání při sebestimulační činnosti se toto chování velmi těžce mírní a omezuje (Richman, 2006) a zavedení farmakoterapie nemá významné účinky (Singer in Thorová, 2006). Někdy je lze přerušit odvedením pozornosti, ale tento postup není u každého jedince účinný. S narůstajícím věkem však mají tyto projevy tendenci ustupovat.

Celková úroveň motorické aktivity se od normy liší v obou směrech. Děti jsou apatické, pasivní, pomalé, spíše se neprojevují. Na straně druhé jsou jedinci, vyznačující se hyperaktivitou, zbrklostí, pohybovým neklidem především horních nebo dolních končetin a chybným pohybovým výkonem – zakopáváním, padáním, rozléváním tekutin (Thorová, 2006).

U Aspergerova syndromu bylo prokázáno, že větší polovina lidí s tímto postižením vykazuje poruchy v motorickém vývoji. Z toho důvodu se mezi odborníky vznesla otázka, zda by pohybová neobratnost měla být jedním z diagnostických kritérií. Spekulace nad tímto faktem sice přetrvávají, ale jedno je jisté – motorické obtíže zásadně ovlivní život těchto dětí (Attwood, 2005).

2.4.3 Myšlení

Člověk s poruchou autistického spektra je zahlcen detaily a jeho svět je rozčleněn na kousky, které postrádají souvislost a pořádek (Vermeulen, 2006). Kognitivní procesy

jsou pro něho značně složité, protože jsou svojí povahou abstraktní, neviditelné a pomíjivé (De Clerq, 2007).

Lidé s autismem většinou nejsou méně inteligentní než zdravá populace, ale jejich způsob myšlení je odlišný, a proto je případná otázka o postižení jejich inteligence nesmyslná. Způsob, jakým probíhají jejich myšlenkové pochody, bývá často přirovnáván k počítačům. V obou případech jsou nutné jednoznačné pokyny a jednotlivé užívané symboly nesou jediný absolutní význam (Jelínková, 2008).

Zpracovávání informací není dostatečně rychlé a musí probíhat postupně – „kousek po kousku“. Z toho důvodu potřebují dostatek času, aby sdělení porozuměli (Vermeulen, 2006). Nové poznatky a dovednosti získávají pomalu a obtížně, časté jsou i vývojové pokroky ve skocích. Učení komplikují poruchy pozornosti a nízká spolupráce. Nezvládají vnímat komplexně, ale pouze na základě detailů. Mají nižší úroveň samostatnosti a selhávají v praktických dovednostech využívaných v běžném životě (Thorová, 2007).

V některých oblastech však mohou být bystřejší než lidé bez autismu. Např. v úkolech na přesnou orientaci, či vizuální detaily nebo v úkolech, které vyžadují práci s pravidly, jako je třídění, kopírování a rutinní činnosti. Dokáží si přesně zapamatovat a popsat chování druhého člověka, a to i na dlouhou dobu (Vermeulen, 2006), nebo obrovské množství izolovaných informací, jež na druhou stranu bohužel nezvládají propojovat do smysluplných celků (Jelínková, 2008). Z těchto faktů plynou i určitá pozitiva autistického myšlení – kvůli odlišnosti může někdy docházet k jedinečné formě originality (Vermeulen, 2006).

2.4.4 Generalizace

„Generalizace znamená, že určitá dovednost předvedená za specifických okolností je přítomna i za jiných podmínek“ (Richman, 2006, s. 24). To znamená, že dítě zvládnutou dovednost dokáže aplikovat v různých situacích, variantách (Richman, 2006).

Přizpůsobit se sociálnímu chování dokáže člověk díky své schopnosti „vycítit“ kontext situace, ale jedinci s autismem vlivem nedostatků v představivosti tuto schopnost postrádají, sociální pravidla chápou doslovně. Mají problémy zevšeobecnit (generalizovat) a aplikovat tato pravidla do potřebných situací (Vermeulen, 2006). Tyto potíže jsou nejvíce patrné a extrémní při učení se novým vzorcům chování. V praxi to může například vypadat následovně: činnost, kterou dítě zvládá ve škole, není schopno plnit doma – dítě se ve škole naučí jednotlivé části těla, ale doma si získané vědomosti nevybaví.

Postiženy jsou všechny typy zobecňování (Schopler, Mesibov, 1997). To se týká oblasti komunikace, sociálních a pracovních dovedností, volného času, doby, kdy je dítě ponecháno osamotě apod. (Peeters, 1998).

Schopler a Mesibov (1997) rozdělují zevšeobecňování na dva typy. Prvním typem jsou nedostatky v reakční generalizaci, které se projevují, naučí-li se dítě určitému chování, ale už je nedovede použít v podobné situaci. Druhý typ zahrnuje potíže s generalizací v čase. Dítě zvládá určité chování či návyky, ale po uplynutí nějaké doby tyto dovednosti ztratí a není schopno se takto chovat.

Někteří lidé s autismem se naučí určitým způsobům sociálního chování a na požádání získané dovednosti realizují, nicméně nejsou schopni pochopit, z jakého důvodu ostatní trvají na určitém druhu chování (Vermeulen, 2006).

2.4.5 Smyslové vnímání

Prostřednictvím vnímání mohou lidé poznávat svět kolem sebe, učit se a být schopni naučené dovednosti a poznatky aplikovat při organizaci dění podle svých představ a ke svému prospěchu. Ačkoli u osob s poruchou autistického spektra není známa příčina abnormalit v oblasti percepce, jsou jejich reakce na smyslové podněty značně nestabilní (Jelínková, 2008). Základní odlišností je specifický způsob vnímání, přecitlivělost nebo naopak nízká citlivost (Thorová, 2006). Zvýšená citlivost se objevuje na některé zvuky a způsoby doteku, ale nízkoprahová bolest se neprojevuje téměř žádnou reakcí (Rimland in Attwood, 2005).

Sluchové postižení bývá velmi často přidruženým problémem zaznamenaným zhruba u čtvrtiny případů s poruchou autismu a není výjimkou i úplná hluchota (Jelínková, 2008). Z osobních výpovědí a klinických pozorování byly zjištěny tři nejčastější druhy zvuků, na které jsou jedinci s poruchou autismu přecitlivělí. První skupinu tvoří náhlé, nečekané a ostré zvuky, jakými jsou např. štěkot psa, zvonění telefonu, kašel apod. Dále se jedná o dlouhodobější a vysoké tóny – zvuky mixéru, fénu, sekačky a dalších domácích či zahradních přístrojů (Attwood, 2005).

Přibližně jedna třetina lidí s autismem trpí zrakovou vadou (Jelínková, 2008) a velmi často se u nich vyskytuje vyhýbání se zrakovému kontaktu, strach z pohledu do dálky, roztěkanost pohledu, déletrvající a upřené zírání do světla (Vilášková in Jelínková, 2008). Přecitlivělé reakce zrakového vnímání se mohou objevovat na silné či specifické osvětlení či jasné barvy (Attwood, 2005).

Hypersezivitu mohou podnítit i některé taktilní podněty, např. některé druhy oblečení a tkanin nebo určité pracovní materiály (Jelínková, 2008). Dítě také odmítá tělesný kontakt, nechce se mazlit a nemá rádo nepředvídané doteky. Odmítavý postoj může mít i k česání, stříhání nehtů či vlasů (Thorová, 2006).

Někdy se normě vymyká i percepce čichu a chuti, což je zřejmé ve výrazném preferování určitých jídel a odmítáním pestré stravy (Jelínková, 2008) nebo v negativních reakcích i na změny parfému, aviváže či úklidových prostředků, jež mohou dítěti neskutečně vadit (Attwood, 2005).

Kvůli odlišnému vnímání mohou nastat komplikace ve výchovně vzdělávacím procesu, což od zainteresovaných pracovníků vyžaduje značnou dávku empatie a detektivních analytických schopností. S narůstajícím věkem začíná intenzita přecitlivělosti samovolně klesat, ovšem nemusí to být pravidlem. Snižování abnormalit ve vnímání napomáhají různé behaviorální techniky či pedagogické nácviky (Thorová, 2006).

2.4.6 Emocionalita

Kolem třetího až čtvrtého roku věku zdravého dítěte je jeho emoční reaktivita výrazně nevyzrálá, což je patrné při únavě a zátěži, kdy reagují pláčem, podrážděností, mívají různě silné záchvaty vzteku. Avšak později dokáží své pocity lépe kontrolovat. Děti s autismem mívají po většinu dne neutrální, pasivní náladu, která může být i bez přítomnosti vnějšího podnětu narušena jejich emoční labilitou. Na některé vnější podněty mohou reagovat opačnými emocemi, než které tomu odpovídají (Thorová, 2006).

Jen málo případů vyvíjí úsilí sdělovat někomu běžným způsobem své bolesti či rozladění nebo s někým sdílet radost či pocity štěstí (Howlin, 2005). Potíže s vyjadřováním svých pocitů přiměřeným způsobem bývají velkým problémem i pro postižené dítě s dobrým intelektem. Neschopnost dávat své pocity najevo vede některé rodiče i učitele k mylné domněnce, že těmto lidem city chybí (Jelínková, 2001).

V raném věku děti s PAS dávají najevo jen velmi málo emocí, nebo je v extrémních případech neprojevují vůbec. Reakce na příjemné a nepříjemné podněty se liší svou intenzitou i způsobem projevu (Thorová, 2006). Nemají přirozenou schopnost spontánně se radovat, když vidí známý obličej, nedovedou někoho vřele přivítat, obejmout, dát pusku, neví, před kým mlčet a komu může říci rodinné tajemství. Někteří jedinci se těmto

dovednostem a vyjadřování emocí naučí, ale dělají je většinou formálním nepřirozeným způsobem (Howlin, 2005).

Obzvláště nízká schopnost snášet nepříjemné podněty může mít za následek emoční výbuchy i na podkladě banální situace (přerušení činnosti, nevyhovění přání či požadavek ke spolupráci) (Thorová, 2006). Malé sociální uvědomění má za následek řadu problémů, které se obvykle projevují nekontrolovatelným vztekem, silným křikem, bezdůvodným kousáním, bitím, škrábáním, sebezraňováním, bezcílným bloumáním, pliváním nebo špiněním (Peeters, 1998).

Schopnost empatie a chápání emocí druhých je pro jedince s poruchou autistického spektra výkon nad jeho síly (De Clerq, 2007). Jestliže jiní lidé nevyjadřují své emoce extrémně silně, není schopen tyto pocity přesně rozpoznat. Emotivní nuance a známky rozladění nedokáže zachytit (Howlin, 2005). I když dítě s autismem částečně sdílí některé emoce a zkušenosti s jinými, naučí se o lidech a citech jen velmi málo (Peeters, 1998).

3 RODINA S DÍTĚTEM POSTIŽENÝM AUTISMEM

V současnosti můžeme stále spatřovat skutečnost, že společnost není připravena pochopit a tolerovat specifické projevy chování, které s sebou porucha autistického spektra nese. Většina populace těmto zvláštnostem nerozumí, a proto je kritizuje a odsuzuje (Pátá, 2008). Přitom ale záleží i na ní, aby rodině podala pomocnou ruku a usnadnila zvládání prvních kroků na dlouhé trati výchovy dítěte s postižením, protože skutečnost, jaká bude odezva a postoj rodiny k dítěti, je pro jeho další vývoj klíčová (Jelínková, 2008).

Žádní rodiče dítěte s postižením, jež jsou pevně rozhodnuti za svého potomka bojovat a pomoci mu v každém směru, nechtějí svého syna či dceru vidět jako neovladatelnou trosku v ústavu sociální péče. Přejí si, aby jejich dítě zůstalo v teple domova, rozvíjelo se a uplatňovalo v rámci svých možností, bylo šťastné a milované. Z toho důvodu je nutný důraz na důslednou výchovu již od dětství (Pátá, 2008).

Pro správné porozumění specifickým nárokům kladeným na rodinu dítěte s PAS je potřeba si uvědomit, že všichni rodiče prožívají občas stresové situace. Psychické vyčerpání pramenící z výchovy jejich potomka je odvozeno od rozsahu jeho postižení a mění se s chodem rodinného života. (Scholpler, Mesibov, 1997).

V některých rodinách se prarodiče či blízcí příbuzní snaží v dobré víře pomoci svými radami, které jsou pouze scestné a postižené dítě navíc svými nápady a zlepšováky zatěžují a znervózňují. V těchto situacích blízké osoby často netuší, co diagnóza poruchy autismu

obnáší. V nejhorších případech se stává, že se rodiče setkávají s obviňujícími výroky, jež jim na optimismu rozhodně nepřidají. Na druhou stranu může být v širší rodině nastolen báječný vztah a nabídnuta patřičná pomoc ve chvílích, kdy rodiče dítěte s autismem potřebují nutný odpočinek. Ovšem i bezproblémový vztah nezaručuje, že se rodiče občas nevyhnou odlišným názorům na výchovu svého potomka, ale takové situace lze považovat spíše za hledisko generačního rozdílu (Pátá, 2008).

Na nesnázích a těžkostech plynoucích z péče o dítě s postižením se shoduje i odborná literatura, která potvrzuje, že rodina je vystavena neobvyklým nárokům. Ačkoli jsou rodiny pod vlivem přítomnosti postižení vystaveny vyšší míře stresu, každá z nich tuto krizovou situaci zvládá jinak. Některé se stávají značně dysfunkčními, jiné se nedomnívají, že by jejich funkce byla vážným způsobem narušena a jsou i rodiny, které tvrdí, že jejich život byl obohacen o naplňování potřeb postiženého dítěte. (Schopler, Mesibov, 1997).

3.1 Stádia vyrovnávání se s diagnózou

Už v době před samotným narozením dítěte si rodiče k němu utváří vztah, představují si jeho úspěšnou budoucnost. Po sdělení diagnózy a konstatování skutečnosti o jak závažné postižení jde, se všechny ideály a vize hrouť jak domeček z karet. Prudká ztráta vysněného obrazu štěstí se náhle mění v pocity selhání a vyvolá šok (Thorová, 2006).

1. Stádium šoku

Jedná se o období, které následuje bezprostředně po sdělení diagnózy a charakterizuje se silnými emocemi, zoufalstvím, zklamáním, zmatkem a skepsí (Vosmik, Bělohlávková, 2010). Bolestná zpráva a nepříjemný prožitek může trvat různě dlouhou dobu – po několik hodin, dnů, týdnů, výjimečně i déle (Fitznerová, 2011). Myšlenky šokovaných rodičů se v tu chvíli týkají pouze nejpodstatnějších otázek, a to charakteristiky poruchy, možnosti samostatnosti, vzdělávání a celkové budoucnosti dítěte (Thorová, 2006). Odborník, který tuto zprávu sdělil, by měl rodičům poskytnout prostor a soukromí pro projevení emocí a zachovat klid při případném hněvu. Rovněž by od něj měla vzejít ochota a nabídnutí pomoci v podobě poskytnutí zcela racionálních informací o možnostech integrace jejich dítěte (Vosmik, Bělohlávková, 2010).

Získání dostatečného množství informací je velice důležitým prvkem pro předcházení zátěže. Dobře informovaní rodiče se mohou lépe připravit na nastávající situace a mohou také navázat potřebné kontakty s dalšími odborníky, kteří by jim mohli pomoci. Právě

důvěrná spolupráce odborníků a rodiny je základem v nabízení a poskytování péče o dítě s postižením (Sikorová, Birteková, 2011).

Nastane-li situace, kdy lékaři přesně neví, o jaký problém se jedná, rozpoutá se v rodině zdoluhavé a vyčerpávající pátrání po diagnóze. Z důvodu přetrvávající nejistoty je situace, kterou lze přirovnat k chůzi po minovém poli, ještě horší a může být spouštěčem frustrace (Fitznerová, 2010).

2. Stádium zapojení obranných mechanismů

Typické je hledání příčiny a viníka nejčastěji v osobě lékaře, či zdravotního personálu nebo v horším případě mezi nejbližšími. Obviňování je uskutečňováno pod vlivem spontánnosti a je nespravedlivé, neověřené až nesmyslné (Fitznerová, 2011). V případě únikové reakce rodiny se setkáváme s popíráním a nepřijetím diagnózy, odmítáním dalších nutných vyšetření a nabízené pomoci (Vosmik, Bělohlávková, 2010). Jakékoli zlepšení je vnímáno jako možný faktor k vyvrácení určené diagnózy. Jestliže blízké osoby (širší rodina a přátelé) utvrzují rodiče v jejich smýšlení, pak se toto období prodlužuje (Thorová, 2006).

Další obrannou reakcí může být víra v nějakou zázračnou metodu, která postižené dítě vyléčí. Odborník by v této fázi měl vysvětlit závažnost poruchy, důležitost včasné intervence a diferencovat alternativní a klasické terapeutické proudy (Vosmik, Bělohlávková, 2010).

3. Stádium deprese

V tomto období krize dochází v rodině ke konfliktům, vzájemnému obviňování, střídání záchvatů sebelítosti s prudkými negativními reakcemi na lítost druhých (Thorová, 2006). Rodiče trápí trýznivé domněnky a pocity, že právě oni jsou příčinou vzniklé nemoci u svého syna či své dcery. Hlavně matky podléhají sebeobviňování a poukazují na „přestupky“, kterých se v době těhotenství dopustily – málo spaly, jedly nezdravě, podcenily užívání vitamínů pro těhotné, hádaly se s partnerem nebo se jakýmkoli jiným způsobem stresovaly (Pátá, 2008).

Přítomné emoce považujeme za normální, je potřeba je přijímat, mluvit o nich a zároveň rodičům nabízet racionální přístup, což vyžaduje zvýšenou míru trpělivosti a tolerance. Důležité je u rodičů vyvrátit vinu a pocity selhání, potřebují slyšet, že jsou nenahraditelní. Snažíme se u nich vyvolat aktivní přístup v řešení situace (Vosmik, Bělohlávková, 2010).

4. Kompenzované (realistické) stádium

Depresivní stavy odeznívají, a tíživá situace je v rodině více přijímána. Rodiče změnili své očekávání a začínají se účelně starat (Thorová, 2006) a zajímat o možnosti procesu integrace dítěte. Zapojení rodičů do řešení problému je velmi efektivní, obzvláště pak konkrétní vytyčení aktivní účasti tatínka, může do značné míry pozitivně ovlivňovat a stabilizovat rodinu (Vosmik, Bělohávková, 2010).

5. Stádium životní rovnováhy a přebudování hodnot

Doba plná krize a traumatu je překonána, dítě je bráno takové, jaké je. Rodina je stmelená a v rovnováze. Hledá nejvhodnější varianty péče, přístupů a podmínek do budoucna. Hodnotový žebříček celé rodiny je v důsledku vzniklé situace často pozměněn (Thorová, 2006). Není však pravidlem, že k tomuto ideálnímu stavu zaručeně vždy dojde. Všichni členové rodiny nemají totiž stejné předpoklady ke zvládání náporu stresu, a proto je žádoucí, aby byla odborná pomoc poskytnuta i těm, kteří to potřebují (Vosmik, Bělohávková, 2010).

Každé stádium mívá jinou délku trvání a jejich průběh bývá velmi variabilní, protože se v něm odráží mnoho vzájemně prolínajících se faktorů. Odborná pomoc musí vycházet ze všech důkladně zjištěných aspektů, aby situaci komplexně analyzovala a vytvořila patřičný individuální plán podpory rodiny (Jelínková, 2008).

3.2 Partnerské problémy

Koherentní vztah rodičů je vlivem náročností situace s handicapovaným dítětem podroben tlaku, a to především v počátečních fázích. Postupně dochází k nástupu únavy, a to po stránce tělesné, duševní i emocionální, což může partnerské semknutí snadno ohrozit. Mlčení a zatajování svých pocitů v těchto obtížných situacích považují někteří lidé za dobré východisko. Ovšem neuvědomují si, že tímto přístupem se kontakt začíná oslabovat, vzájemná komunikace vytrácet a následně pozvolna dochází k odcizení, až případnému rozvodu.

Kromě společné konverzace je velmi důležité najít společný čas a trávit ho aktivitami, které rodičům připomenou bezstarostné období před vzniklou situací. Nenechat se pohltit domněnkou, že pouze oni zvládnou dítě s postižením správně uhlídat a poskytnout mu dostatečnou péči (Kerrová, 1997).

Děti velice rychle poznají, že ve vztahu rodičů není něco v pořádku, což má nepříznivý účinek na jejich náladové rozpoložení, a proto by se rodiče měli umět dokázat od postiženého dítěte odpoutat natolik, aby mohli naplňovat také svoje potřeby – mysleli rovněž na sebe (Fitznerová, 2011).

Otcové velkou část dne tráví v zaměstnání, a proto do jisté míry unikají každodennímu stresu, ale od nároků na výchovu dítěte osvobozeni nejsou. Tato forma svobody je však pro pracující ženy v domácnosti nedostupná a nastávají situace, kdy matky těchto dětí si uvědomují své psychické vytížení a vnímají se jako středně depresivní.

Pokud jsou rodiče (nebo rodina) dlouhodobě ponořeni v depresi a převládají u nich stavy dezorganizace a chaosu, pak lze očekávat velké potíže při vytváření podmínek orientovaných na dobré prospívání postiženého dítěte. Z toho jasně vyplývá, jaký dopad mohou mít rodinné problémy na vývoj dítěte s autismem. Ovšem i naopak dítě s poruchou do značné míry ovlivňuje fungování rodiny. Tyto dvě jednotky na sebe vzájemně působí – s dysfunkcí rodiny se zvyšují potřeby dítěte a s problémy dítěte rostou i těžkosti rodiny (Schopler, Mesibov, 1997).

