

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM  
2016–2019**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Lenka Stibůrková**

**Zásady a principy práce s žáky s dětským autismem**

Praha 2019

Vedoucí bakalářské práce:  
PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR PART-TIME STUDIES**

**2016–2019**

**BACHELOR THESIS**

**Lenka Stibůrková**

**Guidelines and Principles of Working with Pupils  
in Childhood Autism**

Prague 2019

The Bachelor Thesis Work Supervisor:  
PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

.....  
*Lenka Stibůrková*

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Zdeňkovi Mouchovi, CSc., za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a ochotu při zpracování bakalářské práce.

## **Anotace**

Bakalářská práce se ve své teoretické části zabývá klasifikací poruch autistického spektra, historickým vývojem jedinců s autismem, diagnostikou dětského autismu a terapií autismu. Dále popisuje systém školního vzdělávání dětí s poruchou autistického spektra. Praktická část předkládá kazuistiku tří dětí ve stejném věku a odpovídá na otázku, zda je verbální i neverbální komunikace u dětí s dětským autismem důležitá.

## **Klíčová slova**

Dětský autismus, integrace, komunikace, motivace, piktogramy, poruchy autistického spektra, rodina, strukturované učení, terapie, výchova, vzdělávání.

**Annotation**

Bachelor thesis in theoretical section deals with classification of autism spectrum disorders, historical development of individuals with autism, diagnosing childhood autism and therapy of autism. It also describes the school education system of children with autism spectrum disorder. The practical part is presented by the casuistry of three children of the same age and answers the question of whether verbal and non-verbal communication in children with childhood autism is important.

**Keywords**

Autism spectrum disorders, childhood autism, communication, education, family, integration, motivation, pictograms, structured learning, therapy, training.

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ.....</b>	<b>11</b>
1.1 Historický vývoj jedinců s poruchou autistického spektra.....	11
1.2 Etiologie autismu.....	13
1.3 Poruchy autistického spektra.....	14
1.4 Klasifikace poruch autistického spektra.....	14
1.4.1 Dětský autismus.....	14
1.4.2 Atypický autismus.....	15
1.4.3 Aspergerův syndrom.....	15
1.4.4 Rettův syndrom.....	15
1.4.5 Dětská dezintegrační porucha.....	16
1.4.6 Jiné pervazivní vývojové poruchy.....	16
1.4.7 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby.....	17
1.5 Přidružené poruchy.....	17
1.5.1 Mentální retardace.....	17
1.5.2 Vývojová dysfázie.....	20
1.5.3 Porucha aktivity a pozornosti.....	20
<b>2 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA.....</b>	<b>22</b>
2.1 Diagnostika.....	22
2.2 Diagnóza.....	23
2.3 ADOS test.....	23
2.4 Posuzovací škála dětského autismu CARS2.....	24
<b>3 LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S DĚTSKÝM AUTISMEM.....</b>	<b>25</b>
3.1 Předškolní vzdělávání.....	25
3.2 Základní vzdělávání.....	26
3.3 Střední vzdělávání.....	27
<b>4 ZÁSADY A METODY PRÁCE U DĚTÍ S DĚTSKÝM AUTISMEM.....</b>	<b>28</b>
4.1 Terapie.....	28

4.1.1 ABA terapie.....	28
4.1.2 TEACCH.....	29
4.1.3 DIR/FLOORTIME.....	30
4.1.4 ESDM.....	30
4.1.5 Komunikační intervence.....	31
4.1.6 Kognitivně-behaviorální terapie.....	31
4.1.7 Snoezelen.....	31
4.1.8 Podpůrná edukační metoda piktogramů a znakového jazyka u dětí s dětským autismem.....	32
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>33</b>
<b>5 ŘEČOVÉ TERAPIE PRO DĚTI S DĚTSKÝM AUTISMEM.....</b>	<b>33</b>
5.1 Cíl praktické části.....	33
5.2 Použité metody.....	33
<b>6 KAZUISTIKY .....</b>	<b>35</b>
6.1 Kazuistika č. 1 – Aleš.....	35
6.2 Kazuistika č. 2 – Eliška.....	37
6.3 Kazuistika č. 3 – Pavel.....	41
<b>7 PRINCIPY ŘEČOVÉ TERAPIE PRO ŽÁKY S DĚTSKÝM AUTISMEM.....</b>	<b>44</b>
7.1 Funkční a spontánní komunikace.....	44
7.2 Socializace.....	45
7.3 Vzájemná interakce.....	45
7.4 Podpůrná opatření.....	46
7.5 Další komunikační dovednosti.....	47
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>48</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>50</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>53</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>54</b>



## ÚVOD

V této bakalářské práci se autorka zaměřila na analýzu, popis zásad a principů práce u žáků s dětským autismem. Prakticky všechny vědecky podporované intervence pro poruchy autistického spektra jsou založeny na principech aplikované analýzy chování. Aplikace teorie učení k řešení sociálně důležitých problémů přináší smysluplné změny v chování a pomáhá dětem s autismem při výuce nových dovedností a budování funkční nezávislosti.

Autismus je komplexní škála podmínek, které ovlivňují vývoj dítěte, charakterizovaný nedostatky v sociální komunikaci a sociální interakci a přítomnost omezených, opakujících se vzorců chování, zájmů nebo činností. Jedná se o poruchu spektra (porucha autistického spektra), což znamená, že diagnóza autismu se může u každého jednotlivce lišit, a to v závislosti na závažnosti a rozsahu. Vzhledem k tomu, že závažnost se může značně lišit, péče o děti s autismem musí být vysoce přizpůsobena individualitě dítěte.