Pátá (2008) podává rodičům doporučení, aby se neobviňovali, nepátrali po příčinách a nezatěžovali se myšlenkami se slovem *kdyby*. Apeluje na to, aby rodiče nejen žili pro svého potomka a v rámci svých sil se snažili o jeho maximálně možný rozvoj, ale aby rovněž nezapomínali na sebe. Jedině skutečné přijetí handicapu jejich dítěte a radost i z maličkých úspěchů a pokroků může vést ke štěstí celé rodiny.

„Vyrovnat se s tak tíživými životními úkoly je svědectvím o velkém hrdinství. Umožnit dítěti i sobě za těchto okolností uspokojivý, ba šťastný život je dílo mimořádné hodnoty osobní i společenské.“ Zdeněk Matějček (Fitznerová, 2011, s. 53).

3.3 Sourozenecké vazby

Prvním kontaktem, do kterého dítě přichází hned po rodičích, jsou sourozenci. V průběhu života člověk nenaváže s nikým jiným delší vztah, než s nimi a je-li vycházení s nimi pozitivně laděno, zjednodušuje se tím rodinný život (Richman, 2006).

Následkem nově vzniklé situace, kterou je příchod postiženého člena do rodiny, nastávají těžké chvíle nejen pro rodiče, ale i pro sourozence daného dítěte, na něž žálí, protože je mu věnováno více pozornosti. Začíná proces utváření vztahu mezi sourozenci doprovázený intenzivními a rozporuplnými emocemi. Na jedné straně zdraví sourozenci

zažívají pocity strachu, odporu, studu, zloby, viny až deprese a považují se za méněcenné, ale současně se v nich probouzí pocit lásky, hrdosti a potřeby chránit (Kerrová, 1997).

Někdy soužití s postiženým bratrem či sestrou může u sourozenců vést k propuknutí frustrace, která je způsobena nedostatkem rodičovské pozornosti, obětavým a pomocným přístupem k handicapovanému sourozenci (Schopler, Mesibov, 1997). Z vnějšího prostředí mohou rovněž přicházet těžkosti plynoucí z postojů vrstevníků, kteří se zdravému dítěti mohou posmívat (Richman, 2006). Tyto potíže nabývají tím větší intenzity, čím je těžší postižení (Schopler, Mesibov, 1997).

Zdravé děti těžko chápou specifické projevy chování svého sourozence s autismem, vyjadřování hrdosti rodičů i nad téměř nepatrným úspěchem a větší příděl sladkostí. Někdy se musí vyrovnat i s postavením do role pomocníka pečujícího o staršího bratra či sestru. Pokud nastane situace, že na zdravé dítě je položeno břímě odpovědnosti nepřiměřené jeho věku, pak zaručeně jeho optimální vývoj utrpí újmu (Richman, 2006). Na zdravého sourozence jsou kladeny psychické nároky, které dítě nemusí ustát a mohou se po této stránce jeho osobnosti vyskytnout problémy. O narušení psychické rovnováhy zdravého dítěte informují okolí např.: jeho poruchy spánku, opakované pocení, regresivní projevy, náladovost, samotářství, zhoršení školního prospěchu, zvýšená agresivita, nebo naopak nepřirozené chování, bez známek žárlivosti a rebelie (Kerrová, 1997). Vztah mezi zdravým a postiženým dítětem plyne tedy z poskytované rodičovské péče. Pokud je zdravé dítě v rodině nespokojené, může dojít k ohrožení vztahu k jeho sourozenci s handicapem (Ghanizadeh, Alishahi, Ashkani, 2009).

Pokud si má zdravé dítě vybudovat pozitivní vztah k bratru či sestře s autismem, je důležité mu danou poruchu přiblížit, charakterizovat. Zároveň by se měl u dětí vytvářet pocit rovnosti a přístup ke zdravému dítěti by měl být jako k jedinečné osobnosti (Richman, 2006).

4 KLÍČOVÉ OBLASTI ROZVOJE DÍTĚTE S AUTISMEM

Názory moderní medicíny i psychologie kladou důraz na výchovu dítěte už od prvních dnů jeho života. Výchovou není myšleno pouhé uspokojení biologických potřeb, tedy dostatečná výživa, správná hygiena a uložení dítěte ke spánku, ale myslí se tím i pocit tělesné blízkosti při chování, něžný a láskyplný hlas rodičů i dalších osob, společná hra či nějaká forma jednoduchého cvičení, aby se jedinec mohl dobře vyvíjet. Ačkoli se dítě s postižením vyvíjí pomaleji, přesto tento přístup bude značnou podporou v postupných

krůčcích vedoucích k jeho správnému tělesnému, duševnímu i sociálnímu růstu. Bez patřičné péče a výchovného úsilí by se dítě opožďovalo mnohem výrazněji.

Základním kamenem výchovy je dodržování smluvených pravidel, stanovení hranic chování, smysluplnost jednání a v neposlední řadě také důslednost v pokynech a konání. Dítě vyžaduje lásku, porozumění a velkou dávku trpělivosti ze strany dospělých, aby se samostatně učilo zacházet se svými možnostmi a omezeními (Fitznerová, 2010).

Výchova dítěte s poruchou autistického spektra je však odlišná, aplikace běžných výchovných postupů, prostředků a metod v tomto případě selhává. Některé rady sice bývají účinné, ale trvání tohoto stavu není dlouhodobé (Straussová, Knotková, 2011). Proto jakmile se zjistí první příznaky možné poruchy, je žádoucí zaměřit se na hledání četných variabilních podnětů, kterými lze rozvíjet smysly, motoriku, komunikaci, výchovné hry, emocionální stránku jedince apod. (Vocílka, 1995).

Rodiče snaží přijít na správný výchovný postup, ale často jejich úsilí opakovaně končí neúspěchem. Ovšem není to pouze matka a otec, kteří prožívají zklamání vedoucí k bezradnosti, ale stejná situace bohužel nastává i u některých pedagogů. Pokud si učitelé neví rady, jak pracovat se žákem trpícím autismem, spatřují příčinu svých nezdarů a bezmoci v nedůsledné výchově rodiny.

Pokud má být práce s dítětem s poruchou autistického spektra úspěšná, je důležité soustředit se pouze na problematické oblasti a projevy a hledat jejich příčinu. Není podstatné řešit slovní vyjadřování, ale způsoby účelné komunikace, nezabývat se zlostnými afekty, ale pátrat po jejich spouštěči, neřešit nevhodné chování, ale rozvíjet schopnost hrát si a zabavit se, učit dítě orientovat se v sociálních situacích a posilovat jeho sebevědomí (Straussová, Knotková, 2011).

4.1 Rozvoj a způsoby komunikace

Dítě již v počátcích svého postnatálního vývoje ze sebe vydává hlas, experimentuje s mluvidly. Později se snaží napodobovat vše, co vidělo či slyšelo. Rozvoj řeči u každého jedince probíhá na podkladě jeho individuálních vlastností a stupni jeho zralosti, je tedy dán i mírou vývojových nedostatků. Proto je důležitá prevence či včasná logopedická intervence zabraňující vzniku či rozvinutí řečových vad a poruch. Pro správný rozvoj by se dítě mělo setkávat se správným a laskavým mluvním vzorem, s poskytováním dostatečných příležitostí k vyjadřování a měla by se posilovat obousměrná komunikace. Také se doporučuje využívat hudbu či zpěv k rozvoji rytmicity (Krahulcová, 2003).

Jazyk je pro děti abstraktní a příliš složitý, proto je vhodné volit konkrétnější alternativní a podpůrnou komunikaci, při níž by obsah sdělení byl viditelnější (Jelínková, 2008). Alternativní komunikací se rozumí jakákoli náhrada slovního vyjadřování. Jedná se tedy o dorozumívání prostřednictvím jiných systémů, jako je např. znakový jazyk, využívání elektronických médií apod., jehož účelem je lepší vedení k integraci jedinců s postižením (Hartl, Hartlová, 2000).

Zhruba u poloviny z celkového počtu lidí s autismem se řeč nerozvinula nebo používají slova, ale jejich obsah neznají. Stejně tak i obrázky jsou pro tyto osoby opět jen obrázky a předměty jsou předměty. To, že jim tyto prostředky mohou sloužit k vyjádření jejich potřeb, přání a zájmů, se musí teprve naučit (Gillberg, Peeters, 2003). Osvojování je podmíněné přítomností a rozvojem expresivní složky řeči (Čadilová, Žampachová, 2008). Dítě totiž odposlouchává specifické zvuky jazyka a díky vrozeným dispozicím se snaží dané zvuky reprodukovat – brouká a žvatlá (Vágnerová, 2000). Ve chvíli, kdy se tyto zvuky u dítěte objeví, je vhodné je podporovat, i když nedávají smysl. Každý verbální projev posiluje mimické svaly, které jsou důležité pro rozvoj řeči. Pokud rodiče chtějí pomoci s vytvářením expresivního jazyka, měli by k tomuto vyjadřování napomáhat a žvatlat společně s dítětem. Pokud se dítě vyjadřuje pomocí různých slov, je vhodné s ním nacvičovat jednoduché formulace, které by mohlo využívat a vhodně jimi reagovat na určité situace. Děti s autismem totiž mají sklony k postupnému osvojování jednotlivých frází (Richman, 2006).

Pokud se u dítěte se menším postižením zvolí verbální forma komunikace, je nutné používat jednoduchý slovník, krátké a jednoznačné věty bez užívání ironie, sarkasmu a slovního humoru (Jelínková, 2008). Dobré a podněcující prostředí k rozvoji dovedností v této oblasti nabízí každodenní situace, při kterých by dítěti měl být poskytnut dostatek prostoru pro jeho vlastní iniciativu. Tzn. nepřebírat aktivitu na sebe a nepředcházet jeho přáním, ale vést dítě k tomu, aby se samo vyjádřilo nebo se o to alespoň pokusilo. K tomu je však potřebná odpovídající motivace (Čadilová, Žampachová, 2008). Pro některé děti může být velkým motivačním lákadlem jídlo. Právě příprava obědu, svačiny či prostírání a podávání jídla poskytuje především rodičům četné možnosti k navození vzájemné interakce a podpoře komunikačních dovedností. Takovéto chvíle prospívají dítěti dvojnásob – rozvíjí příslušnou oblast osobnosti a navíc uspokojují dětskou touhu po odměně, čímž je dobré jídlo (Griffin, Sandler, 2012).

Kromě aktivní složky verbálního vyjadřování je rovněž vhodné stimulovat rozvoj pasivní slovní zásoby, a to nejlépe jednoduchými slovními frázemi, kratšími větami,

užíváním a procvičováním nesložitých instrukcí a jejich stálým opakováním, přičemž je důležité vycházet z přítomnosti. K osvojování si těchto slov je také přijatelné využít vizualizace konkrétního předmětu nebo činnosti. Velkým přínosem rozvoje pasivní slovní zásoby je založení sešitu s obrázky a fotografiemi různých pojmů. Tento zdroj informací by se měl s dítětem opakovaně prohlížet a jednotlivé obrázky komentovat, vyprávět si o nich různé příběhy. Tyto aktivity lze aplikovat i při práci s obrázkovými knihami, které by měly být pro dítě zajímavé a odpovídající jeho věku. (Říhová, Vitásková, 2012).

Nedostatečné pochopení předávané informace vede k neuspokojení, což může být příčinou neustálého vyptávání dítěte. V takovém případě je potřeba zjistit důvod, proč dítě danému sdělení nerozumělo a hledat jiný způsob předání informace, i když někdy jen stačí zprávu pouze přeformulovat, podat k tomu vysvětlení nebo zvolit alternativní způsob komunikace, jenž může být ve verbální i neverbální formě (Howlin, 2005).

Při nástupu do školského zařízení by se měl každý vychovatel seznámit se všemi možnými schopnostmi postiženého žáka. Pokud jedinec umí komunikovat verbálně, pak je žádoucí v něm tuto dovednost podporovat a netolerovat jeho tendence komunikovat pouze gesty či znaky.

Obdobně je tomu u dětí nemluvicích - užívají-li k dorozumívání gesta, musí je pedagogové pochopit a této formě dorozumívání se přizpůsobit. Když se vyskytne nějaká nová skutečnost, pojem, mělo by se dítě naučit novému, vhodnějšímu gestu (Walker in Howlin, 2005). Jestliže některé děti používají ke komunikaci ukazování, je na místě těmto gestům porozumět a vypěstovat v dítěti návyk ukazovat na konkrétní věc, kterou si právě přeje. Přitom je dobré je podněcovat, aby se verbálně snažilo vyslovit danou věc, po které touží, nebo své přání alespoň expresivně vyjádřilo. Samozřejmá je motivace dítěte a výběr takových věcí, jež jsou pro dítě dostatečně přitažlivé (Richman, 2006).

Říhová, Vitásková (2012) doporučují nácvik komunikačních gest před zrcadlem. Střídá se předvedení gesta a jeho pojmenování. Při prvních fázích nácviku se dítěti obvykle podává dopomoc v podobě vedení rukou. Až jedinec gesto zvládá, je možné začít převádět do běžných, každodenních sociálních situací.

Kromě gestikulace patří mezi důležité neverbální prostředky komunikace také zrakový kontakt, jenž je u osob s PAS rovněž narušen. Avšak je možné jej stimulovat slovní výzvou (zpočátku doplněnou oblíbeným jídlem, hračkou či jiným předmětem, který má dítě rádo). Dalšími možnostmi nácviku je přerušení oblíbené činnosti dítěte a spontánní výzva k navázání zrakového kontaktu nebo využívání písniček a říkadel k tomuto účelu,

přičemž lze říkanku přerušit a teprve po patřičném úkonu dítěte říkanku dokončit (Říhová, Vitásková, 2012).

Rodiče obvykle zažívají bolest, pokud od své dcery či svého syna neslyší alespoň několik slovíček a nemohou se domluvit. Vzájemná komunikace však nespočívá v řečových dovednostech, ale ve sdílení. Je důležité, aby se dítě naučilo dorozumívat se s ostatními, a proto je nácvik nějakého způsobu komunikace nemine (Straussová, Knotková, 2011). Tím není myšlena pouze výuka ve striktním smyslu slova, ale snaha naučit každému podstatnému momentu, jenž podporuje přípravu jedince na samostatný a smysluplný život (Peeters, 1998).

Velké problémy nastávají při užití abstraktních pojmů, které děti s autismem těžko chápou, ale jejichž výskytu ve vyjadřování není možné se vyhnout. Proto by děti měly být s tímto pojmem seznámeny, a to konkrétnějším vysvětlením, rozkreslením obměnné situace či jinou formou vizualizace (Říhová, Vitásková, 2012). Komunikování za doprovodu vizuálních prostředků bývá mnohem uspokojivější než samostatná verbalizace. Užití fotografie či obrázku místa, kam rodina či školní třída jede, nebo ukázka osoby, se kterou se dítě setká, přinese lepší porozumění a prozradí mu více než pouhá slova (MacDuff, Krantz a McClannahan in Howlin, 2005). Abstraktní věci se za použití obrázků či předmětů stávají konkrétnějšími a děti s autismem jsou tak osvobozeny od obtíží v chápání hůře představitelných pojmových významů a posloupnosti v čase (Peeters, 1998). Kartičky s konkrétními příklady složitějších pojmů je dobré zalaminátovat, aby se chránily před zničením. I dětem, jež zvládají slovní vyjadřování, ale z neobjasněného důvodu nechťejí mluvit, mohou alternativní způsoby dorozumívání pomoci. Ačkoli zmíněné vizuální prostředky kladou nižší nároky na slovní vyjadřování, myšlení a paměť, je jich využíváno spíše ve vlastním komunikačním systému dítěte, který jim slouží k uspokojování jeho potřeb a zájmů. Na aktivní práci s obrázky je postaven komunikační systém PECS (Picture Exchange Communication System) autorů Bondyho a Frosta (Howlin, 2005).

Systému PECS je jednou z existujících metod, která vede k rychlejšímu osvojení dorozumívání, aniž by vyžadovala řeč či napodobování. Není orientována pouze na neverbálně komunikující děti. Mohou z ní mít prospěch i děti, které používají slova, ale nemají snahu, dostatečnou iniciativu je k dorozumívání používat. Pokud se rodiče či vychovatelé rozhodnou zavést tento způsob komunikace, je důležité zjistit, co dítě rádo dělá, aby věděli, jak upoutat jeho pozornost (Bondy, Frost, 2007). Z tohoto systému vychází další používaná komunikační metodika, kterou je VOKS – Výměnný obrázkový

komunikační systém autorky Margity Knapcové. Oproti systému PECS obsahuje více základních lekcí a doplňkové lekce jsou rozšířenější, využívá se konkrétních příkladů, zkušeností fotografií, příběhů a rad samotné autorky. Nejvýznamnějším znakem je však adaptibilita na jazykové aspekty češtiny a apel na vizuální podporu řeči komunikačních partnerů dítěte (Knapcová in Říhová, Vitásková, 2012).

Kromě verbálního či neverbálního vyjadřování je podstatné u dítěte s poruchou autistického spektra vybudovat pevná pravidla týkající se vhodných a nevhodných témat konverzace. Avšak učení těmito nepsaným normám by se nemělo přeceňovat, protože ne vždy se dají uplatnit. Běžnou lidskou komunikaci totiž řídí velmi jemné, složité a těžko popisované vlivy a z toho je zřejmé, že aplikace stabilních a neflexibilních pravidel může být prospěšně realizována pouze v patřičných situacích. Při jiných příležitostech nabývá opačného efektu (Howlin, 2005).

Narušené komunikační schopnosti podstatnou měrou negativně ovlivňují biologický, duševní i sociální vývoj jedinců s poruchami autistického spektra. Proto je velmi důležitá spolupráce s logopedickými odborníky (Říhová, Vitásková, 2012).

4.2 Rozvoj sociálních dovedností

Většina zdravých dětí se nepotřebuje učit žádná sociální pravidla, protože jsou obdarovány vrozeným smyslem umožňujícím jim rozpoznat a vyhodnotit nuance v sociálních vztazích a vhodně tomu uzpůsobit své jednání (Howlin, 2005).

Úspěšné zvládání sociálního chování patří k nejtěžším úkolů v intervenčních postupech dětí s poruchou autistického spektra, protože jejich nepružné myšlení brání přizpůsobení osvojeného jednání různým situacím. Učení v této oblasti probíhá prakticky po celý jejich život. Projevy sociálního chování totiž nejsou stálé, ale naopak dynamické a je možné je měnit. Jedinci, kteří byli odtaziti, pasivní a spíše samotářští, se správným vedením postupně mění v aktivní a kontaktní bytosti (Čadilová, Žampachová, 2008).

Pro děti s autismem je nejdůležitější vytvořit jasná, snáze pochopitelná a stručně formulovaná pravidla týkající se přijatelných a neakceptovatelných způsobů chování, což je pro jedince s narušenými sociálními dovednostmi klíčové (Howlin, 2005). Schopnost, že dítě začne diferencovat vhodnost svého jednání v určitých situacích, se neobjeví přes noc. Jsou situace, které snáší obzvláště špatně a právě v těchto chvílích je důležitý trénink, který by měli napřed zahájit rodiče doma (ve známém prostředí) a poté

na jejich úsilí navážou další osoby. Nakonec naučenou dovednost mohou dospělí aplikovat v reálných situacích (Newman, 2004). Při nácviku norem je výhodné nastavit velmi přísné, ale jednoduché pravidlo, ne náročné a flexibilní. Po jeho dokonalém osvojení je lze různě obměňovat. Tato výchovná strategie by měla být zahájena již v raném dětství, kdy je potřeba vést dítě k úpravě zevnějšku, oblékání, k hygieně, kontaktu s cizími osobami apod. Právě při rozhovorech často dochází k drobným „přestupkům“, kdy dítě mluví příliš nahlas nebo podotkne něco nevhodného a přítomný dospělý se snaží danou situaci zachránit a dítě pokárá. Nastane-li však nějaký problém, není dobré jej začít okamžitě řešit, protože dítě si začne hájit své právo a situace se ještě zhorší. (Howlin, 2005).

Oblast sociálních vztahů je rovněž problematická, a proto je žádoucí vytvářet příležitosti pobízející dítě ke komunikaci a postupným navazováním kontaktů s dalšími osobami (Griffin, Sandler, 2012). I když některé děti s postižením nemají zájem o druhé osoby a raději se kolektivu straní, měla by se i u nich pěstovat náklonnost a přístupnost k druhým lidem. Dobrým stimulačním prostředkem jsou v tomto případě hry podporující zrakový kontakt a podněcující k zájmu o navázání komunikace. Při těchto hrátkách lze využívat zrcadlo, do kterého lze dělat s dítětem různé grimasy se zvukovým doprovodem. Další možností je bláznivé oblečení se zářivými a výraznými doplňky, jež by mohly upoutat dětskou pozornost, nebo zvýraznění obličeje pomocí barev či využití zvukových hraček, které si dospělý přiloží k hlavě, aby při ohlédnutím za zvukem, dítě uvidělo lidský obličej. Někdy stačí vydávat i nějaké legrační zvuky nebo dítěti slabě fouknout do tváře.

Jestliže se samo dítě snaží navázat kontakt, je důležitá okamžitá zpětná vazba, dostatečně projevit fakt, že jeho přání rodič (či vychovatel) pochopil. Neodpovídání vede k poklesu úsilí a uzavření se do sebe. Z toho důvodu je žádoucí projevovanou snahu odměnit např. pochvalou, při jejímž vyjádření se dospělý nemusí držet zkrátka, ale může ji přehánět, aby dítě lépe pochopilo, že udělalo něco záslužného (Newman, 2004).

Existují různé aktivity, které podporují rozvoj sociálních vztahů všech dětí s poruchou autistického spektra, ať už jejich schopnosti v této oblasti jsou na jakékoliv úrovni. Hudba, počítače, příroda, atp. poskytují mnoho příležitostí k navázání kontaktu s dalšími vrstevníky (Howlin, 2005). Děti s autismem mají rády pohyb venku a právě hry v tomto otevřeném prostoru (např. v parku nebo na hřišti) jsou vítanou příležitostí k rozvoji sociálních dovedností (Griffin, Sandler, 2012), kde dítě může spontánně a nenásilnou formou navazovat vztahy s vrstevníky. Z toho důvodu by jim dospělí neměli bránit

ve vyzkoušení houpaček, skluzavky či prolézaček. Prospěšné je dítě zapojovat do kolektivu při různých tvůrčích činnostech (Newman, 2004). Pro budování přístupnosti dítěte k ostatním lidem je opět významná motivace. Proto je dobré začít s takovou aktivitou, kterou jedinec ovládá, má ji rád a cítí se při ní bezpečně (Griffin, Sandler, 2012).

Některé děti těžko snáší hluk, větší množství lidí, zavedení nových činností apod., vyvolávají v nich pocity úzkosti. Proto je lepší takové aktivity vynechat, což ve školním programu znamená eliminaci výletů či redukci různých činností a tím samozřejmě i komplikace pedagogům při edukačním procesu. Vždy je však velmi důležité poskytnout dítěti možnosti výběru. Jestliže porucha znemožňuje samostatný výběr, je namístě řešit tyto problémy direktivnější způsobem. Někdy je ovšem dobré vyvíjet na dítě určitý tlak, aby se oprostilo od svých stereotypů a zapojilo se do něčeho nového. Přitom se mu nesmí bránit v možnosti „úniku“, které může využít, pokud je činnost na dítě příliš složitá (Howlin, 2005). Kolektivní hra je výborným prostředkem k vytváření přátelských vztahů, sdílení pozornosti, respektování druhých dětí, rozvíjení trpělivosti a nabízení řešení problémů (Griffin, Sandler, 2012).

Pokud dítě došlo do takového stádia, že si s vrstevníky začíná hrát, měly by dospělé osoby pozorovat chování ostatních dětí vůči jedinci s postižením. Je důležité zhodnotit postoj většiny a případně včas zabránit jejich negativním projevům (Newman, 2004). Mnozí lidé s autismem mají i v dospělosti velký problém říci přímo „ne“, proto významným krokem v posilování sociálních dovedností je naučit dítě vyjádřit svůj nesouhlas, a to hlavně důrazně a zdvořile. Rodiče či vychovatelé by měli dítěti vhodným (třeba i alternativním) způsobem vysvětlit podstatu, co v určitých situacích dělat a co nedělat (Howlin, 2005).

V oblasti sociálního chování není pouhým problémem výchovné vedení a osvojování si dovedností, ale jádro potíží tkví v sociálním porozumění, což se vzhledem k vrozeným nedostatkům učí velice těžce (Jelínková, 2008). K porozumění světa by se dítě mělo vést od nejútlejšího věku, což znamená, že prvními „lektory“ v této sféře by měli být rodiče (Nesnidalová, 1995).

4.3 Rozvoj představivosti a naplňování volného času

Děti s poruchou autistického spektra naplňují svůj volný čas jinými aktivitami než ostatní děti (Čadová, Žampachová, 2008). Postrádají přirozenou zvědavost a touhu

zkusit si něco nového. Nemají zájem o kolektivní hru, protože nedovedou předvídat nastávající reakce ostatních dětí (Vocilka, 1995).

Učit se trávit volný čas jde člověku proti mysli, způsob jeho prožívání je ryze na rozhodnutí každého jedince. Avšak děti s autismem toho nejsou schopni, nedovedou si spontánně organizovat své volné chvíle, a proto by jim měly být nabídnuty možnosti výběru (Geillberg, Peeters, 2003). Ten musí individuálně odpovídat úrovni věku dítěte a být dostatečně srozumitelný, nejlépe vizualizován (Jelínková, 2008). Neustálá organizace a plánování každé minuty volného času je nemyslitelné, a proto je samozřejmé dítěti poskytnout i prostor bez strukturování volných chvil (Gillberg, Peeters, 2003).

Před poskytnutím výběru přijatelných her se musí vycházet ze schopností a dovedností daného dítěte (Richman, 2006). Sorková a Olšáková (2004) doporučují volit takové aktivity, které dovedou dítě motivovat, bavit a jsou přiměřené mentálnímu věku dítěte. Tyto činnosti je nutné analyzovat a cvičit krok po kroku.

Při zavádění nové hry se dítě nejdříve učí tu část aktivity, která je nejpodstatnější a teprve po jejím zvládnutí lze přestoupit k dalším pasážím a složitějším pravidlům (Richman, 2006). Pokud se dítě do hry nechce zapojit, je možné, že má strach z nezdaru a posměchu druhých. V takových situacích je potřeba uspořádat herní prostředí, pravidla a pokyny hry takovým způsobem, který by zajišťoval dobrý pocit dítěte s handicapem, aby dosažený úspěch je motivoval k dalším aktivitám. Ohled by neměl být brán pouze na dítě s postižením, ale i na ostatní účastníky hry, a proto je nutné důmyslně upravit pravidla hry tak, aby činnost byla snáze pochopitelná pro jedince s handicapem, ale přitom stále zajímavá i pro ostatní hráče. (Jelínková, 2008).

Právě i samotné prostředí by mělo dítě vybízet ke hraní. Místo je třeba vybavit oblíbenými hračkami a lze přidat i hračky nové. Obměna hraček je důležitá především jako preventivní opatření proti nudě a znemožnění toho, aby si dítě zvyklo pouze na jeden předmět či aktivitu (Richman, 2006).

Jestliže dítě neví, co s hračkou dělat a jak hru obměňovat, je příhodné mu to ukázat, naučit je novým herním scénářům. K tomu je výbornou metodou natočení videa. Natáčí se jednotlivé předměty, které se pojmenují a následně se s nimi předvádí různé způsoby hraní. Přitom je nutné dbát na to, aby na videu nevystupovaly žádné osoby, klip se natáčí jakoby z pohledu dítěte. Stejně tak je nutné zohledňovat i dobu, po níž by si dítě hrálo, tzn. že natočený záznam by neměl překročit zhruba 2 – 3 minuty. Způsoby hry je dobré obměňovat, měly by být stále něčím zajímavé. Značnou výhodou je, že obsah zachycený

na videu lze dítěti promítat opakovaně. Natočené video se dítěti pouští, díky vizuální podpoře je získává více herních scénářů (Straussová, Knotková, 2011).

Na rozvoj představivosti existuje široká škála her. Při jejich výběru a uplatnění se musí vycházet z toho, co má dítě rádo. Mnoho dětí s autismem miluje pohyb, což otvírá bránu k příležitostem sportovního vyžití v podobě jízdy na kole, plavání, dlouhých procházek, her venku, na hřišti, v tělocvičnách apod. Na podporu smyslového vnímání jsou vhodné aktivity, při kterých se pracuje s barvami nebo pestrými věcmi, s tvarově variabilními a zvukovými předměty (např. bubínek, píšťalka, xylofon, zvonky apod). Dalšími prostředky určenými k danému účelu jsou např. mazlení, zpěv, hry na písku nebo ve vodě (Vocilka, 1995).

Každý rodič (i vychovatel) pociťuje radost, když vidí, že dítě je šťastné a zavedená aktiva je zaujala a baví. I když jsou projevované reakce v případě osob s autismem nenápadné, vždy je dospělý pozná. Navíc nadšením ze hry dítě dosahuje motivace, která je velmi dobrým předpokladem k dalším hrám a činnostem (Newman, 2004).

4.4 Rozvoj k samostatnosti a pracovnímu chování

Každý rodič si pokládá otázky týkající se budoucnosti jeho dítěte a vroucně si přeje, aby ve společnosti bylo co možná nejvíce uplatnitelné, samostatné a vedlo spokojený život (Straussová, Knotková, 2011). Je zvláštním paradoxem, že ačkoli je dítě s poruchou autistického spektra obvykle motoricky na velmi dobré úrovni při činnostech, které ho baví, v pracovních činnostech tomu tak není.

Výchovné vedení k sebeobslužným činnostem a práci nebývá společně s oblastí volného času jedním z hlavních předmětů intenzivního zájmu ani úsilí odborníků (a někdy i rodičů), ačkoli nesystematické vedení dítěte k samostatnosti směřuje k dlouhodobější závislosti na rodině (Jelínková, 2008).

Pracovní chování nelze u dítěte nastavit ihned. Dítě musí být motivováno a mělo by mít důvod k plnění úkolů a k výdrži při práci (Straussová, Knotková, 2011). Musí se naučit zvládat spoustu různých po sobě jdoucích úkonů v každé činnosti, a proto je žádoucí začít s budováním dovedností co nejdříve. Přitom je důležité zohledňovat individuální možnosti a zvláštnosti, především pak smyslovou přecitlivělost na určité podněty nebo strach z něčeho nebo jiné abnormality (Jelínková, 2008). Osvojované dovednosti by se měly postupně aplikovat v různých prostředích. Nejvhodnější je začínat v prostředí, které dítě dobře zná a cítí se v něm bezpečně – v teple domova. Když dítě

zvládá činnosti doma, přechází se k jejich nácviku ve třídě, školním prostředí, kde se ocitá pod dohledem známé osoby. Poslední fází je uplatňování osvojované činnosti v rámci každodenního života, tedy jak doma, tak ve škole i mezi cizími osobami (Sorková, Olšáková, 2004).

Pokud se osvojovaná činnost skládá z více kroků, dítě s PAS se v nich ztrácí. V takových případech je východiskem rozfázování daného úkonu na menší a snazší části (Straussová, Knotková, 2011). Pokyny by se neměly formulovat příliš složitě, protože nejsou dětem příliš srozumitelné. Více se osvědčuje udávat pokyny stručně, zřetelně, s pomalým tempem v řeči a hlasitěji než obvykle. Přínosné je i využívání neverbálních složek komunikace (např. gestikulace). Některé děti dokonce lépe porozumí příkazu, když je vyřčen zpívanou melodií (Nesnidalová, 1995). Kromě uvedených aspektů je pro vyšší účinnost a lepší pochopení pracovní dovednosti jako celku významná i vizuální podpora, tedy rozkreslení celistvého úkolu na dílčí segmenty. Následně se dítě s tímto schématem seznámí prostřednictvím interpretace rodiče (vychovatele) a podle jednotlivých částí vykonává činnost společně s dospělým. Fyzická dopomoc by se měla postupně eliminovat až k její absenci. To vede dítě k tomu, aby se snažilo požadovaný úkol splnit samostatně, a to i bez slovního doprovodu (Straussová, Knotková, 2011).

Nespolupráce dítěte, jeho neschopnost koncentrace a soustředění a pobíhání po třídě nebo po pokoji je známkou nevhodného pracovního místa, které si žádá změnu tak, aby pracovní stůl byl určen pouze pro nacvičování pracovního chování (Čadilová, Žampachová, 2008). Podmínkou je respektování vymezeného pracovního času a vytváření takových úkolů, které jsou dobře srozumitelné. Pouhému slovnímu vedení nemusí dítě dobře rozumět, a proto je opět na místě vizuální podpora (Straussová, Knotková, 2011). Odmítání spolupráce bývá u dětí zapříčiněno neporozuměním dané situaci či nepochopením požadavků, které na dítě s autismem rodiče či učitelé kladou (Čadilová, Žampachová, 2008). Při nezájmu je nezbytná velká dávka trpělivosti a představivosti, jakou metodu zvolit, aby se dítě s postižením naučilo požadovanému úkonu. K dosažení stanoveného cíle se využívá názorné ukázky, fyzického vedení, trestů v podobě uložené práce navíc (jedná se o tzv. přesycení) nebo motivace něčím, co je pro dítě přitažlivé (Jelínková, 2008).

Ve chvíli, kdy je u dítěte vypěstované pracovní chování a zvládá spolupráci, se může učit samostatným úkonům a získané dovednosti aplikovat do volnočasových aktivit tak, aby se naučilo zabavit samo účelnými činnostmi (Čadilová, Žampachová, 2008).

4.5 Náprava problémového a agresivního chování

Rozhodnout míry ještě přijatelného chování a přesahování jeho hranice bývá většinou obtížné. Zejména u dětí s handicapem je stanovení těchto mantinelů náročné, protože se musí brát ohled na jejich typ postižení. Zároveň je však nutná nekompromisní přísnost a důslednost, aby integrace jedince do společnosti proběhla mnohem snáze (Newman, 2004).

Pro rozvoj žádoucího chování lze využívat metody, nazývané se sociální posilování, jejíž podstatou je upevňování správného chování pomocí odměny, kterou je pro dítě cokoli, co má rádo. Kromě odměn je pro budování vhodného chování nezbytné používat i nejmírnějších forem trestů, tedy reakcí dospělých, jakými je např. zavrtění hlavou, zamračení, slovní odmítnutí, odebrání hračky, odvedení z místnosti apod. (Schopler, Reichler, Lansing, 2011). Na principu odměňování staví i osvědčená metoda bodování, kterou je možné zavést, pod podmínkou dosažení určité mentální úrovně jedince. Při aplikování této strategie je nutné mít promyšleno, které projevy chování je potřeba u dítěte změnit a které naopak posilovat. Podle těchto východisek se vytvoří tabulka a vysvětlí se dítěti princip metody – co se od něj očekává a jak se má či nemá chovat. Každý úspěch se zaznamená bodem, který nemusí nabývat jen podoby puntíku, ale lze využít variabilnějších způsobů ztvárnění, které budou dítě více motivovat. Za nasbíraný předem stanovený počet bodů získává nějakou odměnu (Newman, 2004).

Na nepřijatelné chování dítěte se musí reagovat okamžitě, a to nejlépe rázným, výstižným a stručným krokem. Tím se tedy nemyslí fyzický trest ani vysvětlování a odůvodňování (proč se to nesmí) doprovázené křikem, ale jednoznačné slůvko „Ne!“ spojené s výrazným gestem ruky. Dítě pochopí, že provedené jednání bylo špatné, ale nebude si to spojovat s křikem a zlostí vychovatele (rodiče). Na tento zásah by se mělo ihned navázat rozptýlením na nějaký předmět nebo činnost. V těchto chvílích je velice významná důslednost, které se vychovávající osoba nesmí vzdát. V opačném případě to povede k tomu, že dítě se bude usilovně a vytrvale snažit, aby nakonec dosáhlo svého. (Newman, 2004).

Nejzávažnějším stavem potíží v chování jsou agresivní projevy, které jsou různě vymezovány, ale lze je chápat jako nepříznivé aktivní činy, které mohou vážně poškozovat zdraví konatele i okolí. Běžné výchovné strategie a zásahy se mívají účinkem (Jelínková, 2008). Při takovém afektu ovládaném svojí panovačností se doporučuje terapeutický zásah pevným objetím. Jeden z rodičů (ve školním prostředí učitel, vychovatel, asistent) uchopí

dítě pevně do náruče (buď vsedě, nebo vleže) a drží je, dokud není opět spokojené. V objetí dítě klade pochopitelný odpor a vyjadřuje své negativní pocity. Dospělá osoba se snaží dítě uklidnit houpáním, líbáním či hlazením v těsném objetí. Jedná se o namáhající a nervy drásající zásah, na jehož konci dochází ke vzájemnému uvolnění a pocitu štěstí (Prekopová, 1993). V extrémních situacích, kdy dítě ohrožuje sebe nebo okolí a využití všech mírnějších metod selhalo, je nutné přistoupit k silně omezujícím řešením. Postup v takových situacích musí být předem naplánován a musí se jej účastnit všechny osoby odpovědné za dítě. Mezi tyto metody proti ohrožujícím projevům chování patří odloučení nebo izolace (umístění do zamknuté či oddělené místnosti), tělesně nepříjemný či bolestivý stimul (tzv. averzivní stimulace) nebo zahájení terapie psychoaktivními léky (Schopler, Reichler, Lansing, 2011). V některých případech výskytu agresivního chování je nutná odborná pomoc. Naštěstí se tyto potíže objevují jen u malého procenta osob s postižením (Jelínková, 2008)

Zlatým pravidlem při řešení problémového chování je: dobré chování odměňovat a zlobení přehlížet. Někteří lidé by s tímto přístupem určitě nesouhlasili a raději by nevhodné chování dítěte „odměnili“ řádným pokáráním. Ovšem v takovém případě napomáhají právě tomu, aby se zlobení opakovalo, protože při povyku rodičů (pedagogů) dosahuje dítě svého cíle – získává pozornost, což v něm pěstuje důvod zachovat se příště stejně. Jestliže se jeho nežádoucí projevy budou ignorovat, dítě ničeho nedosáhne (Newman, 2004). Odbourávání nepřívětivých behaviorálních způsobů prostřednictvím tohoto přehlízejícího postoje se však dosáhne, jen je-li soustavně aplikován. Právě proto je nepostradatelná spolupráce mezi rodiči a učiteli (Schopler, Reichler, Lansing, 2011). Při dodržování tohoto pravidla je také důležité nezapomínat na první část jeho znění a věnovat dítěti pozornost ve chvílích, kdy je hodné (Newman, 2004).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Jak kvantitativní, tak i kvalitativní výzkum rozšiřuje znalosti o lidech a sociálním světě. Kvalitativní výzkum se však vyznačuje delším a intenzivnějším kontaktem s jedincem, skupinou, prostředím nebo situací. Badatel usiluje o získání uceleného pohledu na předmět zkoumání a jeho kontextovou logiku, přičemž využívá relativně málo standardizovaných postupů k získávání dat. Jedná se o vědecké metody určené k hloubkovému studiu jednotlivých případů, jejichž cílem je získat charakteristiku specifik, vytvářet hypotézy a rozvíjet nauku o skutečnostech světa (Hendl, 2008). Význam cíle není všestranně zaměřen, ale vždy se vztahuje k nějaké určité skupině lidí, a proto je nezbytné si odpovědět na otázku, koho bude práce zajímat. Adresáty být odborníci, studenti odpovídajícího oboru nebo lidé, kterých se dané téma týká (Šed'ová, 2007).

V případě této práce jsou referenční skupinou především rodiče a učitelé dětí s poruchami autistického spektra a další lidé, kteří hledají inspiraci a možnosti při řešení problémů ve výchovném procesu.

5.1 Cíl zkoumání

V první fázi výzkumné činnosti je potřebné stanovit si cíl práce a ujasnit si, jestli je jeho význam natolik užitečný, aby se badateli vyplatilo vkládat do něj svůj čas a úsilí.

Záměr a výzkumné otázky ukazují směr, kterým by se výzkumník měl nechat vést po celý průběh badatelského procesu (Šed'ová, 2007).

Cílem práce je zjistit, zda se u dětí s poruchou autistického spektra shodují projevy chování v rodině a ve školském zařízení, případně popsat, v čem se liší, a ukázat výchovné strategie, jakých užívají rodiče a pedagogičtí pracovníci, a současně srovnat, zda jsou tyto metody aplikované v praxi podobné metodám nabízených teorií dané problematiky. Tyto zjišťované metody se především týkají oblasti komunikace, sociálního chování, her (významných pro rozvoj představivosti), pracovního chování (potažmo samostatnosti) a problémového (agresivního) chování. Dalším cílem této práce je zjistit rozdílnost v používaných výchovných postupech. Tedy jestli pedagogové pokračují ve stejných postupech, jakými je dítě vychováváno doma, nebo volí jiné taktiky. Pro dosažení cíle byly zvoleny následující výzkumné otázky:

- Jsou projevy chování dětí s poruchou autistického spektra doma a ve školním prostředí shodné?
- Jakých postupů a metod užívají rodiče ve výchovném procesu dítěte s poruchou autistického spektra?
- Jakých postupů a metod užívají pedagogičtí pracovníci ve výchovném procesu dítěte s poruchou autistického spektra?
- Shodují se výchovné postupy a metody rodičů a pedagogických pracovníků?
- Jsou strategie řešení výchovných problémů aplikované v praxi podobné nabídce teoretických možností, nebo se užívá vlastních variabilních postupů?

5.2 Výzkumný vzorek

Při výběru výzkumného vzorku byla podmínkou diagnóza poruchy autistického spektra, vývojové období mladšího školního věku a docházka do školského zařízení. „Školské zařízení“ je uváděno úmyslně z důvodu, že i děti, které biologickým věkem spadají do vývojového období mladšího školního věku, mohou stále navštěvovat MŠ, protože jim byl doporučen odklad školní docházky. Ačkoli bylo kontaktováno více rodin, ukázalo se, že ne vždy dané dítě splňovalo stanovené podmínky, nebo rodiče nemohli vlivem pracovní vytíženosti poskytnout rozhovor, či vyslaný kontakt nebyl opětován.

Tento výběr splňují 4 děti (tři chlapci a jedna dívka), převážně mladšího školního věku. Záměrnou věkovou výjimkou je sedmnáctiletá dívka, u níž jsme se také zaměřili na vývoj v mladším školním věku, ale chtěli jsme na tomto případě rovněž demonstrovat účinnost zvolených výchovných metod. V každém z těchto případů došlo k osobnímu kontaktu s dítětem, i když třeba jen krátkodobému (v jednom případě začalo být dítě vlivem svého postižení nervózní, a tak rozhovor musel být proveden v jiné místnosti).

Do komplexního souboru lidí zúčastněných na výzkumné práci jsou zahrnuti i rodiče a pedagogičtí pracovníci (dvě učitelky ZŠ, jedna učitelka MŠ a asistentka pedagoga), kteří nám poskytly potřebné informace o daných dětech. Rozhovory s rodiči probíhaly převážně přímo v rodinném prostředí (v jednom případě mimo domov rodiny), a to převážně s matkami (v jednom případě byli přítomni oba rodiče). Jejich ochota a sdělnost byla velkorysá, protože dokonce umožnili nahlédnutí i do zpráv z různých vyšetření. Pro získání potřebných informací o chování dítěte, jeho začlenění do kolektivu, prospěchu apod. byly se svolením rodičů požádáni příslušní pedagogičtí pracovníci, kteří s dítětem nejvíce pracují. Rozhovory s nimi probíhaly přímo v prostředí školy. Kromě jednoho případu

se jednalo spíše o poskytování stručnějších informací, kdy bylo nezbytné pokládat častější otázky. Díky rodičům a pedagogickým pracovníkům tak mohla vzniknout ucelená zpráva o dítěti a metodách užitých v jeho výchově.