Efektivní řízení skupinové práce bylo identifikováno jako základní součást výuky ve všech fázích vzdělávání. Schopnost spolupracovat na řešení problémů, sdílet informace a být v roli člena týmu má zásadní význam pro přípravu žáků na jejich větší nezávislost. Nicméně pro mnoho žáků nebo osob s dětským autismem a speciálními vzdělávacími potřebami představuje schopnost pracovat ve skupině mimořádnou výzvu. Zejména osoby se sociálními a komunikačními poruchami představují výzvu pro učitele při plánování jejich zařazení do skupinových aktivit. Možné přidružené specifické poruchy učení a různé principy práce u žáků s dětským autismem výrazně ovlivňují jejich schopnost učit se v rámci sociálního skupinového kontextu. Děti s dětským autismem mají problémy se sociální komunikací, sociální interakcí a zhoršenou představivostí. Vnímané potíže mohou ovlivňovat očekávání učitelů u těchto žáků, když se je chystají zahrnout do skupinové práce. V důsledku jejich individuálních potřeb se mnozí žáci s poruchou autistického spektra mohou ocitnout společensky vyloučení z částí procesu výuky a učení. Tato práce popisuje, jak byl vyvinut strukturovaný přístup ke skupinové práci s využitím piktogramů jako pomůcek při plánování, který umožnil žákům s dětským autismem se vzdělávat spolu se svými vrstevníky v běžné třídě. Přístup piktogramů byl kombinován se strategií strukturované výuky, aby se řešily individuální potřeby v rámci

skupinové pracovní situace. Po přímém pozorování žáků a pedagogických pracovníků a přímém pedagogickém působení (autorka je učitelkou v této speciální třídě) následoval rozhovor s pedagogickým asistentem, aby bylo možné posoudit vnímání tohoto přístupu. Zjištění z této studie jsou využívána k dalšímu rozvoji strukturovaných přístupů umožňujících žákům s dětským autismem účastnit se skupinové práce. Potenciální přednosti tohoto kombinovaného přístupu budou představeny prostřednictvím případové studie, která bude použita k analýze těch faktorů, které budou informovat budoucí výzkum s cílem určit jeho účinnost při prosazování inkluzivních praktik. Charakteristické rysy tohoto přístupu budou identifikovány jako doporučující k vypracování pokynů pro učitele, kteří plánují reagovat na individuální potřeby učení v hlavních třídních skupinách.

Jména respondentů ve třech kazuistikách byla změněna.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ

### 1.1 Historický vývoj jedinců s poruchou autistického spektra

Lidé se zvláštním a nápadným chováním budili pozornost již mnoho let předtím, než bylo toto specifické chování zaneseno do klasifikačních systémů. V době Hippokrata byly tyto děti považovány za svaté, avšak ve středověku byly považovány za posedlé ďáblem. Psychiatr Martin Barr v roce 1898 popsal případ, který připomínal autistické chování. Barr v tomto případě vyslovil domněnku, že jsou narušeny části mozku, které se podílejí na vývoji řeči a jejím porozumění. Nazval to zvláštním případem echolálie. V minulosti též budily pozornost případy lidí, kteří měli nadprůměrné schopnosti, ale velice nezvyklé chování. Longdon Down, který byl znám významným výzkumem Downova syndromu, též popsal několik případů. Pravděpodobně chlapce s autismem též popisuje francouzský lékař Edouard Seguin v polovině 19. století. Jednalo se o černošského chlapce, kterého od malička fascinovaly zvuky deště, měl absolutní sluch, velké hudební nadání, ale jinak byl výrazně retardovaný. Theodor Heller, který byl speciálním pedagogem z Vídně, popsal v roce 1908 zvláštní stav u dětí a nazval ho dementia infantilis. Popsal zde, že po několikaletém normálním vývoji nastane výrazné zhoršení v oblastech chování, intelektu a komunikace. Po nástupu poruchy jsou symptomy velmi podobné symptomům autismu. Tato porucha byla později nazývána Hellerův syndrom, v současnosti je zařazena do kategorie pervazivních vývojových poruch a je nazývána dezintegrační poruchou. V tomto období bylo odborníky popsáno ještě mnoho případů pacientů, které bychom dnes mohli považovat za autistické, avšak tato porucha nebyla zatím takto pojmenována. Prvně pojem autismus použil v roce 1911 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler k pojmenování symptomu u schizofrenních pacientů, avšak v této souvislosti šlo spíše o význam popisující určitý druh snění a uzavření se do sebe. V roce 1943 vyšel článek Autistická porucha afektivního kontaktu známého amerického psychiatra rakouského původu Lea Kanner v časopise *Nervous Child*. V tomto článku upozornil autor na neobvyklé chování jedenácti dětí, které pozoroval pět

let a své pozorování začal v roce 1938. Toto neobvyklé chování se shodovalo v několika společných znacích a Kanner popisoval děti jako uzavřené ve svém světě a s neschopností navázat citový vztah. Diagnostická kritéria nespĺňovala doposud známé kategorie psychických onemocnění a tyto zvláštní projevy nazval časným dětským autismem. V roce 1944 popsal vídeňský pediatr Hans Asperger v článku Autističtí psychopati v dětství syndrom s projevy, které byly podobné těm, které popsal Kanner. Asperger vycházel z pozorování čtyř chlapců, u kterých upozorňoval na problémy v komunikaci, v sociálním chování, motorickou neobratnost, omezené zájmy, avšak vysokou míru intelektu. Hans Asperger popsal děti s mírnější formou poruchy a pojem autistická psychopatie byl nahrazen pojmem Aspergerův syndrom. O rozšíření tohoto pojmu se zasloužila v roce 1981 britská lékařka Lorna Wingová, která napsala několik odborných publikací o poruchách autistického spektra (Thorová 2016, s. 32–35). Během 50. a 60. let se mylně uvádělo, že autismus může vyvolávat odtažené a citově chladné jednání rodičů. Tato teorie však nikdy nebyla prokázána (Hrdlička, Komárek 2014, s. 13). Sám Kanner se nechal ovlivnit touto teorií, přestože koncem čtyřicátých let tvrdil, že autismus je vrozená porucha. Začal se zabývat psychoanalýzou rodičů dětí s autismem a v sedmdesátých letech se přiklonil k teorii, že autismus je výsledkem dlouhodobého emocionálního chladu ze strany rodičů. Tato teorie, která se rychle šířila mezi veřejností měla velice negativní dopad na psychiku rodičů autistických dětí. Tuto teorii ostře kritizoval Van Kreeven. Pediatrička Margaret Mahlerová v padesátých letech tvrdila, že normální dítě je první tři měsíce po narození autistické a teprve až emocionálně vřelé chování matky dítě správně stimuluje a rozvíjí. Tato teorie je čistě psychoanalytická a veškerý stav dítěte klade za vinu matce. Americký dětský psychiatr Bruno Bettelheim patřil se svým názorem také k zastáncům teorie, že za autismus u svých dětí mohou špatné postoje rodičů a citový chlad. Podle Bettelheima se dítě rodí aktivní a vysílá svému okolí signály, které pokud nejsou uspokojovány, způsobí, že dítě začne být mezi šestým až devátým měsícem frustrované, uzavírá se do svého světa a je autistické. Řeč autistických dětí, které věnoval velkou pozornost, dle jeho teorie není narušena, ale je reakcí na odmítání dítěte rodiči. Bettelheim radikálně navrhoval odebrání autistických dětí rodině a chtěl, aby byly vychovávány v terapeutických zařízeních. K dalším odborníkům, kteří zastávali tento názor patřila v sedmdesátých letech britská dětská psychoterapeutka Frances Tustinová. Až v devadesátých letech, po několikaletém zkoumání, došla

k názoru, že autismus je vrozený. „*Období, kdy matky dětí s autismem byly obviňovány za postižení svých dětí, se řadí k nejčernějším obdobím v dějinách psychologie a psychiatrie.*“ (Thorová 2016, s. 38). V šedesátých letech prokázal americký psycholog Bernard Rimland, který sám měl autistického syna, že rodiče autistických dětí svým potomkům věnují dostatečnou péči a citově je nezanedbávají. Chtěl oddělit autistické děti od dětí se schizofrenií. Také v této době se Leo Kanner opět přiklání k vrozeným příčinám autismu a jeho kolega Leon Eisenberg se zasazuje o to, aby každé dítě s autismem bylo podrobeno pečlivým neurologickým vyšetřením i laboratorním testům. K prvním psychologům, kteří se začali zabývat testováním autistických dětí, patří Neil O'Connor a Beate Hermelinová (Thorová 2016, s. 35–40). V sedmdesátých letech se na několika pracích dokázaly rozdíly mezi autismem a schizofrenií. Dnes je již zcela jasné, že tyto dvě nemoci mají zcela odlišné příznaky. V roce 1980 se v diagnostickém manuálu DSM-III (American Psychiatric Association) prvně objevila nová skupina nemocí nazvaná pervazivní vývojové poruchy. Definice v tomto znění platí dodnes (Hrdlička, Komárek, 2014, s. 13).

## **1.2 Etiologie autismu**

„*V etiologii autismu je genetickým faktorům (tzv. heritabilitě) přisuzován stěžejní význam.*“ (Thorová 2016, s. 50). O tom, že Aspergerův syndrom a autismus patří mezi vrozené poruchy, uvažovali již Hans Asperger a Leo Kanner. Výzkumy v sedmdesátých letech tuto domněnku potvrdily. Nyní se však také začíná poukazovat i na vliv prostředí, na exogenní vlivy, které působí v prenatálním, perinatálním a postnatálním období, avšak genetický vliv nikdo nepopírá. Poslední studie potvrdila velký význam genetiky, proto se rodičům s autistickými dětmi doporučují genetická vyšetření. Výsledky těchto vyšetření pomohou části klientů získat cenné informace o příčinách autismu v rodině (Thorová 2016, s. 49–51).

### 1.3 Poruchy autistického spektra

Termín poruchy autistického spektra se užívá pro celou skupinu poruch, které jsou příbuzné. Autismus řadíme mezi pervazivní vývojové poruchy a zasahuje všechny složky jedince. Pojem autismus pochází z řeckého slova *autos* (sám) a je spojováno s pojmem uzavřenost. Autisté mají velmi rozmanité projevy, avšak přes velkou rozmanitost projevů se kvalitativní postižení projevů především ve třech oblastech. Tyto oblasti nazýváme triádou. Znamená to, že poruchy se projeví v oblasti komunikace, sociálního chování – interakce, představitosti – imaginace (stereotypní okruh zájmů) (Bartoňová 2007, s. 130). Jedinci s autismem mají výrazně odlišné chování, které přináší řadu komplikací v rodině, v kontaktu s vrstevníky, při vzdělávání, ale také při hledání zaměstnání. Autistické děti se velmi obtížně učí základním dovednostem, výsledky se dostavují velmi pomalu a jedná se o velmi náročnou práci, která vyžaduje systematičnost, pravidelnost a spolupráci celého sociálního okolí (Švarcová 2011, s. 156). Avšak vhodně zvolená intervence a specifické postupy mohou znevýhodnění zmírnit a zlepšit budoucnost dítěte (Thorová 2016, s. 31).