5.3 Použité metody

Významná hodnota kvalitativních údajů tkví v detailním popisu každodenního života zkoumaných osob, přirozené uspořádanosti a v nevyjmutí z kontextu (Hendl, 2008). Tyto údaje výzkumník získává pomocí metod, které lze chápat jako speciální postupy, jejichž prostřednictvím poznává určité jevy a snaží se odhalit a reprezentovat způsob, jakým si lidé vykládají a vytvářejí sociální realitu (Švaříček, Šedřová, 2007).

Volba metody záleží na žádoucím typu informace, na osobě, od níž budeme data sbírat, a na okolnostech, za jakých se to bude dít (Hendl, 2008). Z důvodu zjištění podrobných údajů o vývoji dítěte a zjištění co největšího množství informací, potřebných pro vytvoření případové studie, byly zvoleny dva hlavní typy metody rozhovoru – strukturovaný a nestrukturovaný typ.

Rozhovor (někdy tzv. hloubkový rozhovor) je nejčastěji používanou metodou v kvalitativním výzkumu, na jehož počátku je nutná příslušná příprava. Poté nastává fáze průběhu vlastního dotazování, přepisu a reflexe rozhovoru, analýzy dat, sepsání a prezentace výzkumné zprávy. Rozhovor lze charakterizovat jako nestandardizované dotazování výzkumníka prostřednictvím několika otevřených otázek. Podle množství otázek, připravených výzkumníkem před rozhovorem, se tato metoda dělí na dva hlavní typy (Švaříček, 2007). Prvním z nich je **rozhovor strukturovaný**, který je sestaven z mnoha důkladně formulovaných otázek, na které má účastník odpovědět. Tento způsob rozhovoru se užívá v situacích, kdy je potřebné minimalizovat variaci dotazů kladených respondentovi. Snižuje se tím pravděpodobnost, že se informace získané v individuálních rozhovorech budou zřetelně konstruktivně lišit (Hendl, 2008).

Druhý hlavní typ hloubkového rozhovoru vychází z jediného předem připraveného dotazu a další pokládané otázky se odvíjí od informací, které poskytuje zúčastněná osoba. V tomto případě výzkumník používá **rozhovoru nestrukturovaného**, nazývaného též narativním rozhovorem (Švaříček, 2007), u něhož je primárním kritériem, aby se jednalo skutečně o vyprávění. Popisy stavů nebo vysvětlování příčin a cílů lze do určité míry tolerovat, ale hlavním předmětem je vlastní příběh účastníka (vyprávěný od počátku do konce) nebo popisování vývojových procesů (Hendl, 2008).

Oba typy rozhovorů byly uskutečněny jak s rodiči, tak i s pedagogickými pracovníky. Předně s nimi byl proveden nestrukturovaný rozhovor a poté rozhovor strukturovaný, u kterého respondenti zodpovídali 7 předem připravených otázek, zjišťujících metody používané ve výchovném procesu. Téměř u všech otázek (až na jednu) jsou uvedeny navádějící možnosti odpovědi, které měly účastníkům usnadnit hledání odpovědi a napomoci její formulaci (měli je tzv. navést k promyšlení odpovědi). Ovšem dotazovaní se těmito odpověďmi nemuseli vůbec řídit a mohli uvést vlastní metody řešení problému. Strukturované otázky jsou uvedeny v příloze.

První rozhovor každého případu probíhal vždy předně s rodiči, kteří byly obeznámeni s osobou výzkumníka a s badatelskou prací. Poté byla položena předem připravená otázka: *Jak probíhal vývoj vašeho dítěte od prenatálního období až po současnost, kdy jste začali pozorovat změny v rozvoji dítěte a jaká vyšetření podstoupilo?* Data získávaná v průběhu rozhovoru byla písemně zkratkovitě, ale pečlivě zaznamenávána. Po ukončení rozhovoru (nestrukturovaného) následovala druhá část interview – strukturovaný rozhovor s předem připravenými otázkami. V závěru proběhla reflexe a vřelé poděkování. Obdobné to bylo i v případě učitelů, jen byla pozměněna otázka nestrukturovaného rozhovoru: *Jak dítě reagovalo při nástupu do školy, jak jej přijali spolužáci, co dítě zvládá a jak se projevuje při zátěžových situacích?* Po každém rozhovoru byly informace následně zpracovány do formy případové studie a soupisu otázek a odpovědí ze strukturovaného rozhovoru.

5.4 Případové studie

Výzkum utvářený na základě případových studií se orientuje na podrobný popis a analýzu jednoho nebo několika málo případů, jinými slovy se jedná o sběr velkého množství informací od velmi nízkého počtu jedinců. Jde o komplexní zachycení a popis vztahů dané situace. Existují různé druhy případových studií, ale pro naše účely si přiblížme pouze osobní případovou studii. Jak již sám název napovídá, jde o podrobný výzkum určitého hlediska u jednoho člověka. Výzkumník prostřednictvím nich může vystihnout období před určitou událostí nebo zachytit celý život jedince (Hendl, 2008).

Následující případy popisují vývoj dětí s poruchou autistického spektra. Veškeré nashromážděné informace byly po zpracování zpětně individuálně poslány do rodin ke kontrole, aby nedošlo k nepravdivému či zkreslenému uvedení skutečnosti. Následující ověřené informace jsou pro účely práce uváděny se souhlasem rodičů a v rámci ochrany osobních údajů jsou všem zúčastněným změněna jména.

Případová studie 1

Jméno:	Mirek
Věk:	9 let
Diagnóza:	ve třech a půl letech diagnostikován dětský autismus s přidruženou mentální retardací

Diagnostický proces

Chlapec podstoupil několik neurologických vyšetření, prošel i genetickým a komplexním lékařským vyšetřením, při kterých nechtěl spolupracovat, a proto je musel absolvovat v narkóze. Závěry z vyšetření však nenaznačovaly žádnou příčinu. Na základě všech lékařských zpráv a psychologického vyšetření se u dítěte diagnostikoval opožděný psychosomatický vývoj. Na základě neurologického doporučení prošel vyšetřením dětské psycholožky, která chlapci v jeho třech a půl letech stanovila konečnou diagnózu – dětský autismus s lehkou až středně těžkou mentální retardací.

Rodinná anamnéza

Mirek žije v úplné, pozitivně laděné a funkční rodině jako jediné dítě. Bydlí v příjemně konstruovaném bytě na menším sídlišti v okrajové části města. Rodiče mu dávají najevo lásku nejen tělesným kontaktem, ale zároveň klidným a trpělivým přístupem.

Otec je vyučen v oboru elektrotechnická montáž a pracuje jako dělník, skladník. V dětství mu byla diagnostikována lehká mozková dysfunkce, ale v průběhu života došlo ke zlepšení stavu. Občas se u něj projevuje emoční labilita.

Matčin zdravotní stav je dobrý, má vysokoškolské vzdělání, zemědělský inženýr. Obzory si rozšiřovala i v oboru ekonomie a pracovala právě v této oblasti. Genetický předpoklad vzniku poruchy u dítěte nebyl zjištěn.

Rodina je stmelena, s dalšími příbuznými udržuje kontakty a dobré vztahy. Rodiče jsou velmi dobře informováni o problematice autismu a mají aktivní přístup k řešení nových problémů. Dělí se a vyměňují si zkušenosti prostřednictvím internetu s dalšími rodinami v obdobné situaci a mají zájem o setkání s nimi.

Osobní anamnéza

Mirek je narozen z druhého těhotenství matky. V průběhu prenatalního vývoje nebyly zjištěny žádné vady, dítě se vyvíjelo bez problémů. Při vyvolávaném porodu, došlo k masivnímu krvácení matky, která následně upadla do kómatu, a dítě bylo kříšeno.

Chlapec se zpočátku vyvíjel normálně, spíše byl abnormálně klidný. Se spánkem nebyly žádné potíže, kojen byl do půl roku věku. V kojeneckém období začali rodiče pozorovat první odlišnosti ve vývoji dítěte. Oproti ostatním dětem Mirek vykazoval opožděný tělesný vývoj – nezvedal hlavičku, pohyby byly bezvládné, neměl snahu se natahovat a sahat po hračkách. Z tohoto důvodu doporučil praktický lékař rodičům cvičení s dítětem pomocí Vojtovy metody. Cvičení však nemělo dlouhodobý charakter. Vlivem nedostatečné informovanosti rodičů ze strany lékařů přestala matka s dítětem cvičit, protože se domnívala, že synovi ubližuje, když při cvičení plakal. Na rady jiné dětské lékařky začali rodiče opět s Mirkem cvičit – každý den do dvou let věku dítěte, kdy se při cvičení již začínal vzpírat. Aplikace Vojtovy metody chlapci pomohla a jeho hrubá motorika se postupně rozvíjela až do stavu samostatné chůze, kterou zvládl v necelých dvou a půl letech. Občas se vracel do období lezení. V 8 letech míval období, kdy odmítal v určitých chvílích chodit – např. si lehl na silnici a neudělal už ani krok.

Dlouhodobě nedokázal kontrolovat vyměšování, do 3 - 3,5 let nosil pleny. K pomočování a pokálení dochází i nyní v období školní docházky. Střídá se u něj bezproblémové období, kdy si dojde na záchod a období, kdy není schopen dané potřeby ovládat.

Chlapec nepozřel do 7 let věku žádnou tuhou stravu, pouze mixovanou. Zlom nastal náhle a nečekaně, kdy se Mirek sám od sebe zakousl do jídla. Oblíbenými jídly se dokáže přejíst, až je mu z toho špatně.

Verbální komunikace je u Mirka nejvíce postižena. Kolem 2. roku věku dokázal vyslovit pár slov nebo slabik, ale poté vývoj řeči ustal a nadále nedocházelo k tvoření dalších slov. U chlapce nebyla zjištěna žádná fyziologická příčina, která by rozvoji řečového projevu bránila. Z etiologického hlediska bylo pouze usuzováno spíše na nějaký psychický blok dítěte.

Chlapci byla poskytnuta logopedická intervence, která ani po půl roce intenzivního cvičení nepomohla. Chlapec vyjadřoval svoje potřeby a přání ukazováním, popř. chytil rodiče za ruku a dovedl jej k danému problému. Rodiče se snažili rozvíjet slovní zásobu mimo jiné i čtením pohádek, to však nemělo příliš úspěch, protože dítě knihy zavíralo. V současné době je Mirek už schopen pozorně vnímat mluvené slovo. V rámci školní

docházky podstupuje logopedickou péči. Dokáže říci několik slov, z nichž nejpoužívanějšími jsou: *máma, táta, jo, ne*. Další slova používá jen ve specifických spontánních chvílích, kdy jej daná situace ohromí natolik, že je vysloví bez úmyslného vědomí. Na požádání však vyřknuté slovo nezopakuje. Pokud dítě pociťuje úzkost, začíná odříkávat všechna slova, která zná. Na rozvoj vzájemné komunikace byl rodičům doporučen výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS, který dodnes používají, ale spíše na rozvoj pojmů, než k účelnému dorozumívání.

Navazování kontaktu s jinými osobami probíhá na základě pocitu chlapce, a to neverbální cestou. Přímý zrakový kontakt přitom nenavazuje, ale je schopen se dívat do tváře. Na určité sociální situace reaguje úsměvem. Tělesný kontakt (pohlazení, objetí, mazlení...) snáší dobře, neprojevuje extrémní negativní postoj, odmalička se rád mazlí. Při špatném náladovém rozpoložení doteky blízkých osob nesnese. Větší počet lidí v okolí nesnáší příliš dobře, bývá nesvůj, mívá strach. Ideální počet skupiny, ve které se dítě cítí dobře, je 4 - 5 osob. Mnohem lépe reaguje a více vyhledává kontakt s dívkami než s chlapci, s vrstevníky si hraje. Velice něžný přístup má k miminkům, na která se chce vždy podívat, když vidí kočárek. Mirek je schopen se přivínout i k jiné než příbuzné osobě, jestliže je mu konkrétní člověk sympatický a necítí z něj strach.

V předškolním věku se začaly objevovat stereotypy v umístování věcí. Jestliže některé předměty domácnosti nebyly na svém místě, vyvolávalo to u dítěte agresivní chování. V poslední době již Mirek toto přesné umístování předmětů v takové míře nevyžaduje a projevuje i menší agresivitu. Negativismus, vzdorovitost a agresivní chování se u chlapce objevuje při změně venkovního tlaku nebo při dlouhodobě stejném počasí. Stejně emoční reakce rovněž vyvolávají zákazy a příkazy rodičů, nebo pokud má dítě udělat něco, co právě nechce. Pokynům rodičů sice rozumí, ale formou protestu je ignoruje. Důsledným vedením však daný úkol splní. V zátěžových situacích se chová velmi agresivně, což lze někdy korigovat předmětem, z něhož má strach (v takových případech vařečkou). Při podnětech, které by jej mohly potěšit, neprojevuje radost. Přecitlivělost na některé zvuky (ponorný mixér, tekoucí voda při napouštění vany) vyvolávala v chlapci pocity strachu. Při stříhání vlasů býval nervózní.

Dodnes z předchozích let přetrvávají určité zvláštnosti v chování dítěte - houpání, kývání hlavou, točení nebo skřípání zubů (bruxismus). Tyto projevy se v různě dlouhých etapách střídají. Problémy v chování se vyskytují i v současnosti, kdy Mirek odcizuje věci, které se mu líbí a něčím jej zaujmou nebo různé předměty schovává. Občas se vyskytují chuťové aberace (pika) – pojídání hlíny, písku.

Ve volném čase si hrával s autíčky, kostkami, skládal puzzle a v současnosti si oblíbil stavebnice lego nebo i panenky s blondátými vlasy. Oblíbil si hračky či předměty, které vydávají určitý specifický zvuk, lidskou řeč, nebo svítí. Při hraní je schopen gesty matku či otce „oslovit“ o spolupráci, např. právě při stavění z lega. Chlapec rád poslouchá hrající hračky nebo hudbu a při jejím poslouchání se točí kolem vlastní osy. Rodiče někdy tento pohybový stereotyp převedou na účelný – chytí dítě za ruce a tancují s ním.

Mirek má snížený práh bolestivosti. V poslední době, pokud je nervózní, bije se do hlavy a začíná se sebezraňovat.

Školní anamnéza

Mirek v období předškolního věku nenavštěvoval žádnou mateřskou školu z důvodu odmítnutí učitelů pracovat s dítětem se specifickými potřebami, a proto zůstával doma s matkou.

Nástup do školy proběhl s ročním odkladem. Nyní Mirek dochází druhým rokem do speciální třídy, kde se vzdělává podle IVP a za trpělivého přístupu učitelů a asistentky, která mu byla přidělena. Jeho prvotní reakce na nové prostředí a režim byly nepříznivé, obzvláště první měsíc školní docházky, než se zorientoval a seznámil s prostředím. Házet věcmi, vysypával stavebnice z krabic, schovával boty, měl strach z jídelny, kde bylo více lidí. Třídní kolektiv jej přijal bez problémů a naopak i Mirek se dobře začlenil do skupinky svých spolužáků. Mezi žáky neprobíhají žádné rozepře, konflikty či agresivní projevy chování.

Od první třídy byl chlapci nastaven režim a velmi důsledné, ale klidné vedení a nyní tento režim sám vyžaduje. Ráno si nachystá věci na vyučování a ví, co bude následovat, dané a zaběhnuté činnosti zvládá sám (automaticky odevzdá splněný domácí úkol, deníček, jde si před svačinou umýt ruce apod.). Ovšem i přesto potřebuje trvalý dohled, protože jeho reakce jsou nečekané. Při pobytu venku musí být držen za ruku, aby neutekl nebo nečekaně neudělal něco, čím by si mohl ublížit, protože nevnímá pocit ohrožení. Kvalita pozornosti bývá narušena hlukem či intenzivnějšími zvuky nebo jeho střídavou náladou, kterou ovlivňuje počasí, kvalita předešlého spánku a celkový fyzický stav. Někdy bývá neklidný, málokdy divoký. Dřívější negativní projevy v chování byly odstraňovány přísnou domluvou a nyní se tyto problémy již nevyskytují. Stejně tak je snaha pracovníků odbourat Mirkovi obrácené emoční reakce, kdy se např. směje při neadekvátních situacích. Specifické projevy chování a pohyby jako je tancování či točení se vyskytují výjimečně, a to spíše v tělocvičně, ve třídě občas skřípe zuby. Od pracovníků bylo vyzbrojeno

rituální chování, které se vyskytuje téměř v každé jeho činnosti – ve způsobu, jakým si uklízí či rovná věci na lavici (srovnává věci i ostatním dětem), jak se obouvá apod.

První rok školní docházky se s ním pracovalo na řádné přípravě na psaní pomocí různých grafomotorických cviků. Zkoušel psát i písmo hůlkové. Osvojování psacího písma bylo zavedeno nyní v 2. ročníku. Úchop tužky je zatím stále nesprávný. Čtení bylo jeden rok uskutečňováno za pomoci čtecích tabulek a k některým těžším variantám se ještě v rámci opakování vrací i dnes. Současně se však Mirek seznamuje s písmenky a učí se je číst a vyslovovat. Vyvozuje je i podle obrázků, spojuje obrázky s daným písmenem a přiřazuje k sobě velká a malá písmena tiskací abecedy. K rozšiřování pojmů používá také tzv. komunikační sešit s obrázky. Ve spolupráci s logopedickou intervencí se plánuje i zavedení piktoqramů. Učí se psát čísla a počítat do 4. Dále se procvičují barvy, tvary, základy sebeobsluhy a sociálních dovedností.

Zadané úkoly či jiné pokyny je potřeba řádně a stále vysvětlovat a vést chlapce pomalým a hlavně klidným tempem. Vyžaduje střídání činností a častý odpočinek, který ovšem netráví podle svého rozhodnutí, ale zadanou činností, kterou bere jako způsob relaxace – za odměnu si hraje s legem.

Rodina se školními pracovníky dobře spolupracuje, což lze znát na chlapcových pokrocích.

OTÁZKY PRO RODIČE A UČITELE DĚTÍ S AUTISMEM

1. Jakým způsobem s dítětem komunikujete? Jakých prostředků užíváte?

Rodiče: Hlavně pomocí výrazné gestikulace a mimiky, názornosti a ukazování. Metoda VOKS je v rodině užívána spíše pro rozšiřování pojmů, protože neplní svůj účel a dítě ji bere jako zábavu. Zrakový kontakt nevyžadují, dítě pak bývá nervóznější, a proto čekají, až jej naváže sám.

Učitel: K rozšiřování slovní zásoby a pojmů se používají obrázky. Komunikace probíhá v jednoduchých větách s výraznou gestikulací a mimickými výrazy, přičemž se od dítěte vyžaduje zrakový kontakt.

2. Jak rozvíjíte pracovní chování dítěte? Jakých metod, prostředků využíváte k tomu, aby se dítě naučilo požadovanou činnost?

Rodiče: Slovním vedením a jednoduchými kroky a vizuálně motorickým učením. Dobrá motivace hraje velkou roli a je potřeba vizuální ukázky konkrétní odměny -

převážně oblíbené potraviny a laskominy nebo DVD. Dále direktivním a důsledným přístupem, i přes to, že se Mírek vzteká.

Učitel: Slovním vedením a jednoduchými kroky s využitím vizuálně motorického učení, nápodobou a potřebnou motivací – pochvalou či odměnou.

3. Jak napravujete problémové (agresivní) chování?

Rodiče: Tresty formou odebrání oblíbené věci či zatrhnutí činnosti vyvolávají agresi a dlouhý pláč, který má pak za následek nástup nemoci, proto jej rodiče nepoužívají. Občas chlapci pohrozí vařečkou, které se bojí. Spíše však posilují vhodné chování odměnou.

Učitel: Pevným objetím a posilováním vhodného chování odměnou.

4. Rozvíjíte u dítěte hru, motivujete je k využívání volného času?

Rodiče: Určitě novými podnětnými hračkami. V rámci trávení společného času, kdy s dítětem dělají činnosti, které ho baví – např. s ním tancují na puštěnou hudbu, staví si s ním ze stavebnic. Dítě se dokáže zabavit a hrát si i samo, proto jeho činnost přímo neřídí.

Učitel: Novými podnětnými hračkami a v rámci trávení společného času. Ovšem Mírek si umí hrát i sám, dokáže se sám zabavit.

5. Jak vysvětlujete určité sociální situace?

Rodiče: Běžným způsobem se Mirkovi snaží danou situaci vysvětlit a buď tomu porozumí, nebo neporozumí.

Učitel: Pomocí vizualizace, obrázků a přirovnáváním k obdobným situacím, příběhům.

6. Za použití jakých postupů, prostředků jste dítě učili/učíte tělesnému kontaktu?

Rodiče: Mírek byl vždy mazlivé dítě a fyzický kontakt snáší dobře.

Učitel: Mírek snáší fyzický kontakt dobře.

7. Jak podporujete a vedete dítě k navázání kontaktu s vrstevníky?

Rodiče: Neomezováním či nebráněním navazování kontaktu i v případech neznámých dětí. Např. Pokud se chce podívat na miminko v kočárku nebo si pohladit malé dítě. Chodívá na procházky a na hřiště, kde se setkává s vrstevníky a hraje si s nimi.