### 1.4 Klasifikace poruch autistického spektra

#### 1.4.1 Dětský autismus

Dětský autismus patří mezi pervazivní vývojové poruchy, které se u dítěte projeví záhy po narození nebo před třetím rokem života, a patří mezi vážné poruchy psychického vývoje. Porucha se nemusí projevit v plné míře již v kojeneckém věku, ale jsou již patrné určité abnormality ve vývoji. Nývltová uvádí, že „*dětský autismus se v některých aspektech podobá mentální retardaci*“ (Nývltová 2010, s. 107). A některé děti mentální retardaci současně mají. Stupeň poruchy může být od mírné formy až po těžkou, kde je již velké množství symptomů. U dětského autismu se problémy musí projevit v každé části triády. To znamená, že poruchy se projeví v oblasti komunikace, představitosti, sociální interakce. Thorová uvádí, že „*specifický projev deficitů se mění s věkem dítěte*“ (2016, s. 179).

### **1.4.2 Atypický autismus**

U atypického autismu dítě splňuje pouze některá kritéria, která jsou dána pro dětský autismus. Atypický autismus většinou diagnostikujeme v případech, kdy symptomy autismu byly zaznamenány až po třetím roce života dítěte, není splněna diagnostická triáda, autistické chování je přidruženo k těžké až hluboké mentální retardaci. Děti s atypickým autismem se mohou lépe projevovat v oblasti komunikační nebo sociální, někdy chybí stereotypní chování. Dle Thorové je vývoj dílčích dovedností u těchto dětí nerovnoměrný a potřeba intervence je stejná jako u dětí s dětským autismem (Thorová 2016, s. 187).

### **1.4.3 Aspergerův syndrom**

Aspergerův syndrom má mnoho podob a forem, proto je často velmi složité odlišit Aspergerův syndrom od sociální neobratnosti. Příznaky Aspergerova syndromu bývají většinou znatelné v mladším školním věku. Intelekt lidí s Aspergerovým syndromem bývá v pásmu normy, zvládnou běžnou docházku do školy, kde jim často pomáhá asistent pedagoga, a mohou vést běžný život, pokud nemají problémové chování. Děti s Aspergerovým syndromem mívají potíže v oblasti pragmatického využití řeči, těžko se zapojují mezi vrstevníky a obtížně chápou pravidla společenského chování. Těmto lidem chybí empatie, podléhají stresu a nekontrolovatelným záchvatům vzteku. Adaptabilita těchto dětí je snižena a těžko snáší změny v navyklém řádu. Dle Nývltové se mohou v některých případech objevit příznaky i dalších psychických poruch. Porucha pozornosti, porucha motorické funkce, poruchy školních dovedností, tikové poruchy, Tourettův syndrom, obsedantně kompulzivní porucha, nesocializovaná porucha chování (Nývltová 2010, s. 119–120).

### **1.4.4 Rettův syndrom**

Rettův syndrom byl prvně popsán až v šedesátých letech dvacátého století. Tato porucha se vyskytuje pouze u dívek a příčina je genetická. Chlapcům mutace genu působí těžkou encefalopatií a plod nebo novorozenec nemá šanci na přežití. Děti trpící touto poruchou se minimálně prvních pět měsíců vyvíjí normálně. Až mezi pátým měsícem

a čtvrtým rokem dochází ke ztrátě psychomotorických dovedností, zpomaluje se růst hlavy, dochází k výraznému úbytku kognitivních schopností. Byl také zaznamenán velký výskyt epilepsie, který se u dívek s Rettovým syndromem objevuje okolo čtvrtého roku. Mezi 5. a 25. rokem dochází k ochabování svalů, zhoršuje se skolióza a kvalita chůze. Thorová uvádí, že: „*dívky s Rettovým syndromem se dožívají 40 až 50 let a v průběhu života psychicky dozrávají*“ (2016, s. 217).

#### **1.4.5 Dětská dezintegrační porucha**

Poruchu poprvé popsal v roce 1908 speciální pedagog Theodore Heller, byla známá pod názvem svého objevitele jako Hellerův syndrom nebo dezintegrační psychóza (Thorová 2016, s. 196-197). Vývoj dětí nejprve probíhá uspokojivě, od dvou let dochází z neznámých příčin k regresi v dosud nabytých schopnostech. Přidává se také emoční labilita, poruchy spánku, hyperaktivita, záchvaty vzteku, agresivita, úzkostnost, neobratná chůze, deteriorace intelektu. Dítě se zhorší v sociálních a komunikačních schopnostech, většinou se objeví chování, které je typické pro autismus. Thorová uvádí, že: „*Na rozdíl od dětského autismu se dezintegrační porucha liší pozdější dobou nástupu prvních symptomů (existuje delší období prokazatelně normálního vývoje), ztráta dovedností je více markantní.*“ (2016, s. 198). Děti s dezintegrační poruchou mívají těžší typ mentální retardace a vyskytuje se u nich v hojné míře epilepsie. Způsob vzdělávání je stejný jako u dětí s autismem, míra postižení je velmi variabilní. Avšak ze všech poruch autistického spektra je dezintegrační porucha nejproblémovější (Thorová 2016, s. 207).