Učitel: Zapojováním do společných činností a společným přivítáním při zahájení výuky a loučením při ukončení výuky, kdy si žáci podají ruce, pohladí se nebo poplácají po rameni.

Prognóza stavu

Díky důslednému vedení rodičů i učitele se Mirkův stav stále zlepšuje a dělá velké pokroky. Vyžaduje pravidelný režim, je v něm spokojenější a klidnější. Pro pěstování pracovních návyků, splňování úkolů je vhodné pokračovat v osvědčeném častém střídání činností a řízeného odpočinku, protože díky tomu dokáže dítě lépe pracovat. Při neorganizovaném čase dochází k neúčelným stereotypním pohybovým projevům, které lze omezit organizováním činností. Kromě školních úspěchů je důležitá i intervence komunikačních schopností, která by se mohla díky zavedení piktogramů zlepšit, protože dítě sdělení rozumí, ale neumí vyjádřit své potřeby, a proto dochází k tomu, že okolí musí někdy odhadovat, co chce právě chlapec sdělit. Některá gesta se však Mirek naučil účelně používat a tudíž jejich rozšiřování by mohlo rovněž podpořit rozvoj komunikačních dovedností. Pokud chlapec bude mít nastavený příslušný režim v obou prostředích a bude přetrvávat důsledné vedení, měl by se jeho stav zlepšovat i nadále.

Případová studie 2

Jméno: Adam
Věk: 9 let
Diagnóza: ve třech letech diagnostikován atypický autismus

Diagnostický proces

Adamových projevů v chování, prvotních příznaků, si náhodně všiml lékař z SPC v Brně, který přijel do MŠ pozorovat jiné dítě. Na jeho doporučení strávil chlapec 3 dny na neurologii, kde mu provedli patřičná vyšetření včetně magnetické resonance. Závěry z vyšetření však nepotvrdily žádnou příčinu na neurologickém podkladě. Z tohoto důvodu chlapec podstoupil vyšetření u dětské psycholožky, která zjistila určité symptomy autistického spektra a diagnostikovala atypický autismus.

Rodinná anamnéza

Adam žije v úplné, funkční, čtyřčlenné rodině, ve které převládá láskyplné klima. Bydlí v rodinném domě se zahradou a psem. Genetické předpoklady pro vznik autismu či jiné poruchy v rodině zjištěny nebyly.

Otec je vyučen na středním odborném učilišti v oboru provozní chemik, nyní pracuje ve stolařské firmě. Zdravotní stav je dobrý a kromě specifických poruch učení jeho bratra se v rodině ze strany otce nevyskytují žádné zdravotní problémy.

Matka má středoškolské vzdělání v oboru ekonomie a pracovala na poště. V důsledku prokázané diagnózy, poruchy mladšího syna, ukončila pracovní poměr a začala pečovat o Adama. Nyní se věnuje kosmetice a její distribuci, jedná se o práci vedenou z domu spojenou s dojížděním na pracoviště v blízkosti bydliště, a to 2x týdně. Má vrozenou vadu levého oka (tupozrakost). V průběhu komplikovaného a rizikového těhotenství byla stále v napětí. Po narození chlapce se její stav ještě zhoršil, protože Adam vyžadoval častý příjem mateřského mléka, a tím matka velmi zeslábla i po tělesné stránce. Fyzické oslabení a duševní vypětí nedokázala unést a psychicky se zhroutila. Podstoupila tedy krátkou terapii na psychiatrii a o dítě se staral otec. Depresivní stavy (ačkoli ne již v takové intenzitě) se objevují dodnes. Pro harmonizaci organismu užívá kapky na přírodní bázi, které jí lékařka doporučila a které jí pomáhají při zvýšeném psychickém vypětí.

Adam má staršího zdravého bratra, který se narodil z prvního těhotenství matky. Nyní je mu 17 let a studuje na SOU v oboru opravář zemědělských strojů. V mladším školním

věku mu byla diagnostikována dyslexie s dysgrafií. Na druhém stupni se však jeho stav i prospěch zlepšil. Povahově je velmi citlivý a hodný. S mladším bratrem vychází dobře, ačkoli se občas vyskytnou i bratrské rozepře.

Osobní anamnéza

Adam se narodil ze čtvrté gravidity matky, předešlá dvě těhotenství skončila potratem. Těhotenství matky bylo rizikové, mívala krvácení a nebylo jisté, zda dítě přežije. Z důvodu ohrožení života plodu byla matka v neustálém stresu a napětí. Avšak vývoj Adama v prenatalním období byl v pořádku. Porod proběhl ze zdravotních důvodů matky císařským řezem bez potíží.

Chlapec byl po porodu klidný, nebrečel. Byl často kojený, což matce způsobilo značný úbytek tělesné hmotnosti a po necelých třech měsících muselo být kojení ukončeno. Adam byl klidný, do 1. roku se nezajímal o okolí, o dění v místnosti či o společné činnosti, spíše měl svůj svět – svůj zájem o okolí. Do doby samostatné chůze chlapce nepozorovali rodiče žádné odlišnosti v jeho vývoji oproti ostatním dětem.

Z hlediska hrubé motoriky se vyvíjel zcela normálně – v 6 měsících lezl, chodil před 1. rokem života a s hračkami si hrál jako ostatní děti v jeho věku. U manipulace s předměty nevydržel dlouho, spíše se jednalo o kratší intervaly. Vykazoval známky zvýšené aktivity – chvíli nezůstal v jedné místnosti, byl pořád v pohybu, lezl po oknech. Ve věku kolem 3 nebo 4 let projevoval velký zájem o pohyb, který u něj stále přetrvává. Rád a výborně plave, jezdí na kolečkových bruslích, na kole a v poslední době začíná jezdit i na skateboardu. Adam má snížený práh bolestivosti a neuvědomuje si možné nebezpečí.

Jemná motorika se vyvíjela opožděně vlivem neobratnosti a ztuhlosti rukou. Rodiče se mu ruce snažili rozhýbat a procvičit pomocí činností na rozvoj jemné motoriky – plastelína, navlékání korálků apod. Tužku držel poprvé až v 5 letech. V současnosti nerad kreslí, cítí, že v této činnosti má problémy.

Stereotypy v chování se u chlapce objevovaly jen minimálně. V předškolním věku často kreslil oblíbená témata – mapy domečků, medvídek Pú a jeho kamarádi. Nemá rád změny v jídlech

Na určité sociální situace patřičně reaguje úsměvem, zrakový kontakt přímo nenaváže nebo neudrží. Po strážce tělesného kontaktu nechtěl obejmout, přivinout se ani se mazlit s rodiči, nebo byl nesvůj. Na základě výchovného vedení v rodině k tělesnému kontaktu

a lásce bylo dítě přívětivější a dnes mu fyzický kontakt ani mazlení nečiní problém, spíše mazlení a lásku vyhledává.

Pokud dojde k nevhodnému chování, dokáže si svoji chybu uvědomit a následně jí lituje. Při zákazech, příkazech nebo činnostech, které nechce dělat, dochází ke vzdoru, vzteku či afektu. Někdy se u Adama objevují pocity zlosti vůči jednání rodičů – jejich přiměřeným příkazům, zákazům nebo požadavkům.

Reakce na neznámé osoby bývaly spíše neutrální, bezproblémové. Přítomnost většího počtu lidí snáší podle náladového rozpoložení a podle přizpůsobivosti ostatních, záleží na postavení Adama v daném kolektivu více lidí. Pokud je Adam středem pozornosti a ostatní děti jej mezi sebe přijmou, pak i větší kolektiv snáší dobře. Negativní pocity v něm vyvolávají chvíle, které naruší jeho očekávané postoje ve skupině.

Chlapec je důvěřivý a nechápe, pokud mu chce někdo skrytě ublížit nebo ho využít. Objevuje se u něj velká potřeba a touha po kontaktu s vrstevníky, chce si za každou cenu najít kamarády, které se snaží „uplácet“ – dělí se o svačinu, peníze na sladkost nebo se zachová tak, aby získal pozornost ostatních dětí, které ho občas nabádají k nekalým činům. Jedním z nich bylo i ponoukání k odcizení nějaké věci. Adam naštěstí chápal závažnost činu a nenechal se některými dětmi ovlivnit natolik, aby porušil svá morální přesvědčení. V posledním roce si uvědomuje svoji odlišnost oproti jiným dětem, což jej přivádí do úzkostných stavů a nespokojenosti s vlastním tělem a svým stavem. Na doporučení lékařky začal užívat přírodní kapky, které jsou pro harmonizaci organismu.

V sebeobslužných činnostech zvládá hygienické návyky, oblékne se, obuje, zaváže si boty, udělá si šťávu. Důsledností a častým zapojováním do domácích prací vedou rodiče svého mladšího syna k co největší samostatnosti.

Mezi Adamovy současné zájmy patří encyklopedie, tematika dinosaurů, skládání lega, sport a pohybové činnosti a procházky se psem. Rád se převléká do různých kostýmů a masek. Chlapec hraje i na flétnu (podle individuálního plánu, při kterém mu byla omezena hudební nauka), která ho v poslední době příliš nebaví. Po příchodu domů ze školy tráví volnou chvíli i u počítače, u kterého se dokáže uvolnit a odpočinout si po školním výkonu.

Školní anamnéza

Chlapec od tří let chodil do místní mateřské školy, ve které se adaptoval velmi dobře. Navazování kontaktu s vrstevníky v MŠ mu nedělalo potíže. Neplakal, s ostatními dětmi vycházel, občas došlo k menší fyzické agresi vůči ostatním. V této době se nechtěl

výtvarně projevovat. Objevovala se u něj zvýšená aktivita. Chlapec měl velkou oblibu v pohádkách a byl schopen jejich přesné reprodukce, občas vyprávěl pohádky ostatním dětem před spaním.

Adamův nástup do školy byl na doporučení SPC o rok odložen z důvodu nezralosti dítěte. Před nástupem do školy absolvoval přípravný ročník, aby se začal adaptovat na jiný režim a lépe se pak přizpůsobil školním podmínkám. Školní docházku v místní běžné ZŠ začal plnit v 7 letech. Ačkoli má dítě možnost vzdělávat se podle IVP, zatím nebyla potřeba jej zavést. Úkoly plní ve stejném rozsahu jako ostatní děti, vzdělávané podle RVP ZV. Učení zvládá velmi dobře, v některých znalostech vyniká nad svými spolužáky. Při individuální činnosti pracuje převážně samostatně, pokud si není řešením zadaného úkolu jistý, k porozumění mu postačí slovní vysvětlení. Má horší úpravu a úhlednost písma. Dvakrát ročně jezdí do školy pracovník z SPC, který kontroluje chlapcův stav. Již v první třídě měl chlapec při vzdělávání asistentku, která mu pomáhala při chystání věcí na hodinu a dohlížela na Adama o přestávkách. V současnosti jsou mu přiděleny tři asistentky, které se střídají, chlapec je však vůči těmto výměnám osob neutrální. Právě v důsledku většího počtu asistentů a nesystematičnosti jejich střídání, se však zhoršila komunikace mezi asistencí a rodiči.

Vztahy s vrstevníky byly v počátcích rozpačité, ale časem se vybudovaly a nyní má Adam ve třídě kamarády. S třídním kolektivem vychází, menší konflikty se sice objevují, ale nejsou časté. Pokud je dítě v klidu, nedochází k projevům agrese. Občas bývá vztahovačný s myšlenkami, že mu chce každý ublížit, ačkoli to není vždy pravda. Horší bývají situace, kdy starší spolužáci chlapci ubližují a začínají se k němu chovat nepřátelsky (berou mu věci, schválně ho slovně i fyzicky provokují). Chlapec se nechá snadno vyprovokovat, což vede kolikrát k silnému až nepřičetnému afektu Adama. Občasné negativní postoje spolužáků si chlapec uvědomuje a těžko je snáší. S problémem se doma nechce příliš svěřovat, ale mívá pocity úzkosti a lítosti a při sdělování skutečnosti se často rozpláče. Ve škole by v brzké budoucnosti měl začít působit školní psycholog, s kterých bude tato situace (pokud bude trvat i nadále) nejspíš řešena.

OTÁZKY PRO RODIČE A UČITELE DĚTÍ S AUTISMEM

1. Jakým způsobem s dítětem komunikujete? Jakých prostředků užíváte?

Rodiče: Komunikace probíhá slovně, běžným způsobem za společného užívání jednoduchých vět. Při komunikaci je vyžadován zrakový kontakt.

Učitel: Slovně, běžným způsobem.

2. Jak rozvíjíte pracovní chování dítěte? Jakých metod, prostředků využíváte k tomu, aby se dítě naučilo požadovanou činnost?

Rodiče: Prostřednictvím slovního vedení s počáteční názornou ukázkou, kdy dospělý danou činnost napřed předvede. Dále mu nechávat dostatek času na splnění a postupovat po jednotlivých malých krocích.

Učitel: Slovním postupem a pomocí jednoduchých kroků. Jiné činnosti pomocí vizuálně motorického učení, vizuální předvedení činnosti a nápodobou.

3. Jak napравujete problémové (agresivní) chování?

Rodiče: Tělesný trest (plácnutí přes zadek) nebyl účinný, a proto rodiče chlapci spíše problém vysvětlují – proč se tak chová, že to není hezké, proč se to nedělá apod. Dále rodiče využívají metodu pevného objetí - chlapce obejmou a snaží se s ním soucítit a klidným hlasem jej uklidnit. Ve vážnějších situacích ho i okřiknou. Většinou se ho však snaží pokárat klidným přístupem a situaci mu vysvětlit. Pokud projevuje vzdorovitost při svých povinnostech, rodiče užívají obdobných prostředků – „laskavé přísnosti“.

Učitel: Posilováním vhodného chování odměnou nebo převedením pozornosti na něco jiného, na jiný podnět, činnost.

4. Rozvíjíte u dítěte hru, motivujete je k využívání volného času?

Rodiče: Hračkami, ale to jen v rámci možností a s mírou. Především se snaží vybírat hračky, které podněcují k myšlení či tvořivosti. Rodiče s Adamem tráví společný čas hraním různých společenských her, procházkami či možnostmi hry na hřišti. Chlapec je však schopen hrát si i sám.

Učitel: Za pomoci asistentky, snaha dítě zařadit do kolektivu, aby bylo schopné si hrát s ostatními dětmi.

5. Jak vysvětlujete určité sociální situace?

Rodiče: Vysvětlování běžným slovním způsobem, ale tak, aby to pochopil. Využívají přirovnání i k jiným situacím či příběhům. I při určitých situacích sledovaných v televizi nebo příbězích v knize se rodiče snaží danou situaci s Adamem rozebrat, aby chápal, jaké chování je správné a jaké je nevhodné.

Učitel: Běžným způsobem, slovním vysvětlováním a přirovnáváním k jiným situacím či příběhům, pohádkám.

6. Za použití jakých postupů, prostředků jste dítě učili/učíte tělesnému kontaktu?

Rodiče: Láskyplným přístupem, verbálním utvrzováním - že jej mají rádi. Déletrvajícím pevným objetím i přes počáteční vzpírání dítěte. Nyní fyzický kontakt snáší dobře, mazlí se rád.

Učitel: Neučili, tělesný kontakt snášel dobře.

7. Jak podporujete a vedete dítě k navázání kontaktu s vrstevníky?

Rodiče: Zpočátku spíše ochranný přístup, ze strany matky. Dost Adama hlídala, aby se mu ostatní děti nesnažily ublížit, chodila s ním na hřiště, kde si chlapec hrál s ostatními dětmi. V současnosti Adam se s vrstevníky navštěvuje. Zúčastňuje se i akcí pro děti.

Učitel: Zařazováním do činností s ostatními dětmi a do skupinových prací. Nabádáním k ochotě pomoci spolužákům a naopak vedením ostatních dětí k pomoci Adamovi.

Prognóza stavu

Adam se po tělesné a mentální stránce vyvíjí velmi dobře, srovnatelně s vrstevníky, v některých specifických oblastech je i převyšuje. Komunikační dovednosti jsou rovněž bezproblémové. Pouze navazování a udržování zrakového kontaktu činí potíže, ale po upozornění je chlapec schopen kontakt navázat. Potíže jsou však v sociálním chování, kdy se chlapec snaží navázat kontakt s ostatními dětmi za každou cenu. Adam by měl pochopit, že ne vším, co udělá, si získá přátele a ne vše, co pro něj udělá, je dobré a správné. Aby chlapec nebyl nějakým způsobem spolužáky zneužíván, měl by se naučit říkat *ne*, aby se i přes své přesvědčení nezachoval nesprávně. Ve škole by mělo být vytvořeno klima, které by neuvádělo Adama do úzkostných stavů a zbytečných konfliktů se staršími dětmi. Chování starších dětí vůči chlapci by mělo být zatrženo hned v zárodku, aby nedošlo k přitvrzování jejich jednání. U Adama by se co nejdříve měla odbourat představa negativistického postoje k sobě samému, jež se u něj začala v poslední době objevovat, a případně navázat spolupráci s psychologem, který by dítěti pomohl. Chlapec potřebuje psychickou podporu, klidné kolektivní prostředí a pocit sounáležitosti. Ačkoli je to vlivem autismu těžké, mělo by se usilovat o to, aby dítě porozumělo sociálním interakcím a dokázalo se v určitých situacích přizpůsobit, nebylo přehnaně vztahovačné. Pokud budou tyto složky naplněny, je pravděpodobné, že dítě bude spokojenější a bude více prosperovat.

Případová studie 3

Jméno:	Josef
Věk:	7 let
Diagnóza:	po druhém roce života byl diagnostikován dětský autismus a během dalších vyšetření se stále usuzovalo i nad motorickou retardací

Diagnostický proces:

První vyšetření proběhlo v 8 měsících, na základě opožděných motorických pohybů, kdy se dítě nepřetáčelo. Navštěvovalo rehabilitační oddělení v nemocnici, kde probíhala terapie Vojtovou metodou. Začínaly se objevovat psychické problémy (zvýšení agresivity a podrážděnost), a proto proběhlo vyšetření u psychologky, která u dítěte ve dvou letech a třech měsících diagnostikovala dětský autismus. Z důvodu častých středoušních zánětů podstoupil i dvě operace uší a poté i vyšetření sluchu, které prokázalo neporušení sluchové percepce. Prošel i neurologickými vyšetřeními, při kterých byla magnetická resonance uskutečňována pod narkózou. První neurologické vyšetření odhalilo nález cystoidního ložiska v pravé hemisféře, ovšem při druhém vyšetření byl tento nález negativní. Rodina začala z vlastní iniciativy také spolupracovat s SPC nejbližší místu bydliště, kde bohužel nebyla spokojena s přístupem personálu, a proto přestoupila do SPC v Brně.

Rodinná anamnéza

Pepík žije ve čtyřčlenné rodině, v příjemně zařízeném bytě. Rodina je úplná, fungující, s pozitivním naladěním a demokratickým výchovným stylem. V bytě žijí i se psem, se kterým se později budou snažit o cannisterapii.

Otec má ukončené středoškolské vzdělání v oboru obráběč kovů, v současnosti pracuje jako dělník v místním průmyslu. V jeho rodině se neobjevují žádné vady a jeho zdravotní stav je dobrý.

Matka má základní vzdělání a pracovala jako švadlena. Po narození syna již zůstala doma a věnuje se jeho péči. Její zdravotní stav je dobrý, stejně tak i v její širší rodině. O genetických předpokladech vzniku autismu se tedy neusuzuje.

Josef má o tři roky starší sestru, která je zdravá a vzdělává se na místní ZŠ. Je velkou oporou rodičů, pomáhá s krmením bratra, hraje se s ním a dokáže ho zabavit. Vztah k bratrovi je kladný, přijala jej naprosto bez problému a díky němu má lepší sociální vnímání a cítění při setkání s jinými lidmi s handicapem.

Rodina udržuje kontakty nejen s širší rodinou, ale i s přáteli. Svoji situaci řešili a řeší aktivním přístupem, komunikací a setkáváním se s jinými rodinami mající děti s postižením. Patří mezi členy Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR. S jinými rodinami uskutečňují různé akce a výlety, kde si rodiče vyměňují své zkušenosti.

Osobní anamnéza

Josef se narodil z druhé gravidity matky. Průběh těhotenství byl bez problémů, dítě se vyvíjelo v pořádku. Porod proběhl vyvoláním a bez komplikací. Chlapec zpočátku nejevil známky odlišnosti oproti ostatním dětem jeho věku. Neobjevovaly se potíže se spánkem ani s příjmem potravy. V pozdějším věku se v noci budil a při hospitalizaci v nemoci dokonce vůbec nespál (nyní potíže se spánkem nemá). V 6 měsících začala matka pozorovat odlišnosti v motorickém vývoji, který byl opožděný, dítě se nedokázalo přetáčet a nevykazovalo příliš pohybu. Na doporučení začali rodiče aplikovat Vojtovu metodu, kterou cvičili s dítětem jeden a půl roku. Přinesla úspěch a značné pokroky v chlapcově motorickém vývoji, ale problémy po stránce psychické. Pepa býval podrážděnější s vyššími tendencemi k agresivnímu chování. Z toho důvodu rodiče upustili od cvičení a začali se synem navštěvovat SPC. Po přerušení Vojtovy metody nastalo další aktivní cvičení až v 5 letech, a to Bobathovou metodou, kterou aplikují dodnes. U chlapce se střídají oblasti pokroku – když dělá pokroky v oblasti pohybových dovedností, zhoršuje se psychická stránka jeho osobnosti a naopak. V raném dětství často trpěl otitidou (záněty středního ucha). Dodnes nosí pleny z důvodu přetrvávající enkopreze a inkontinence. Svět a okolí poznává prostřednictvím úst, vše strká do pusy. Stále mívá dudlík, protože ho uklidňuje, bez něj dochází k negaci a projevům vzteku. Rodiče se snaží Josefa tento zvyk odnaučit.

Vývoj hrubé motoriky byl značně opožděn. V 9. měsíci se dokázal obracet, chytal po hračkách, ale neležel. Po prvním roce se jeho stav zlepšil – obracel se, lezl, válel sudy, s nepatrnou pomocí začínal sedat, ale sed byl jistý až ve dvou letech. Do svých tří let se dokázal postavit pouze s pomocí. První samostatná chůze se objevila až v 6 letech a dosud bývá občas nejistá.

Ruce míval ztuhlé, často sevřené v pěst. Pomocí masáží rukou se rodičům podařilo ruce uvolnit a využíváním různých stimulačních hraček či jiných pomůcek stimulovat. V současné době je schopen udržet speciální kreslicí pomůcku – voskovou různobarevnou kuličku, pomocí které mohou děti kreslit, aniž by ještě dovedly udržet tužku v ruce. (Jedná se o plastovou větší kuličku, která má po sobě několik kreslicích výstupků, podobných

voskovkám a dítě ji drží celou dlaní a prsty). Dále umí udržet plastový hrneček, zvládá špetkovitý úchop při podávání drobnějšího jídla do úst.

Dříve se u něj objevovaly kývavé pohyby, později otáčení rukou v zápěstí. Zvláštní pohyby rukou se vyskytují stále, pokud je dítě v afektu, kmitá pěstmi před ústy a naráží do zubů, což mu způsobuje zranění na rukou.

V raném dětství se řeč rozvíjela dobře, Pepa prošel obdobím broukání a žvatlání, dokázal vyslovit pár slabik, poté však vývoj ustal a dnes komunikuje pouze zvuky a křikem. Nepoužívá gestikulaci ani mimiku, snaží se naučit zrakovému kontaktu, který ovšem ne pokaždé navazuje a udržuje. Zatím nepodstoupil žádnou logopedickou intervenci. Rodiče měli tendence rozvíjet u dítěte komunikaci pomocí prvků znakového jazyka. Chlapec se naučil dva znaky, jejichž používání nemělo dlouhého trvání a opět se začal vyjadřovat obvyklým způsobem. Reaguje na oslovení nebo stručné (i jednoslovné) pokyny, ale pouze od rodičů. Na hlas jiné osoby nereaguje.

Sociální kontakt s vrstevníky příliš nenavazuje, zaujímají jej hodně malé děti (např. miminka v kočárku – chce se podívat, nebo malé děti, se kterými se jakoby dorozumívá). Na druhou stranu si dovede hrát s každým. Neznámé osoby snáší dobře, je na ně zvyklý, a to i ve větším počtu, davu. Negativně však reaguje v hlučnějším prostředí – koupaliště, nebo obchodní domy, které jsou mu nepříjemné a po delším setrvávání v tomto prostředí se začíná dostávat do afektu. Pokud se však ocitne v daném prostředí s menším počtem lidí a menší hladinou hluku nebo v jiném neznámém prostředí, snáší je dobře. Z toho rodiče usuzují nad možnou přecitlivělostí na hluk.

Emocionalita je u Pepy ovlivněna změnou tlaku či počasím, občas bývá náladový. Někdy vykazuje city opačné, než jaké daná situace vyvolává (např. se směje, pokud někdo pláče). Dokáže vnímat i emoce okolí a napodobit je, pokud se někdo směje, směje se i Josef. Radost dokáže projevit úsměvem a smíchem. Občas mívá v obličeji zasněný výraz a vlivem denního snění těžko vnímá okolí. Dítě se naučilo i tělesnému kontaktu, a dokonce si jej občas i přeje. Ovšem mazlení nebývá v takové intenzitě, jak je tomu u zdravého dítěte.

Změny prostředí, předmětů i osob snáší dobře. Potíže se objevují při změně činnosti či polohy (např. dítě je u matky, která je předá otci či naopak) nebo předmětu, který jej právě zaujal. V takových případech se projevuje negativně, křikem, vztekem, kmitáním pěstmi před ústy se současným boucháním do zubů, fyzickou agresí (při zklidňování rodiči se je snaží kousat). Zklidní se dudlíkem, jídlem, plenou nebo broukáním. Bývala období, kdy afekt přicházel i náhle. Celkově měl dříve negativistickou, více agresivní náladu.

Aplikováním medikamentu – notropilu - se prokázal značný pozitivní vliv na jeho prožívání, dítě je klidnější a případný agresivní amok trvá jen krátce. Dokáže soustředit pozornost při čtení pohádek a prohlížení obrázků nebo při puštěné televizi. Hraní jej zabaví pouze na chvíli a hra je spíše neúčelná, chlapec předměty vytahuje z krabice, prohlíží si je a manipuluje s nimi.

Školní anamnéza

Od 5 let Pepa navštěvuje jednotřídní MŠ při DLPP, kam dojíždí na čtyři hodiny dvakrát týdně. Děti se v tomto zařízení v průběhu roku střídají, některé jsou tu i na delší pobyt (3 - 5 měsíců), jiné dojíždí se svými rodiči. V MŠ se pracuje podle vzdělávacího plánu, který je rozdělen do 4 bloků. Režim je stejný jako u běžných MŠ, ale je doplněn individuální rehabilitační prací s dítětem. Chlapec během pobytu v tomto zařízení absolvuje vodoléčbu, cvičení Bobathovou metodou nebo hippoterapii, pokud je přívětivé počasí.

Při nástupu do MŠ byli všichni zainteresovaní pracovníci velmi podrobně seznámeni s projevy chování a s případnými postupy, jak při negativních projevech postupovat. Josef byl zpočátku adaptace v MŠ plačtivý, ale tento stav nepřetrvával příliš dlouho a nyní pobyt snáší dobře. Se stravováním nejsou potíže. Získává pozornost nově příchozích dětí, které s ním někdy zkouší navázat kontakt, Pepa však tento zájem neopětuje, a tak jej ostatní děti nechávají o samotě. Jeho projevy v chování značně ovlivňuje momentální nálada a různé situace ve třídě. Vadí mu hluk a pláč jiných dětí, to se rovněž rozpláče. Pokud v noci špatně spí, stává se, že se tato nálada někdy odrazí i při pobytu v MŠ, ale není to pravidlem. Jestliže je chlapec něčím rozrušen, byl uklidňován dudlíkem, ale na přání rodičů dochází k postupné eliminaci a odstraňování tohoto návyku. Místo toho se aplikují jednoduché hříčky a písničky, které má velmi rád a rovněž se u nich zklidní. Při oslovení na učitele většinou nereaguje a ani příliš nenavazuje zrakový kontakt, ten je spíše náhodný. Čas na hraní tráví chůzí po místnosti a manipulací s hračkami, které si často strká do úst. Nevydrží si dlouho hrát s jednou hračkou, ale často je střídá. Když se pohybuje po třídě, je zvědavý, sleduje, co dělají i ostatní děti, a případně je s pomocí učitelky zapojen do dané tvořivé činnosti. K práci je potřeba jej přímo dovést, nasměrovat ho a neustále jednotlivé kroky a situace komentovat. U grafomotorických činností si nechá vést ruku, protože tužku není ještě schopen udržet, ale bedlivě sleduje kreslící stopu. Pro rozvoj jemné motoriky učitelka mimo jiné používá i plastelínu. Tu Pepa zmačká, ale dělá mu potíže zkoordinovat

práci rukou, nezvládne vymodelovat požadovaný (i jednoduchý) tvar. Při zhudebněných pohybových hříčkách si nechá vést ruce a paže, je spokojený.

OTÁZKY PRO RODIČE A UČITELE DĚTÍ S AUTISMEM

1. Jakým způsobem s dítětem komunikujete? Jakých prostředků užíváte?

Rodiče: S chlapcem hovoří jen v krátkých větách. Při komunikaci je téměř pořád vyžadován oční kontakt.

Učitel: Dorozumívání pomocí jednoduchých, stručných vět.

2. Jak rozvíjíte pracovní chování dítěte? Jakých metod, prostředků využíváte k tomu, aby se dítě naučilo požadovanou činnost?

Rodiče: Slovním vedením, právě pomocí jednoduchých vět, pokynů, případně jednotlivými kroky činnosti.

Učitel: Slovně a neustálým komentováním činnosti. Postupováním po jednotlivých krocích, nasměrováním Pepíka k danému kroku a užíváním motivace.

3. Jak napravujete problémové (agresivní) chování?

Rodiče: Metodou pevného objetí nebo i zpíváním či broukáním.

Učitel: Zklidněním pomocí hudby, písniček či jednoduchých rytmických hříček spojených s jednoduchými pohyby např. paží, rukou. Dříve i zklidněním pomocí pleny nebo dudlíku, ale návyk na něj se na přání rodičů odstraňuje.

4. Rozvíjíte u dítěte hru, motivujete je k využívání volného času?

Rodiče: Novými podnětnými hračkami, které mají stimulační účinek nebo jsou pro dítě více přitažlivé a v rámci trávení společného času, kdy si s Pepou hrají a snaží se u něj rozvinout napodobivou hru.

Učitel: Novými podnětnými hračkami. Pepík spíše s hračkou krátkodobě manipuluje a strká si ji do pusy, než aby si s ní účelně hrál.

5. Jak vysvětlujete určité sociální situace?

Rodiče: Pepík by významu slov ani obrázků neporozuměl, proto je nevysvětlují.

Učitel: Nevysvětluje.

6. Za použití jakých postupů, prostředků jste dítě učili/učíte tělesnému kontaktu?

Rodiče: Běžným způsobem – nenuceně pohlazením, doteky, objetím...

Učitel: Tělesnému kontaktu nebylo potřeba učit, nebyl s tím problém, Pepíkovi fyzický kontakt nevadí.

7. Jak podporujete a vedete dítě k navázání kontaktu s vrstevníky?

Rodiče: Nebrání kontaktu, společným hrám s vrstevníky na pískovišti. S chlapcem se účastní dětských či jiných akcí, které poskytují možnost k sociálnímu kontaktu.

Učitel: Účastí na společných činnostech, kdy však do nich není nucen. Spíše se dívá, co ostatní dělají, a pak je nenásilně včleněn do skupinky a pracuje s ostatními.

Prognóza stavu

Díky neustálému, pravidelnému cvičení lze na Josefově tělesném vývoji pozorovat postupné kroky zlepšení. Je samozřejmé, že pro zdokonalení motoriky je stále potřeba v rehabilitačních cvicích pokračovat. Volba rodičů pro aplikaci cannisterapie určitě napomůže ke zlepšení motorického vývoje a snad i celkového psychického zklidnění. Rozvoj řeči a dorozumívání je na nejnižší úrovni, kdy se jedná o komunikaci křikem a zvuky, a proto je potřebná logopedická intervence, která by mohla napomoci zlepšení stavu této oblasti. U dítěte se objevily tendence k ukazování několika znaků, což by mohla být další podpůrná možnost komunikace – učit dítě některým znakům nebo gestům.

Z celkového pohledu na problém je patrné, že dítě se neustále ve svém vývoji posouvá směrem dopředu, a tudíž lze usuzovat, že vhodným vedením se stav dítěte bude i nadále zlepšovat.

Případová studie 4

Jméno:	Adéla
Věk:	17 let
Diagnóza:	dětský autismus (těžká forma) s přidruženou úplnou levostrannou hluchotou a těžkou mentální retardací

Diagnostický proces

V prvních měsících života (přesná doba není známa) se u Adély prokázala percepční sluchová vada – levostranná hluchota. V necelých dvou letech u ní rodiče vypožadovali první známky poruchy. Po druhém roce života, byla umístěna do MŠ, kde prošla diagnostickým vyšetřením psycholožky ze sdružení APLA Praha, která určila poruchu dětského autismu s těžkou mentální retardací.

Rodinná anamnéza

Adéla je adoptovaná a s biologickými rodiči se nestýká. Biologický otec je romského původu, ale v rodném listě není uveden. Biologická matka pocházela z dobrého sociálního zázemí. Byl jí diagnostikován autismus, ale přesná porucha autistického spektra není známa. Po ukončení základního vzdělání začala utíkat z domova a pobývat v patologickém prostředí, později byla zbavena svéprávnosti. V 17 letech porodila dceru Barboru – starší sestru Adély. Nyní devatenáctiletá Barbora je zdravá a vychovávána v rodině prarodičů (další informace nejsou známy).

Adéla je tedy druhou dcerou. Tu však biologická matka ponechala v porodnici. Prarodiče péči o dívku odmítli, a proto byla umístěna do Národního centra pro neslyšící v Berouně. Přes Fond ohrožených dětí si Adélu osvojila její současná rodina. Na adopci se shodli oba rodiče. Důvodem rozhodnutí bylo sluchové postižení jedné z jejich dcer – rodiče chtěli, aby se rozvíjela s někým se stejným druhem postižení.

Současní (adoptivní) rodiče se rozvedli po 4 letech od osvojení Adély, příčinou rozvodu bylo postižení osvojené dcery, které otec těžce nesl, a proto se o dívku stará matka. Kontakt s otcem nebyl zpretrhán, vztahy se stále udržují. V současné době pracuje jako vedoucí v česko-německé firmě.

Adoptivní matka (dále jen matka) vystudovala střední ekonomickou školu a plně se věnuje rodině a péči o Adélu. Je dobře informována o problematice autistického spektra.

Dívka má tři nevlastní sourozence – bratra (29 let), a dvě starší sestry (26 a 22 let). Bratr pracuje a má vlastní rodinu. Nejstarší sestra vystudovala učitelství a speciální pedagogiku a dnes pracuje v tomto oboru. Mladší sestra je sluchově postižená (oboustranná praktická hluchota), vyučila se zahradnicí a pokračuje ve studiu v oboru kadeřnice.

Adoptivní rodina Adély usilovala o kontakt s dívčínými pokrevními prarodiči, který zpočátku byl vlažný a později se zpřetrhal úplně. Zákaz prarodičů zamezil kontaktu i mezi vlastními sestrami.

Osobní anamnéza

Informace o průběhu těhotenství a porodu nejsou známy. První poznatky o vývoji dívky spadají do období jednoho a půl roku věku dítěte, kdy došlo k osvojení a přijetí do rodiny. Na nové prostředí si dívka zvykla bez problémů. V této době Adéla nepřijímala tuhou stravu, vyživována byla převážně sunarem a jogurty, což se jí podepsalo na utváření postavy – vážila pouhých 6kg. Zlom nastal v období předškolního věku, kdy důsledným přístupem učitelů a rodiny docházelo k postupnému budování návyku na tuhou stravu. Potíže se objevovaly i při spánku, obzvláště při usínání. Do tří let věku neudržela stolicí a moč, nosila pleny, které po třetím roce mívala jen na cestu do MŠ a doma na noc. Dnes již pleny nenosí, ale občas má potíže s inkontinencí, nutkání vykonat potřebu musí být hned uspokojeno. Měla snížený práh bolesti, bila hlavou o zárubně nebo o postýlku. Postupem času byl tento zvyk výchovným vedením odnaučen. Pokud si Adéla ubližovala, matka na ni aplikovala stejný bolestivý stimul.

Motorický vývoj probíhal v normě, nevyskytovaly se odchylky od vrstevníků. Teprve později nastaly problémy s chůzí, ale z ortopedického posudku nevyplývalo žádné etiologické hledisko této povahy. Možným důvodem potíží v chůzi jsou podle lékařů téměř neustávající houpavé pohyby dítěte. Také se stává, že dívka z ničeho nic trhavým pohybem vyběhne z místa a vrátí se zpět, nebo občas skřípe zuby (bruxismus).

Do dvou let věku měla ztuhlé ruce a jemná motorika se velmi těžko rozvíjela. Pomalými kroky docházelo ke zlepšování stavu a k postupnému nácviku správného úchopu tužky.

Řeč v roce a půl nebyla stále vyvinuta, zůstala ve vývojové fázi broukání. První slovo vyřkla v 5 letech. Zpočátku pokynům rodičů a učitelů nerozuměla, ale postupné rozšiřování pasivní slovní zásoby tuto stránku komunikace značně pozitivně ovlivnilo a v současnosti Adéla chápe vše, co je od ní verbálně požadováno. (Zadané úkoly musí být

ovšem slovně rozfázovány na kratší úseky). Dosud se sama nevyjadřuje, o nic nepožádá, nefunguje u ní zpětná vazba. Při jednání s lidmi se v rámci svých možností naučila i zrakovému kontaktu, který však bývá kolikrát vynucován. Naučila se rozumět i výhrůžným pohledům či gestům nebo zvýšenému tónu hlasu.

Činnosti a povinnosti, které nechtěla dělat, v ní vyvolávaly silné pocity vzteku, které se následně projevovaly červenými fleky po těle, zvýšeným používáním fyzické síly při vykonávání určeného úkolu a silným pocením a přicházel i pláč. Vnější neústupný postoj, který dívku donutil k provedení úkolu, v ní časem potlačil zlostné afekty. Období agresivity a vzdorovitosti během života ustoupilo a dnes je Adéla celkově klidnější, ale velmi negativistická a apatická. V současnosti se tyto stavy dostavují spíše ve chvílích, pokud dívka při nějaké činnosti vyvíjí snahu a nedosahuje přitom zdatu (např. pokud si zapíná bundu a trvá jí to déle než obvykle). Umí projevit lítost, a to i slzami. Těžko zvládá emotivně zátěžové situace, jako jsou Vánoce, svatba či rodinné sešlosti, kterých se zúčastní více lidí. Nezapojuje se do kolektivu, nechodí po místnosti, kam se posadí, tam zůstane. Napodobuje citové projevy osob – silný specifický smích, pokud se lidé kolem ní smějí, nebo se emotivně vyjadřuje v kontrastu dané situace – pokud někdo pláče, ona se směje nebo pláče, i když k tomu nemá patřičný podnět.

Kontakty s lidmi navazuje podle sympatie, častěji bývá spíše odměřená, ale dokáže si na jiného člověka zvyknout. Je spíše samotářská, vztahy s vrstevníky nabývají neutrálního charakteru.

Po celý život je vedena k samostatnosti. V sebeobslužných činnostech sama zvládá převlékání před koupelí a po ní, obutí bot bez tkaniček, vyčištění zubů, připravení šťávy a stravování pomocí příboru. Další úkoly přiměřené jejím schopnostem zvládá pod direktivním způsobem kontroly.

Svůj volný čas tráví hraním si s kuličkami, které přebírá a třídí do kelímků či misek. Obzvláště ji uspokojuje kutálení kuličky v plechové misce. Velkou oblibu má v různých věcech s obrázkem mouchy, včely, motýla či jiného hmyzu. Ráda poslouchá hudbu a líbí se jí pobyt ve vodě, umí plavat. K jiným pohybovým aktivitám má opačný vztah, rovněž nerada kreslí. Společenské hry (puzzle, domino) nebo nabízené volnočasové činnosti či hry s hračkami vnímá jako plnění úkolu.

Školní anamnéza

Adéla po druhém roce života navštěvovala necelý rok MŠ a současně s ní i zařízení rané péče, kam docházela dvakrát týdně. V ostatní dny dojížděla do MŠ speciální, která

byla nedaleko místa bydliště a kde pobývala do 9 let věku. Adéla se setkávala s dětmi s různými postiženími, a proto lze vztahy mezi nimi popsat jako neutrální. V MŠ speciální začala spolupráce rodiny s SPC, které doporučilo odklady školní docházky.

V devíti letech nastoupila do ZŠ pro sluchově postižené, kde se dodnes vzdělává podle IVP. Vzdělávání je zaměřeno na zvládnutí praktických činností. Dívce byla přidělena asistentka pedagoga, která se jí zalíbila a navázala s ní dobrý vztah. Se školou absolvovala i pobyt v přírodě bez přítomnosti rodičů, který emočně zvládla velmi dobře. Později byla Adéle přidělena nová asistentka, která je neslyšící. Zpočátku si na ni dívka nemohla zvyknout, škrábala ji, vztekala se, ale postupně se přestala bránit a přilnula k ní. Postoj třídního kolektivu, který čítá velmi malý počet dětí, je opět neutrální, ale dobře vychází s jedním chlapcem. Děti z jiných tříd, které zná, nebo učitelé, kteří ji vyučují, dívce nevadí a jejich přítomnost snáší dobře. Pokud se v její blízkosti vyskytne neznámá osoba, bývá nervózní a spíše se straní.

Úkoly plní podle pokynů a pod vedením asistentky, sama zadanou práci nesplní. K činnosti je apatická a její pracovní tempo je velmi pomalé. Pokud jí určitá činnost nejde splnit, začíná se vztekat, případně praští se sešity o zem nebo smete věci z lavice. Po afektu většinou přichází pláč a následuje uklidnění, kterému napomáhá asistentka uklidňujícím přístupem a slovní podporou. Adéla daný úkol i přes možný předchozí afekt vždy splní. Má ráda hudební výchovu a poslech hudby, při kterém se cítí spokojeně, a také ráda maluje. Zvládne přečíst slova a věty, ale bez porozumění textu. Za pomoci obrázků rozšiřuje pojmovou banku – spojuje obrázek s příslušným znakem. Asistentka jí předvede znak a Adéla ukáže na příslušný obrázek s pojmem. Zvládne psát všechna písmena, opíše text bez chyby, ale opět bez porozumění jeho obsahu. Počítá do dvaceti a zvládá i počítání v desítkách. Při všech činnostech však vyžaduje dohled a potřebuje neustálou podporu a pomoc asistentky, protože si v zadaných úkolech bývá značně nejistá. Ve škole je hodnocena slovně i známkami.

OTÁZKY PRO RODIČE A UČITELE DĚTÍ S AUTISMEM

V tomto případě proběhl rozhovor přímo s neslyšící asistentkou pedagoga, která se Adéle plně věnuje po celou dobu vyučování. Je tedy v těsnějším kontaktu a přímé práci s dívkou než třídní učitel.