#### **1.4.6 Jiné pervazivní vývojové poruchy**

Děti s jinou pervazivní poruchou mívají některé symptomy stejné jako děti s poruchou autistického spektra. Do této kategorie zařazujeme děti s narušenou komunikační schopností, hra a sociální interakce je narušena, avšak neodpovídá diagnóze autismu nebo atypického autismu. Některé dílčí schopnosti se mohou v triádě blížit normě a jedná se spíše o hraniční symptomatiku s nespécifickými symptomy. Pod tuto diagnózu bývají zařazeny děti s vývojovou dysfázií, s těžší formou poruchy aktivity a pozornosti, s mentální retardací, nerovnoměrně rozvinutými kognitivními schopnostmi.



Tyto děti bývají na péči náročné a doporučuje se stejná metodika jako u dětí s poruchou autistického spektra (Thorová 2016, s. 211).

#### **1.4.7 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby**

Mezi diagnostická kritéria podle MKN-10 spadá těžká motorická hyperaktivita, opakující se vzorce chování a činností, IQ nižší než 50, není sociální narušení autistického typu, porucha nesplňuje diagnostická kritéria pro autismus, dětskou dezintegrační poruchu nebo hyperkinetickou poruchu (Thorová 2016, s. 213).

### **1.5 Přidružené poruchy**

#### **1.5.1 Mentální retardace**

Synonymem mentální retardace je mentální postižení. Mentální retardací nazýváme trvalé snížení rozumových schopností vznikající z důvodu poškození mozku nebo nedostatečné funkce centrální nervové soustavy a je to trvalý stav. Mentální postižení je důsledkem organického poškození mozku a dle vývojového období, kdy k poškození dochází, se rozlišuje oligofrenie, což je důsledkem poškození mozku v období prenatalním, perinatálním nebo časně postnatálním, a demence, kdy k poškození mozku dochází během života jedince (Švarcová 2011, s. 28). „*Nejjednodušeji lze mentální postižení charakterizovat jako snížení intelektu, které se projeví v kognitivní, řečové, motorické a sociální složce osobnosti. Nejvíce je zasažen proces učení, poznávání a orientace ve světě.*“ (Bazalová 2014, s. 15). U mentálního postižení je inteligenční kvocient (IQ) 69 bodů a méně, přičemž průměrný inteligenční kvocient činí 90–110 bodů. Rozlišujeme čtyři základní stupně mentální retardace, které jsou však pouze přibližné, neboť kognitivní úroveň mentálně postiženého jedince nelze přesně stanovit. Mezi čtyři stupně mentální retardace patří lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace a hluboká mentální retardace (Nývtová 2010, s. 126–127).

### **Lehká mentální retardace, IQ 50–69**

Do kategorie lehké mentální retardace řadíme převážnou část lidí s mentální retardací. Tito lidé dokáží verbálně komunikovat v každodenním životě, avšak vývoj řeči byl zpravidla opožděn. Dosáhnou úplné nezávislosti v praktických dovednostech, v osobní péči. Mentální věk se pohybuje na úrovni 10–11 let, jedinci mívají potíže se psaním a čtením a je žádoucí zaměřit výchovu a vzdělání na rozvoj jejich dovedností. Jedince s lehkým mentálním postižením lze většinou zaměstnat málo kvalifikovanou manuální prací (Švarcová 2011, s. 37–38). Většina dětí bývá diagnostikovaná do šesti let a při nástupu do školy, neboť se projeví výraznější problémy se schopností logického myšlení, opožděný vývoj řeči, malá slovní zásoba, vady řeči, stereotypní hra, slabší paměť, nedostatečná analýza a syntéza, horší hrubá a jemná motorika, zpomalený rozvoj sociálních dovedností, emocionální labilita, úzkostnost. Rodinné a výchovné prostředí mají velký vliv na všestranný rozvoj těchto dětí (Bazalová 2014, s. 19).

### **Středně těžká mentální retardace, IQ 35–49**

Švarcová uvádí, že středně těžká mentální retardace je diagnostikovaná u přibližně 10 % mentálně postižených jedinců (2011, s. 38). Mentální věk těchto lidí se pohybuje v pásmu 4–8 let, je výrazně opožděn vývoj a užívání řeči, je omezena schopnost starat se sám o sebe a možnosti vzdělávání jsou také limitované. Avšak většina žáků se při správném pedagogickém vedení naučí základy trivie (čtení, psaní, počítání). Pokud je zajištěn odborný dohled, mohou tito lidé pracovat v chráněných dílnách, ale jen výjimečně je možný samostatný život. Často se u středně mentálně retardovaných objevují další přidružené poruchy a mnohým je diagnostikován autismus, jiné pervazivní poruchy, tělesná a neurologická onemocnění, epilepsie (Švarcová 2011, s. 38–39). Dle Nývltové je výchova a péče o jedince se středně těžkou mentální retardací náročnější, celý život většinou potřebují žít s psychicky zdravým člověkem nebo ve vhodném sociálním zařízení (Nývltová 2010, s. 127).

### **Těžká mentální retardace, IQ 20–34**

U jedinců s těžkou mentální retardací bývá vážně narušena CNS, což způsobuje potíže s pohyblivostí a objevují se smyslové vady. Tento druh postižení bývá komplexnější, rozsáhlejší a většinou nejde jen o mentální, ale také o tělesné postižení (Nývltová 2010, s. 127). Švarcová zahrnuje do této kategorie asi 5 % jedinců s mentální

retardací. Většina dětí s těžkou mentální retardací nezvládne školní trivium a jejich mentální věk se pohybuje od 18 měsíců do 3,5 roku. Při správném pedagogickém vedení jsou schopni se naučit mnohým užitečným dovednostem, avšak většina jedinců trpí vážným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými poruchami. Mnohé zkušenosti ukazují, že včasná systematická a odborná rehabilitační, vzdělávací a výchovná péče může pomoci k rozvoji samostatnosti a zlepšit tak kvalitu jejich života (Švarcová 2011, s. 39–40).

### **Hluboká mentální retardace, IQ nižší než 20**

Švarcová uvádí, že tuto kategorii tvoří asi 1 % mentálně postižených a mentální věk je nižší než 18 měsíců. Tito lidé bývají imobilní či výrazně pohybově omezení, jsou schopni pouze neverbální komunikace, mají malou schopnost porozumět řeči, instrukcím, bývají inkontinentní, většinou nemají schopnost o sebe pečovat a vyžadují neustálou pomoc jiné osoby. Mívají přidružená poškození zraku, sluchu, tělesné nedostatky postihující hybnost, nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, většinou atypický autismus (Švarcová 2011, s. 40). V tomto stupni postižení se jedná o celkové a velmi těžké postižení organismu a často dochází k úplnému selhání organismu, neboť bývají přidružené vady plic, srdce a dalších životně důležitých orgánů. Tyto děti bývají vzdělávány individuálně nebo v základní škole speciální a je nutná celoživotní péče (Bazalová 2014, s. 27).

### **Jiná mentální retardace**

Pokud je nemožné pro přidružené somatické nebo sensorické postižení stanovení stupně intelektové retardace, využívá se zařazení do této kategorie. Jedná se o jedince neslyšící, nevidomé, nemluvící, s těžkými poruchami chování, osob s těžkým tělesným postižením a s autismem (Švarcová 2011, s. 40–41).

### **Nespecifikovaná mentální retardace**

Pokud není dostatek informací, aby bylo možné zařadit jedince do jedné z předešlých kategorií mentální retardace, užívá se tato kategorie. Mentální retardace však musí být prokázána (Slowík 2016, s. 116).

### 1.5.2 Vývojová dysfázie

Vývojová dysfázie patří k narušené komunikační schopnosti. Je zde narušen vývoj řeči a dítě má sníženou schopnost či dokonce neschopnost verbálně komunikovat. Inteligence takových dětí je přiměřená, nevyskytují se poruchy sluchu, ani neurologické a psychiatrické nálezy, sociální prostředí je přiměřeně podnětné. Známe expresivní i receptivní složku řeči, která postihuje nejen slovní zásobu, ale také výslovnost a gramatickou stránku. Děti s vývojovou dysfázií bývají rychle unavitelné, je také narušena sféra emocionální, zájmová a logopedická intervence bývá zdlouhavá v předškolním i školním věku. Velmi záleží na rozsahu nevyzrálosti a poškození mozkových funkcí (Pipeková et al. 2010, s. 124).

### 1.5.3 Porucha aktivity a pozornosti

Přístupným názvem, který je hojně využíván místo pojmu porucha aktivity a pozornosti, je zkratka anglického názvu ADHD (attention deficit/hyperaktivity disorder). Také se můžeme setkat s termínem hyperkinetické poruchy, kam porucha pozornosti a aktivity patří. Porucha aktivity a pozornosti se vyznačuje hyperaktivitou, impulzivitou, nesoustředěností a často je i v kombinaci s poruchami školních dovedností, s poruchami chování, s emočními poruchami, poruchou motorické funkce. K typickým projevům poruchy aktivity a pozornosti patří hyperaktivita, nepozornost a impulzivnost. Tyto projevy se u jednotlivých dětí projevují v různé intenzitě a problémy dítěte zhoršuje také běžný stres. Děti s poruchou aktivity a pozornosti mohou být v jednotlivých druzích inteligence nadprůměrné, průměrné i podprůměrné (Nývltová 2010, s. 131–135).

#### **Hyperaktivita**

Hyperaktivita se projevuje v chování dítěte neúčelnou a nadměrnou pohybovou aktivitou, která nesplňuje požadavky kladené na dítě. Takové dítě není schopné klidně stát, sedět, stále si s něčím pohrává, vstává, otáčí se. Nadměrně poskakuje a pobíhá i v situacích, kdy to není vhodné a je nadměrně hlučné při hře i v běžných situacích. Nervové buňky těchto dětí se snáze unaví, a proto hyperaktivní děti napomáhají pohybem k udržení bdělého stavu. V tomto případě je vhodné podávat psychofarmaka, která stimulují CNS a stav hyperaktivních dětí se zlepšuje.

### **Nepozornost**

Nepozorné dítě obtížně vůlí ovládá své kognitivní funkce. Má problém plně se soustředit, lehce se rozptýlí a snaží se vynechat činnosti, které vyžadují více duševního úsilí. Velice těžko si uvědomuje a vnímá instrukce dospělých a opomíjí detaily. Příznačným rysem je častá zapomnětlivost, která není podmíněna špatnou pamětí, ale sníženou kapacitou koncentrace pozornosti.