1. Jakým způsobem s dítětem komunikujete? Jakých prostředků užíváte?

Rodiče: Převážně běžným způsobem s užíváním jednoduchých vět a s vyžadováním očního kontaktu, ale zpětná vazba není žádná. Dříve krátkodobě i za pomoci obrázků, ale to šlo o rozšiřování pojmů.

Asistentka: Mluveným jazykem, ale jen v krátkých jednoduchých větách či samotných slovech společně se znakovým jazykem a vyžadováním očního kontaktu. Zpětná vazba se vyskytuje jen velmi málo, spíše ukazuje, ale zadaným pokynům rozumí.

2. Jak rozvíjíte pracovní chování dítěte? Jakých metod, prostředků využíváte k tomu, aby se dítě naučilo požadovanou činnost?

Rodiče: Opakováním činnosti pořád dokola, postupnými kroky a hlavně důsledným přístupem, a to i přes možný afekt. Motivace v jejím případě, negativistickém postoji ke všemu, nemá význam.

Asistentka: Slovem a znakem, postup jednoduchými kroky. Zapojením motivace v podobě obrázků včel, much či jiného hmyzu, pokud má negativní přístup k činnosti, odmítá úkol splnit. Po patřičné motivaci úkol dokončí.

3. Jak napravujete problémové (agresivní) chování?

Rodiče: Výhružkou v podobě zvýšené melodie hlasu, přísným gestem a výrazem v obličeji nebo odvedením pozornosti na něco jiného. V předškolním období i pevným objetím.

Asistentka: Chycením za ruce, uklidňováním nebo po částečném odeznění i objetím, ale nebývá moc agresivní.

4. Rozvíjíte u dítěte hru, motivujete je k využívání volného času?

Rodiče: V rámci trávení volného času jsou jí nabízeny různé hry, ale ty Adéla vnímá jako úkol. Při neřízené činnosti se zabaví jen manipulací s kuličkami nebo sezením na místě a houpáním.

Asistentka: Nabízením různých her, o které si však sama neřekne, protože si hrát nedovede. Spíše sedí, rozhlíží se, houpe se nebo chodí po třídě.

5. Jak vysvětlujete určité sociální situace?

Rodiče: Buď běžným způsobem, slovně za použití mimiky, gest a jednoduchých vět, nebo se některé situace nevysvětlují.

Asistentka: Pomocí obrázků nebo se nevysvětlují.

6. Za použití jakých postupů, prostředků jste dítě učili/učíte tělesnému kontaktu?

Rodiče: Pomocí pevného objetí, i když se Adéla vzpírala; bylo to takové „*odpolední povinné mazlení*“. Asi od 8 či 9 let však tělesný kontakt snáší dobře, je mazlivá.

Učitel: Postupně - pohlazením napřed po ruce, pak po paži a po hlavě.

7. Jak podporujete a vedete dítě k navázání kontaktu s vrstevníky?

Rodiče: Kontakt s vrstevníky není bráněno, ale pokud Adéla nemusí, kontakty nenavazuje, proto to nelze u ní nijak podporovat.

Učitel: Postupným seznamováním s dalšími lidmi.

Prognóza stavu

V případě Adély lze sledovat, jak se její stav dokázal díky důslednému přístupu ve výchovném vedení zlepšit. Nyní se však zdá, že pokroky začínají ustávat. Její stav by se měl tedy udržovat alespoň na dosaženém stupni jejích možností. Stále za pomoci obrázků rozšiřovat, nebo alespoň udržovat pojmovou banku. Vést ji k samostatnosti a snažit se učit ji novým praktickým dovednostem. Pro zvýšení aktivity, zlepšení negativistické nálady a spokojenosti lze vycházet z činností, které má ráda – např. poslech hudby, plavání nebo jen hrátky ve vodě. Samozřejmostí je pokračování v pevném výchovném vedení.

5.5 Diskuze

Cílem práce je srovnání projevů chování dětí s poruchou autistického spektra v domácím a školním prostředí a zjištění, zda jsou výchovné metody aplikované v praxi podobné výchovným metodám ukotveným v teorii této problematiky. Dalším cílem je zjištění, zda učitelé navazují na zavedené výchovné metody rodičů. Abychom si mohli lépe propojit souvislosti mezi získaným výzkumným materiálem a stanovenými cíli, shrňme si napřed poznatky z jednotlivých případových studií a srovnáme si projevy chování dítěte v různých prostředích a používané metody rodičů a učitelů při jeho výchově.

Případová studie 1 se týká devítiletého chlapce (Mirka), který má diagnostikován dětský autismus s mentální retardací. Objevil se u něj zpožděný vývoj hrubé i jemné motoriky, potíže s jídlem, dokonce i precitlivělost na určité zvukové podněty, tak jak uvádí teorie. Vlivem této poruchy jsou značně narušeny komunikační dovednosti, které se všichni zainteresovaní lidé snaží zmírnit. Nápomoc v rychlejší adaptaci při nástupu do školy mělo přinést začlenění do kolektivu vrstevníků již MŠ. To kvůli odmítnutí jeho přijetí však nebylo možné. Při zařazení do školy však nemělo dítě ani tak problém s adaptací mezi spolužáky, ale s adaptací na nový režim řízený stanovenými pravidly. Důsledným přístupem a nastavením pevných pravidel si dítě po čase na nový režim zvyklo a problémové chování ustoupilo. V oblasti emocionálního prožívání jsou zajímavé nejen samotné opačné citové reakce, ale také silná podmíněnost nálady venkovním stavem počasí. Dříve bývalo dítě agresivnější, ale pomalu dochází k zlepšování stavu. Obzvláště ve škole bývá klidnější a problémové chování se objevuje jen zřídka, agresivnější projevy chování byly odstraněny. Avšak doma se závažnější problémy v chování stále občas opakují, a to hlavně v zátěžových situacích. U dítěte je častý bruxismus (skřípání zubů) a tento zlovyk se objevuje v obou typech prostředí. Ve škole má dítě zřejmě menší tendence k neúčelným pohybovým stereotypům, což by mohlo být dáno častým střídáním činností s odpočinkem, který je však rovněž organizovaný. Z dané případové studie totiž vyplývá, že k neúčelným pohybům někdy dochází ve chvílích, kdy dítě nemá organizovanou činnost (např. v tělocvičně, kde se točí), ačkoli se zvládne zabavit i samo. Zvláštností je, že dítě má větší sklony ke stereotypním postupům vykonávaným při různých činnostech, které se objevují společně s přerovnáváním věcí, a to hlavně ve školním prostředí. Je ovšem možné, že stejné postupy vykonává dítě i doma (což se u něj dříve objevovalo), jen toto chování nemuselo být doma vyzorováno. Ve škole je stanoven určitý režim, který dítě potřebuje, lépe se tak orientuje v činnostech,

které budou následovat. V tomto stanoveném režimu, jak se zdá, je dítě samostatnější (ví, že si má nachystat věci, odevzdá deníček, úkol...). Další zvláštnost se týká touhy po útěku při pobytu venku. Ačkoli se chlapec pohybuje v okolí bydliště sám, i když samozřejmě pod dohledem rodičů, ve škole jej musí asistentka nebo učitelka neustále držet za ruku, aby neutekl a případně si neublížil, protože si neuvědomuje možná nebezpečí. Specifickým projevem jeho chování je rovněž tendence neustále schovávat různé věci. Toto chování vykazuje jak doma tak i ve škole.

Důslednost ve výchově zastávají obě strany - tedy rodiče i vychovatelé. Jejich metody jsou téměř shodné. Při dorozumívání s dítětem používají výraznou mimiku a gestikulaci, stejně tak společně pracují na rozšiřování pojmů, kdy využívají obrázků, kterými si dítě spojuje slovo a jeho význam. Rodiče s učitelem se rovněž shodují i v jiných oblastech. Podporují pracovní chování slovním vedením a jednoduchými kroky společně s motivací, agresivním projevům se snaží předcházet posilováním vhodného chování a také se shodují v odpovědi týkající se problematiky představivosti (hry). Výchovné vedení rodičů a učitele se rozchází jen u vysvětlování určitých sociálních situací. Rodiče k tomu využívají slova, učitel i vizualizaci nebo přirovnání k obdobným příběhům. Ze získaných odpovědí lze usuzovat na skutečně těsnou spolupráci všech osob podílejících se na výchově dítěte.

Případová studie 2 popisuje vývoj a stav rovněž devítiletého chlapce (Adama), kterému byl diagnostikován atypický autismus. Ve vývoji se nelišil od ostatních dětí téhož věku, kromě jemné motoriky – ztuhlosti v rukou. Odmítal tělesný kontakt, ale díky vlídnému a láskyplnému přístupu rodičů se podařilo u chlapce tyto negativní postoje odbourat a probudit v něm touhu po tělesném kontaktu. Přetrvávajícím problémem je neschopnost samostatně navázat nebo udržet zrakový kontakt. Největším problémem však je narušení oblasti sociálních vztahů. Chlapec si uvědomuje potřebu kamarádů, ale obtížně s nimi navazuje kontakt a nedovede tento vztah udržovat. Bývá příliš vztahovačný a pokud se ním daný kamarád přestane bavit a převede pozornost na někoho jiného, je z toho chlapec nešťastný a cítí, že s ním nechce nikdo kamarádit. Třídní skupina dětí jej přijímá jako součást kolektivu, ale někdy od starších dětí přichází provokace vedoucí ke konfliktům a afektům dítěte, které nabývají až agresivních rozměrů. Chlapec si natolik přeje mít kamarády, že je schopen udělat téměř cokoli, aby si získal jejich pozornost. Jeho inteligenční a morální vyzrálost mu naštěstí zatím brání ve spáchání vážnějších činů – např. krádeže. Kromě vztahových problémů nemá dítě ve škole problémy. Potřebuje mít klidné prostředí a trpělivé vedení. Všechny zadané úkoly plní a pokud si s úkolem neumí poradit, zeptá se učitele a úkol dokončí. Plnění domácích

povinností je horší, rodiče se setkávají s nevolí dítěte, kdy bývá vzdorovité a nechce danou činnost plnit. Rodiče však ze svých požadavků neustupují a dítě nakonec zadanou činnost splní. Významnější odlišnosti projevů chování doma a ve škole zaznamenány nebyly.

Narušené interakce se objevují nejen ve škole, ale i mimo školní prostředí, kdy se chlapec stýká s některými dalšími dětmi, např. v parku či na hřišti. Dříve se rodiče báli přístupu ostatních dětí, aby Adamovi nechtěli ublížit, a z toho důvodu zamezovali samostatnému kontaktu chlapce s jinými dětmi, nebo byl pod dohledem rodiče. Nyní ho podporují v utváření sociálních vztahů prostřednictvím návštěv s kamarády nebo účasti na různých dětských akcích. Učitel napomáhá vytváření vztahů zapojováním žáka do společných činností s ostatními dětmi a nabádáním k vzájemné ochotě a pomoci. Učitel, respektive asistentka, dohlíží na žáka ve volných chvílích (o přestávkách) a snaží se jej zapojovat do trávení volného času s ostatními. Adam je schopen se zabavit i sám, to platí i v rodině. Rodiče hru u chlapce podněcují přiměřeným množstvím hraček, které se snaží vybírat tak, aby to podporovalo rozvoj myšlení. Volný čas s ním tráví pobytem venku nebo hraním společenských her. Tím dochází k vytváření pocitu rodinného bezpečí, které dítě v poslední době potřebuje, protože je jeho psychická rovnováha vlivem negativních vztahů s vrstevníky oslabena. Jelikož komunikace není u Adama závažně narušena (oproti jiným případům), probíhá dorozumívání verbálním způsobem. Při osvojování pracovních dovedností se užívá metody slovního výkladu a názorného předvedení dané činnosti. Problémové projevy chování jsou rodiči i učitelem napravovány posilováním vhodného chování. Rodiče také někdy zvýší hlas. Učitel také využívá metody převedení pozornosti na jiný předmět nebo činnost, aby nedošlo k dalšímu vyhrocení situace či zvýšení míry afektu. Určité společenské situace verbálně vysvětluje a správnost jednání přirovnává k obdobným příběhům. Stejný postup zaujímají rodiče, kteří se snaží situaci dítěti vysvětlit a preventivně v něm vytvářet morální uvědomění a cítění.

I v tomto případě se výchovné postupy užívané učitelem a rodiči nijak zvlášť neliší, což je ovšem dáno dobrou spoluprací a komunikací rodičů a třídního učitele.

Případová studie 3 je o sedmiletém chlapci (Josef), kterému byl diagnostikován dětský autismus. První problémy však nenaznačovaly, že by se mělo jednat o tuto poruchu, ale spíše o opožděný motorický vývoj, který byl stimulován cvičením Vojtovy metody. Kolem druhého roku života se začaly objevovat i potíže psychické, které prokázaly danou poruchu autistického spektra. Zvláštní je střídání pokroků fyzického nebo duševního charakteru, kdy dítě dělá pokroky pouze v jedné oblasti. Dodnes se u něj objevují stereotypní pohyby rukou, při kterých otáčí ruce v zápěstním kloubu. Prostřednictvím

pohybů ruky rovněž vyjadřuje svůj vztek, kdy se hřbety rukou bije do zubů. Chlapec se rozčiluje převážně z důvodu odebrání předmětu, který jej zaujal, nuceným přerušením činnosti, kterou se právě zabýval, nebo změnou polohy, např. při předávání dítěte druhé osobě. Tyto stavy jsou pravděpodobně častější doma, protože v MŠ není do činností nucen, spíše se čeká, až dítě přijde ze zvědavosti samo, a také nebývá chováno, jak je tomu v rodině. Zvláštnosti emocionální stránky osobnosti se objevují i u Josefa. Zajímavé je, že chlapcova nálada je velmi ovlivnitelná počasím a venkovním tlakem. Náladovost podmíněná počasím se projevuje i ve MŠ, ale chlapcova nálada, kromě tohoto faktoru, bývá odrazem atmosféry ve třídě. Pokud je ve třídě rušno nebo se nějaké dítě rozpláče, začne plakat také. Zvýšená citlivost na hluk se objevuje ve více prostředích. Ačkoli dítě trpělo často otitidou a prodělalo několik ušních operací, problémy se sluchem nejsou prokázány. Zřejmě dokáže rozlišit hlas rodičů od hlasu učitelky, což je patrné při oslovení. Doma se na oslovení otočí po hlase a snaží se navázat zrakový kontakt, což se na zavolání učitele nestává, nebo spíš jen náhodně. Komunikační dovednosti jsou omezeny pouze na zvuky a křik. Rodiče i učitel tak musí víceméně odhadovat, co chlapec potřebuje nebo si přeje. Ústa mu spíše slouží jako prostředek k poznávání světa, protože většinu předmětů, se kterými manipuluje, strká do pusy, přičemž na prostředí vůbec nezáleží.

Při nástupu do MŠ poskytli rodiče pracovníkům seznam projevů dítěte a postupů při možném afektu či agresivitě. Z toho se předpokládalo, že se metody budou shodovat.

Komunikace probíhá prostřednictvím krátkých, stručných vět, ovšem s rozdílem, že rodiče ještě vyžadují po dítěti zrakový kontakt. Slovního vedení se užívá i v případě rozvoje pracovních dovedností a činnost bývá rozdělena do menší kroků. Herní dovednosti jsou rozvíjeny pomocí nových hraček, přičemž rodiče se orientují především nejen na ty hračky, které budou pro dítě přitažlivé, ale také se stimulačním účinkem. V rámci společného času se rodiče snaží u dítěte rozvíjet napodobivou hru. Učitel využívá jednoduchých rytmických hříček, a to hlavně záměrně při negativních až agresivních projevech chlapce, který se dovede zklidnit hudbou nebo zpíváním, které v těchto situacích aplikují i rodiče. Ti navíc používají metodu pevného objetí. Tělesný kontakt byl v rodině rozvíjen běžným způsobem jako u každého dítěte a než dítě začalo navštěvovat MŠ, byl tělesný kontakt navazován bez problémů. Vztahy s vrstevníky jsou rodiči podporovány nebráněním ve „společných“ hrách s vrstevníky a účastí na dětských a příležitostných akcích. V MŠ je dítě vedeno a zapojováno do společných činností.

V tomto případě byla navázána úzká spolupráce rodičů, kteří uvědoměle poskytli všem pracovníkům, kteří s dítětem pracují, patřičný seznam projevů a možných řešení při výskytu potíží.

Případová studie 4 se týká dívky (Adély), které byl diagnostikován dětský autismus s těžkou mentální retardací a přidruženou hluchotou levého ucha. Její vývoj je zachycen až od jednoho a půl roku života, kdy dítě adoptovala současná rodina, na kterou si zvykla bez problémů. Kromě potíží s jídlem se u ní objevovaly i poruchy ve spánku a v jemné motorice. Ztuhlost v rukou však byla odstraněna. Z hrubé motoriky přetrvávají stereotypní pohyby jako je houpání, trhavé vybíhání z místa nebo skřípání zubů. Řeč se u dívky nerozvinula a jiným způsobem komunikace se dívka nevyjadřuje. V rámci svých možností porozumí sdělení a určené pokyny splní, jinak zpětnou vazbu nedává. Nemá tendence vyjadřovat svá přání, což může být dáno jejím negativistickým postojem a apatií. Má snížený práh bolestivosti, který dříve prokazovala bitím hlavou o zed', ale díky přístupu rodičů se tomuto agresivnímu chování odnaučila. Využili přitom strategii averzivní stimulace, která ačkoli je drastická, protože na dítě je aplikován nepříjemný nebo bolestivý stimul, je v krajních případech, kdy dochází k ohrožování vlastní osoby nebo druhých lidí, zmiňována i v odborné literatuře jako možný výchovný prostředek pro nápravu agresivního chování. Dívka v mladším věku byla agresivnější. Dnes mívá afekty vzteku také, ale v daleko menší míře. Stejně je tomu i ve škole, kde bývá spíše apatická a ke splnění úkolu je potřeba neustálý dohled. Pokud se jí něco nedaří, praští s věcmi o zem, nebo je smete z lavice. Zátěžové situace, představující více lidí nebo cizí osobu, těžko zvládá. Nezapojuje se do dění a spíše se straní. Tyto situace nastávají v obou prostředích. Doma těžko snáší Vánoce či jiné rodinné sešlosti a ve škole jí činí potíže setkání s neznámou osobou. Jinak vztahy ve třídě jsou a byly bezproblémové, což bylo také dáno tím, že se dívka ocitala mezi jinak postiženými dětmi. Chování doma a ve škole je tedy velmi podobné, ovšem používané metody se drobně odlišují.

Rodiče (tedy převážně matka, jež Adélu vychovává) s dívkou komunikuje verbálně, ale dříve používali i obrázky na rozšiřování pasivní slovní zásoby. Protože dívka chodí do školy pro sluchově postižené a má neslyšící asistentku, probíhá s ní komunikace za pomoci znakového jazyka a vyžadováním očního kontaktu. Zpětná vazba pomocí znaku však od dívky stále nepřichází, spíše ukazuje. Slovo, znakování a postup jednoduchými kroky asistentka používá i při pracovních výkonech. Tento postup je využíván i v rodině, ale bez motivace, která se objevuje při práci ve škole, kdy asistentka motivuje dívku obrázky, které má ráda – tedy s motivy různého hmyzu. Protože dívka nedovede využívat

svůj volný čas, jsou jí nabízeny herní činnosti jak doma, tak i ve škole, ale sama neprojevuje zájem o hru. Stejně tak nevyhledává kontakt s vrstevníky, ale doma jí kontaktu s jinými dětmi není bráněno a ve škole se asistentka snaží dívku seznamovat a sbližovat s lidmi, se kterými Adéla nepříjde často do styku, a tudíž při setkání s nimi bývá nervózní. Metody vysvětlování určitých situací se liší – zatímco rodič využívá verbálního přiměřeného vysvětlování společně s používáním výrazných gest a mimiky, asistentka vysvětluje situace na příkladech obrázků, nebo je vůbec nevysvětluje. Nevysvětlování pomocí slov může mít svůj důvod, protože nesmíme zapomínat, že asistentka je neslyšící, a proto je i pro ni výhodnější používat vizualizace nebo situace nevysvětlovat. Dívka se ve škole neprojevuje příliš agresivně, výbuchy vzteku nejsou tak časté, ale pokud nastanou, asistentka chytne dívku za ruce a snaží se ji uklidnit, poté ji i obejmě. V předškolním období rodiče využívali pevného objetí, dnes při potížích zvýší hlas nebo přísným gestem a výrazem v obličeji dají dívce najevo, aby se uklidnila, nebo odvedou její pozornost na něco jiného. Pevného objetí rodiče využívali i při odbourávání averze vůči tělesnému kontaktu, který se u dívky v dětství vyskytoval. Díky tomuto „povinnému mazlení“ se dítě naučilo tělesný kontakt snášet dobře. Když s dívkou navazovala kontakt asistentka, začínala pozvolnými doteky přes ruce, paže až k pohlazení po vlasech a dnes se od ní Adéla nechá i obejmout.

U posledního případu je patrné, že se metody užívané rodičem a asistentkou mírně liší. Odlišnost používaných metod je však částečně způsobena sluchovou vadou asistentky, která např. při komunikaci užívá i prvků znakového jazyka nebo větším využívání vizualizace či obrázkové motivace. V obou případech je však zřejmý společný důraz kladený na důslednost, která je v případě Adély velmi podstatnou podmínkou, aby nedošlo k regresi.