### **Impulzivnost**

Impulzivní dítě je zbrklé, reaguje živelně na nové podněty a vrhá se neuváženě do nebezpečných aktivit. Takové dítě bývá často ohroženo úrazy. Většinou nedokončí započaté hry a rychle přechází od jedné činnosti k druhé, není schopno čekat, dostává se často do konfliktů s jinými dětmi, kterým i nechtěně ublíží. Těžko se přizpůsobuje pravidlům chování, hry a neumí se řídit pokyny (Nývltová 2010, s. 133–135).

## 2 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA

### 2.1 Diagnostika

Diagnostika dětského autismu i autismu všeobecně je složitý proces, který zkoumá, zda se jedinec nachází v autistickém spektru. Toto zkoumání většinou vychází z analýzy a pozorování rodinné anamnézy, sociálních dovedností jedince, anamnézy daného jedince, popisem jeho chování v dětství a popisem současných problémů. Diagnostikou mohou projít lidé všech pohlaví a věkových kategorií, často lidé přijdou na svou odlišnost až v dospělosti.

Obecně lze říci, že autismus se vyznačuje trvalými deficity v sociální komunikaci a sociální interakci ve více kontextech:

Deficity ve společensko-emocionální vzájemnosti, např. od abnormálního sociálního přístupu a selhání běžné konverzace, ke snížení sdílení zájmů, emocí nebo ovlivnění neúspěchu iniciovat nebo reagovat na sociální interakce. Výkony v neverbálním komunikativním chování, které se používají pro sociální interakce, např. od špatně integrované verbální a neverbální komunikace, na abnormality v očním kontaktu nebo na nedostatky v porozumění a použití gest, na úplný nedostatek výrazů obličeje a neverbální komunikace. Výkony při vytváření, udržování a porozumění vztahů, např. od potíží přizpůsobujících chování různým sociálním kontextům, na potíže při sdílení nápadité hry nebo při vytváření přátel, na nedostatek zájmu o vrstevníky.

Omezené, opakující se vzorce chování, zájmů nebo činností, které se projevují alespoň dvěma následujícími vzorci:

Stereotypní nebo opakující se pohyby, použití předmětů nebo řeči (např. jednoduché motorické stereotypy, obložení hraček nebo převrácených předmětů, echolálie, idiosynkratické fráze). Požadavek na jednotnost, nepružné dodržování rutin nebo rituální vzory nebo verbální neverbální chování (např. extrémní strach při malých změnách, potíže s přechodem, rigidní myšlenkové vzorce, pozdravné rituály, potřeba udělat stejnou cestu nebo jíst stejné jídlo každý den). Vysoce omezené, fixované zájmy, které mají abnormální intenzitu nebo zaměření (např. silné uspokojení nebo znepokojení s neobvyklými předměty, nadměrně ohraničený nebo vytrvalý zájem). Hyperaktivita

nebo hypoaktivita vůči smyslovým vstupům nebo neobvyklým zájmům v sensorických aspektech prostředí (např. zjevná lhostejnost k bolesti / teplotě, nežádoucí reakce na specifické zvuky nebo textury, výrazné vůně nebo dotýkání předmětů, vizuální fascinace světél nebo pohybu).

Rozpoznání příznaků autismu je prvním krokem, který vede k diagnóze.

## **2.2 Diagnóza**

V České republice může oficiálně vydávat diagnózu autismu pouze psychiatr. Diagnóza je vždy nutná, pokud pečovatel žádá o příspěvek na péči nebo o invalidní důchod pro svého svěřence. Má však zejména napomáhat k pochopení odlišností nejen okolí, ale i sebe sama, přijmout určité limity a přednosti. V současné době je v České republice velmi málo lidí, kteří diagnostikují autismus a také se jím zabývají.

Diagnostikování mohou být jedinci obou pohlaví i věku, protože často svoji odlišnost odhalí někteří lidé až v dospělosti. Je to velmi složitý proces, který zjišťuje, zda se osoba nachází v autistickém spektru. Zkoumání vychází z rodinné i osobní anamnézy, z pozorování sociálních dovedností a také popisem chování v dětství a dospělosti.

## **2.3 ADOS test**

ADOS test je zkratka Autism Diagnostic Observation Schedule, který se používá při diagnostice autismu.

Tento test je semistrukturovaný a jeho cílem je zhodnotit sociální interakci u jedince, stejně tak i hru a imaginativní využití materiálů. Skládá se ze 4 modulů, které se vybírají podle toho, zdali je člověk verbální či neverbální a také podle věku.

Test trvá asi 30–45 minut, jsou zde standardizované aktivity a úkolem pozorovatele je zhodnotit chování pozorované osoby.

Pro lidi, kteří mluví méně, je určen Modul 1. Jedinec říká až 3 slova za sebou, která jsou spontánní a nesou význam. Většinou se tento modul týká malých dětí. Pro neverbální autisty je určen Modul 2 a Modul 3 je pro verbální děti, mluvící plynule,

kteří si hrají s hračkami. Takto mohou být autisté testováni až do 16 let věku. Pro dospělé a teenagery, kteří mluví plynule, je určen Modul 4.

Hodnoceny jsou činnosti, které jsou velmi různé. Může se jednat o jednoduché úkoly, které má jedinec splnit, ale i o konverzaci, neboť ADOS se zaměřuje na sociální chování a komunikaci.