Shrnutí všech případových studií nám odhaluje různé souvislosti a společné rysy některých dětí. Ve třech případech mají děti diagnostikovaný dětský autismus a jejich projevy mají více společných znaků. Přesto se našly i specifické rysy, které vykazují všechny děti, tedy (pro některé možná překvapivě) i chlapec s atypickým autismem. Jsou jimi: snížený práh bolestivosti a neschopnost přirozeně navázat zrakový kontakt, problémy v navazování sociálního kontaktu, neočekávaně i narušený rozvoj jemné motoriky a vyšší emoční labilita. Objevují se u nich vzdorovité až agresivní projevy při činnostech, které nechtějí dělat nebo jim nejdou. Zajímavostí je, že děti s dětským autismem spojují nejen obrácené citové reakce, jak se o nich zmiňuje odborná literatura, ale také velká ovlivnitelnost nálady změnou venkovního tlaku a počasím, která se objevila u dvou

ze tří dětí, a to chlapců. Dva z nich (Mirek a Josef) mají také zvýšenu citlivost na hluk a velmi zajímavé a překvapující bylo zjištění, že oba také mají určitou náklonnost k miminkům, na která se rádi dívají a občas to vypadá jakoby si s nimi rozuměli. Všechny děti s dětským autismem rovněž spojují i určité stereotypní pohybové projevy a strach z více lidí či davu, což by však mohlo souviset i s přecitlivělostí na hluk. U těchto dětí se také vyskytují potíže s inkontinencí a značně narušené komunikační dovednosti, které ovšem patří do triády postižení, a proto se tento společný znak dal předpokládat. Teorie této problematiky zaznamenává také specifické potíže s jídlem či spánkem. V našem výzkumu se potíže s jídlem prokázaly u dvou případů.

Kromě specifických znaků, které popisované děti spojují, se nyní zaměříme na jejich projevy v chování ve dvou odlišných prostředích, tedy doma a ve školním zařízení. Různé charakteristiky dětí s poruchou autistického spektra napovídají, že i vlivem změny prostředí dojde ke změnám v chování. Usuzuje se tak z odlišných faktorů, které na jedince působí doma a ve škole. Pro domov je typický zpravidla větší klid, menší počet lidí a pro dítě s autismem je zdrojem většího pocitu bezpečí. Ve škole je stanovený přesný režim, více podnětů k pozorování a navazování kontaktů a výskyt cizích osob apod. Prokázalo se však, že v 50% mívají děti spíše problematický nástup do školního zařízení, kdy bývají agresivnější nebo plačtivé, což se objevilo u dvou chlapců s dětským autismem (Mirek, Josef), nebo se děti chovají obdobně jako doma, jen s drobnějšími odlišnostmi. Výjimkou je chlapec s dětským autismem (Mirek), který byl zpočátku školní docházky agresivnější. Nyní z jeho případu lze usuzovat, že bývá ve škole klidnější, neobjevují se u něj v takové míře neúčelné pohyby, ale má větší tendence přerovnávat věci nebo utíkat, když jsou děti mimo budovu školy. V jiném případě byl nástup do školy a první dva roky docházky méně problémové a čím je dítě starší, nastávají větší sociální potíže. Tato situace se týká chlapce s atypickým autismem – Adama. Téměř bezproblémová adaptace do školních zařízení se objevuje pouze v případě dívky, které dělalo potíže přijmout novou asistentku, ale jinak je její chování téměř shodné s projevy v domácím prostředí.

Z těchto získaných informací lze konstatovat, že specifika chování doma a ve škole jsou velice individuální. Záleží na typu poruchy autismu, charakterových vlastnostech jedince, více a méně narušených oblastech, na typu a klimatu školy, do které je zařazen. Avšak z globálního pohledu na všechny zkoumané případy je možné tvrdit, že projevy chování jedince s autismem doma a ve školním prostředí se výrazně neliší.

Je samozřejmé, že typ poruchy autistického spektra také ovlivňuje volbu používaných metod při výchově dítěte s tímto postižením. Prvními lidmi, kteří se rozhodují pro co nejvhodnější strategii optimálního rozvoje dítěte, jsou rodiče. Ti vybírají různé metody, jak pracovat s dítětem, a sbírají informace i od zkušenějších rodin. Při nástupu dítěte do školského zařízení dochází k navázání spolupráce rodiny s pedagogem, který na základě získaných informací o dítěti aplikuje patřičné postupy, které se mohou, ale nemusí shodovat s taktikami rodičů. Jednotnost v získaných odpovědích je patrná téměř na první pohled. Učitelé či asistent přirozeně navazují na výchozí výchovné vedení.

Záměrem této práce není třídění metod podle typu poruchy a srovnávání s teoretickými poznatky, nýbrž náhled na škálu možností používaných strategií při výchově bez bližšího určení diagnózy poruchy autistického spektra. Jinými slovy je středem zájmu náhled na různé prakticky používané a teoreticky doporučované metody výchovy u všech dětí s autismem. Všechny prakticky užívané strategie budou rozděleny podle klíčových oblastí rozvoje.

V oblasti komunikace se nejvíce využívá verbálního způsobu dorozumívání s častým vyžadováním zrakového kontaktu. Na dítě se dospělí snaží mluvit jednoduchými větami, což je při verbálním způsobu dorozumívání doporučováno i odborníky. Ti ještě apelují na zvýšení hlasu a přidání gestikulace a mimiky, která je v praxi ke slovu přiřazována již méně. Na podporu pasivní slovní zásoby je vhodné komentovat obrázky, obrázkové knihy nebo si zavést speciální sešit na rozšiřování pojmů. Těchto způsobů se stejným účelem využívá i v praxi. Odborníci dále kladou důraz na vytváření vhodných příležitostí ke komunikaci a motivaci. Speciálními metodami jsou komunikační systémy, které v těchto případech zavedeny nebyly. Pokud dítě nekomunikuje, lze rovněž využít nácviku dorozumívacích gest před zrcadlem.

Po stránce sociálních dovedností se dospělí snaží dítě naučit tělesnému kontaktu běžným způsobem nebo objetím i přes počáteční vzpírání. Teoretické poznatky jsou více zaměřeny na strategie užívané na nácvik reakce při oslovení dítěte. Navazování tělesného kontaktu se spojuje spíše s hraním a trávením společného času s dítětem. Pro navazování sociálních kontaktů a vztahů se doporučuje vycházet z toho, co dítě ovládá, co má rádo: např. hry venku, na hřišti, zapojováním dítěte do činností, které dělají i ostatní děti apod. Tyto postupy jsou aplikovány jak rodiči, tak i učiteli. Určité sociální situace vysvětlují převážně verbálně, ale potěšujícím zjištěním je také přirovnávání k podobným situacím nebo příběhům či využívání vizualizace pomocí obrázků. Právě na vizualizaci (nejen v podobě obrázků, ale také rozkreslováním situace) někteří odborníci kladou důraz.

Představivost je u dětí rozvíjena hlavně prostřednictvím her. Převážně rodiče se snaží s dítětem trávit volný čas a podporují tuto oblast nabízením různých společenských her nebo hraček, které určitým způsobem stimulují patřičné smysly. Často se jedná o hračky zvukové nebo svítící nebo podporující myšlení. Všechny tyto taktiky jsou zmíněny i v teoretických zdrojích. Četné odborné publikace však nabízí širokou škálu různých her, přičemž se využívá stimulace barvami, hudbou, pískem, vodou apod. Autoři publikací také apelují na rozvoj napodobivé hry. Jedna z dobrých a osvědčených metod, využívající videozáznam, je popsána výše, v teoretické části.

Děti jsou **k pracovnímu chování** s následným rozvojem k samostatnosti vedeny převážně verbální cestou, a to rozfázováním práce na jednoduché kroky, aby dítě správně porozumělo daným pokynům. Uplatňuje se také vizuálně motorická nápomoc dospělého. Zarážejícím faktem pak je nízká účast motivace. Všechny uvedené, v praxi používané, kroky se objevují i v teoretických podkladech, ale odborníci kladou také důraz na motivaci a doporučují rozfázovanou činnost vizuálně znázornit.

Problémové až agresivní projevy v chování jsou v praxi korigovány metodou pevného objetí, nebo posilováním vhodného chování. Tyto dvě metody, obzvláště pak posilování vhodného chování, bývají často zmiňovanou metodou literárních pramenů tohoto tématu. Dalšími teoretickými metodami je zavedení farmakoterapie nebo v krajních případech agresivity použití averzivní stimulace, která se osvědčila u dívky při odstraňování sebezraňujícího chování. Dospělí se také snaží převádět pozornost dítěte na jiný podnět nebo činnost. Novým kreativním přístupem je uplatňování hudby nebo zpěvu dospělého, které dokáže dítě zklidnit.

Z teoretického podkladu a získaných informací vyplývá, že většina rodiči i učitelé používaných metod je ukotvena i v teoretickém rámci problematiky. Většinou jsou používány v určitém slova smyslu logicky vyvoditelné, účinné a ověřené postupy, ale další taktiky jsou neprobádanou půdou. Existují publikace určené přímo na podporu rozvoje, ve kterých jsou mnohé nápady a strategie, které by mohly rozšířit okruh výchovných možností. Nikdo sice nezaručí, že daná metoda bude na konkrétní dítě působit a bude efektivní, ale realizací nových strategií se rovněž může otevřít pomyslná brána pokroku v patřičné oblasti.

Všechny dospělé dotazované osoby vychovávající dítě s poruchou autistického spektra kladou důraz na důslednost, což je samozřejmě správné, ale kam zmizela motivace? Tato podstatná součást výchovného procesu je uplatňována spíše mezi učiteli, a to navíc pouze v polovině případů. Snad každé dítě lze nějakým způsobem motivovat a získat tím jeho

větší zájem pro jakoukoli činnost, a proto je překvapující, že nebyla zmiňována častěji, obzvláště v případě pedagogických pracovníků.

Prakticky uplatňované výchovné metody jsou (alespoň ve zkoumaných případech) účinné, což je patrné z pokroků, kterých děti v rámci svých možností dosahují. Proto rozhodně neapelujeme na využívání jiných alternativ, ale předkládáme škálu možností, které mohou rodiče nebo pedagogické pracovníky něčím inspirovat.

ZÁVĚR

Práce pojednává o teoretických podkladech a praxi poruch autistického spektra. Zabývá se terminologickým vymezením tohoto postižení, nastiňuje jeho historii objevů a přístupů, seznamuje s některými diagnostickými metodami a jednotlivými pervazivními vývojovými poruchami. V druhé kapitole jsou podrobně analyzovány jednotlivé narušené oblasti osobnosti jedince s autismem. Dále je popsána situace rodiny s postiženým dítětem a v závěrečné kapitole teoretické části jsou nabídnuty různé výchovné metody doporučované odborníky pro děti s poruchou autistického spektra.

Cílem bylo zjistit, zda se u těchto dětí vyskytují odlišné projevy chování se změnou prostředí, jakých metod se užívá v praxi při výchovném procesu a zda jsou tyto prakticky aplikované metody shodné nebo podobné se strategiemi uváděnými v teorii této problematiky. Pozornost byla také věnována i odhalování jednotnosti v používaných taktikách rodičů a učitelů při práci s dítětem. Splnění záměru práce bylo dosaženo prostřednictvím případových studií a předem připravených otázek pro rozhovor s rodiči a pedagogickými pracovníky, které poskytly velké množství cenného materiálu, odhalujícího někdy až překvapující výsledky.

Výzkumem přinesené výsledky prokazují skutečnost, že záleží nejen na druhu postižení, ale na typu školy, do které je dítě zařazeno. Jeho chování ovlivňuje kolektiv, do kterého se dítě dostalo. Ze získaných informací lze z globálního pohledu na poruchy autistického spektra učinit závěr, že chování těchto dětí se vlivem prostředí ve většině případů významně neliší. Rozsáhlejší výzkum vycházející z podkladů této práce by však mohl přinést nové potvrzující či vyvracející objevy.

Informace získané z rozhovorů prokazují, že všechny používané metody - ať už rodiči či pedagogickými pracovníky - nalezneme i v teorii této problematiky. Z toho vyplývá, že zásadní osvědčené metody doporučované teorií jsou aplikovány i v praxi a jsou tedy shodné. Různé netradiční postupy uveřejňované v odborných publikacích však většinou využívány nejsou. I přesto bývají rodiče dobře informováni o daném problému a snaží se komunikovat i s jinými rodinami, které mají dítě s postižením. Vyhledávají tak praktické rady při výchovném vedení od zkušenějších osob.

Téměř ve většině případů jsou kongruentní i strategie rozvoje užívané rodiči i učiteli. Bývá to především podpořeno dobrou spoluprací rodiny s učitelem a vzájemnou informovaností mezi nimi.

Tato práce nabízí příležitost k prohloubení výzkumné části oblasti chování dítěte s tímto postižením v různých prostředích. Avšak především má sloužit rodičům i pedagogům, a to i budoucím, kteří si chtějí rozšířit obzory v možnostech využívání variabilních metod ve výchovném procesu dítěte s poruchou autistického spektra.

POUŽITÁ LITERATURA

- Attwood, T. (2005). *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Praha: Portál.
- Bazalová, B. (2011). *Poruchy autistického spektra: teorie, výzkum, zahraniční zkušenosti*. Brno: Masarykova univerzita.
- Beyer, J., & Gammeltoft, L. (2006). *Autismus a hra: Příprava herních aktivit pro děti s autismem*. Praha: Portál.
- Bondy, A., & Frost, L. (2007). *Vizuální komunikační strategie v autismu*. Praha: Grada.
- Clerq, H. De (2007). *Mami, je to člověk, nebo zvíře?* Praha: Portál.
- Čadilová, V., Jůn, H., Thorová, K., & kol. (2007). *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál.
- Čadilová, V., & Žampachová, Z. (2008). *Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. Praha: Portál.
- Dubin, N. (2009). *Šikana dětí s poruchami autistického spektra*. Praha: Portál.
- Eldesberger, L. (2000). *Defektologický slovník*. (3rd ed.). Jinočany: Nakladatelství H&H
- Fitznerová, I. (2010). *Máme dítě s handicapem*. Praha: Portál.
- Gillberg, CH., & Peeters, T. (2003). *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál.
- Griffin, S., & Sandler, D. (2012). *300 her pro děti s autismem: rozvíjení komunikačních a sociálních dovedností*. Praha: Portál.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Howlin, P. (2005). *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. Praha: Portál.
- Hrdlička, M., & Komárek, V. (eds.) (2004). *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Praha: Portál.
- Jelínková, M. (2001). *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova.
- Jelínková, M. (2008). *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova.
- Kerrová, S. (1997). *Dítě se speciálními potřebami*. Praha: Portál.
- Kolektiv autorů (2005). *Rettův syndrom: diagnostika, genetika, terapie, praxe*. Praha: Základní škola Zahrádka.
- Krahulcová, B. (2003). *Dyslalie*. Hradec Králové: Gaudeamus.

- Lawson, W. (2008). *Život za sklem: osobní výpověď ženy s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál.
- Matějček, Z. (1996). *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál.
- Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. (2000). *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Moor, J. (2010). *Hry a zábavné činnosti pro děti s autismem: praktické nápady pro každý den*. Praha: Portál.
- Možný, P., & Praško, J. *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton.
- Nesnídalová, R. (1995). *Extrémní osamělost*. Praha: Portál.
- Newman, S. (2004). *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením: rozvoj kognitivních, pohybových, smyslových, emočních a sociálních dovedností*. Praha: Portál.
- Pátá, P. K. (2008). *Mé dítě má autismus – příběh pokračuje*. Praha: Grada.
- Peeters, T. (1998). *Autismus: Od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha: Scienta.
- Prekeřová, J. (2000). *Malý tyran: co vlastně děti potřebují*. Praha: Portál.
- Richman S. (2006). *Výchova dětí s autismem: Aplikovaná behaviorální analýza*. (2nd ed.). Praha: Portál.
- Říhová, A., & kol. (2011). *Poruchy autistického spektra : (pomoc pro rodiče dětí s PAS)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Říhová, A., & Vitásková, K. (2012). *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra: odborná publikace pro logopedy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Schopler, E., & Mesibov, G. B. (1997). *Autistické chování*. Praha: Portál.
- Schopler, E., Reichler, R. J., & Lansingová M. (1998). *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami*. Praha: Portál.
- Sroková, E., & Olšáková, P. (2004). *Autismus ve školní praxi*. Ostrava: Montanex.
- Straussová, R., & Knotková, M. (2011). *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra: jak začít a proč*. Praha: Portál.
- Strunecká, A. (2009). *Přemůžeme autizmus?: průvodce pro rodiče, použitelný i pro pediatrii, psychiatrii a všechny obětavé bytosti, které se snaží pomáhat dětem s autizmem*. Blansko: ALMI.
- Švaříček, R., Šedřová, K. & kol. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

- Thorová, K. (2006). *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha, Portál.
- Vermeulen, P. (2006). *Autistické myšlení*. Praha: Grada.
- Vocílka, M. (1995). *Autismus a možnosti výchovné praxe*. Praha: Septima.
- Vosmik, M., & Bělohávková L. (2010). *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole: možnosti integrace na ZŠ a SŠ*. Praha: Portál.

OSTATNÍ ZDROJE

- Ghanizadeh, A., Alishahi, M., & Ashkani, H. (2009). Helping Families for Caring Children with Autistic Spectrum Disorders. *Archives Of Iranian Medicine (AIM)*, 12(5), 478-482.
- Nováková, J. (2012, září 1). *Jak vrstevníci přijímají své spolužáky s poruchou autistického spektra? Komenský: odborný časopis pro učitele a základní školy*.
- Obaid, M. (2012). Parental Attitudes towards Autistic Child. *European Journal Of Social Science*, 31(1-3), 103-114
- Sikorová, L., & Birteková, Z. (2011). Odolnost rodiny s handicapovaným dítětem. (Czech). *General Practitioner / Praktický Lekar*, 91(8), 477-481.

PŘÍLOHA
OTÁZKY PRO RODIČE A UČITELE DĚTÍ S AUTISMEM

OTÁZKY PRO RODIČE A UČITELE DĚTÍ S AUTISMEM

1. Jakým způsobem s dítětem komunikujete? Jakých prostředků užíváte?

- a) běžným způsobem
- b) pomocí obrázků
- c) užíváním jednoduchých vět
- d) používání výrazné gestikulace a mimiky
- e) vyžadujeme zrakový kontakt
- f) jiným způsobem

2. Jak rozvíjíte pracovní chování dítěte? Jakých metod, prostředků využíváte k tomu, aby se dítě naučilo požadovanou činnost?

- a) slovní vedení a jednoduché kroky
- b) vizuálně motorické učení (napřed pomocí nápodoby dospělého, poté postupem pomocí obrázků)
- c) potřebná motivace uveďte:.....
.....
- d) direktivním a důsledným přístupem i přes možný afekt dítěte
- e) jiným způsobem
.....

3. Jak napravujete problémové (agresivní) chování?

- a) výhružkou, trestem
- b) metodu pevného objetí
- c) posilováním vhodného chování odměnou
- d) jiným způsobem

4. Rozvíjíte u dítěte hru, motivujete je k využívání volného času?

- a) ano, novými podnětnými hračkami
- b) ano, v rámci společného trávení volného času
- c) dítě si umí hrát a zabavit se samo
- d) hru dítěti neřídíme, necháváme ho, ať si odpočine podle své potřeby
- e) jiná odpověď
-

5. Jak vysvětlujete určité sociální situace?

- a) pomocí vizualizace (rozkreslením situace, pomocí obrázků)
- b) přirovnáváním k jiným situacím, příběhům, pohádkám
- c) běžným způsobem
- d) nevysvětlujeme, z důvodu nízké mentální úrovně

6. Za použití jakých postupů, prostředků jste dítě učili/učíte tělesnému kontaktu?

- a) déletrvajícím pevným objetím i přes počáteční vzpírání dítěte
- b) dítě fyzický kontakt snáší dobře, je mazlivé
- c) jiný postup, prostředek

7. Jak podporujete a vedete dítě k navázání kontaktu s vrstevníky?

.....

.....

.....

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Hana Vašíčková
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Iveta Tichá
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Poruchy autistického spektra v teorii a realitě
Název v angličtině:	Autistic Spectrum Disorders in the theory and reality
Anotace práce:	Poruchy autistického spektra zasahují více oblastí osobnosti člověka, a to především komunikaci, sociální vztahy a představivost. U každého jedince se projevují jinak a v jiné míře. Tito lidé vnímají svět a prožívají zcela specificky. Těžko se přizpůsobují sociálním situacím a mají potíže v komunikaci a navazování kontaktů. Děti s tímto postižením vyžadují speciální přístupy a metody při rozvoji a výchově. Tato práce je postavena na zpracování případových studií a záznamech z rozhovorů rodičů a pedagogických pracovníků. Zabývá se popisem různých projevů konkrétních dětí, ale také srovnáním jejich projevů chování v domácím a školním prostředí. Dále předkládá velké množství výchovných metod, které se vyskytují nejen v teorii, ale jsou také ověřené praxí a na zkoumaných případech.
Klíčová slova:	Poruchy autistického spektra, projevy autismu, praktické a teoretické metody, případové studie.

Anotace v angličtině:	Autism spectrum disorders influence one's personality in many ways – it affects mainly communication, relationships and imagination. Everyone can be affected in different way and to different extend. These people perceive an outside world in a very specific way. It is difficult for them to adapt themselves to social interactions; they have a difficulty with communication and interpersonal relationships. Children with this disorder need a special approach and methods during their development, upbringing and education. This thesis deals with particular case studies. The method of interviewing the teaching staff and parents of these children has been used for this thesis. The thesis deals with description of different kinds of behaviour of particular children and also compares their behaviour at home and at school environment. There are also presented methods, which are both described in theory and verified by practice.
Klíčová slova v angličtině:	Autistic Spectrum Disorders, symptoms of autism, practical and theoretical methods, case studies.
Přílohy vázané v práci:	Příloha: Otázky pro rodiče a učitele dětí s autismem
Rozsah práce:	96 stran
Jazyk práce:	Český jazyk