## **2.4 Posuzovací škála dětského autismu CARS2**

Verze CARS2-ST a CARS2-HF poskytují stručný, kvalitativně specifický a spolehlivý, ale přesto současně komplexně pojatý souhrn informací, které je možné použít při formulování diferenciálně diagnostických hypotéz u lidí všech věkových kategorií a úrovní fungování. V CARS2-ST a CARS2-HF není posuzování založeno jen na frekvenci chování, ale také na jeho intenzitě, trvání a atypičnosti. Umožňuje větší flexibilitu při integraci všech komplexních informací, vede ke konzistentním kvantitativním výsledkům týkajících se daného případu. Při sdělování diagnostických závěrů rodičům mohou odborníci využít právě výsledky CARS2, které také využijí při specifikaci konkrétního funkčního profilu jedince a při přípravě plánu intervence a terapie. Verze CARS2 popisují patnáct oblastí chování, které jsou definovány pomocí jedinečného posuzovacího systému. Tento systém byl vytvořen tak, aby pomohl identifikovat jedince s poruchami autistického spektra a odlišil je od lidí s jinými diagnózami. Pro rodiče nebo pečovatele je dotazník (CARS2-QPC) neskóvaným formulářem, sloužícím k získávání informací od rodičů nebo pečovatelů a jsou potřebné pro navazující využití odborníkem při hodnocení klientů pomocí CARS2-ST nebo CARS2-HF.



### 3 LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S DĚTSKÝM AUTISMEM

Děti a žáci s postižením, jinak řečeno se speciálními vzdělávacími potřebami, mají dle zákona 561/2004 Sb. nárok na vzdělávání ve školách hlavního vzdělávacího proudu. To tedy znamená, že se tyto děti a žáci nemusí vzdělávat pouze ve školách speciálních. V běžných školách však bývají vzdělávány děti a žáci s lehčím mentálním postižením. Školský zákon č. 561/2004 upravuje podmínky výuky a vzdělání o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, především § 16. Přijetím školského zákona č. 561/2004 byli do vzdělávání začleněni také děti a žáci s těžším mentálním postižením, kteří v předcházejících letech byli považováni za nevzdělatelné. „Zastávám názor, že inkluze není pro každého, situaci je vždy potřeba individuálně posoudit. Myslím si, že speciální školy jsou u nás na dobré úrovni, disponují personálem s odpovídajícím vzděláním, sníženým počtem žáků, diferencovaným obsahem vzdělávání podle stupně postižení a jsou zde používány speciální pomůcky, metody a formy práce vyhovující dětem s daným postižením.“ (Bazalová 2014, s. 143).

#### 3.1 Předškolní vzdělávání

V České republice probíhá předškolní vzdělávání od 3 let do nástupu do základní školy. Toto období je pro dítě velmi důležité, protože v psychice dítěte dochází k rozvoji sebeuvědomění, avšak stále zůstává neopominutelný vliv rodiny na výchovu i vzdělání. Děti od tří let mohou navštěvovat tyto typy předškolního vzdělávání: mateřskou školu, speciální třídu při mateřské škole a mateřskou školu speciální, přípravný stupeň základní školy speciální nebo přípravnou třídu. Předškolní vzdělávání probíhá dle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání a mateřské školy je realizují podle potřeb dětí. U dětí se speciálními vzdělávacími potřebami mají být plně respektována specifika každého dítěte a vzdělávání je zaměřeno na osvojování individuálních dovedností každého dítěte, prostředí má být podnětné s využitím kompenzačních pomůcek, snížen počet dětí ve třídě a zajištěna pomoc asistenta pedagoga. Pokud to míra postižení dítěte dovoluje, je podporované inkluzivní vzdělávání, avšak je třeba vytvořit

vhodné podmínky pro takové vzdělávání stanovené v individuálním vzdělávacím plánu. V případě inkluze dětí s postižením je velmi důležitá spolupráce pedagoga s příslušnými odborníky, mezi které patří speciální pedagog, psycholog, lékař (Bazalová 2014, s. 149–150). Přípravná třída při základní škole je pro děti v posledním roce před zahájením školní docházky a je určena zvláště pro děti se sociálním znevýhodněním. Obsah vzdělávání je stejný jako v mateřské škole dle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání (Bartoňová, Bazalová, Pipeková 2007, s. 62). Dětem se středně těžkým až těžkým mentálním postižením, autismem a souběžným postižením je určen v rámci předškolního vzdělávání přípravný stupeň základní školy speciální. Do této třídy nastupují děti, jež ve školním roce dosáhnou pěti let věku, vzdělávání trvá nejvýše tři školní roky a kapacita třídy je 4–6 žáků (Bazalová 2014, s. 150).

### **3.2 Základní vzdělávání**

Pro žáky s mentálním postižením jsou určeny běžné školy, základní školy praktické, základní školy speciální nebo školy pro jiný typ zdravotního postižení, základní školy kombinující vzdělávání a také domácí vzdělávání. Žáci s lehkou mentální retardací se mohou vzdělávat v běžné základní škole formou individuální či skupinové integrace nebo v základní škole praktické dle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (RVP ZV LMP). V takových třídách je snížený počet žáků, důraz je kladen na výchovy a je snaha o praktické začlenění dětí do společnosti. Vzdělávací náplň je téměř stejná jako v běžných základních školách, avšak vyučují zde speciální pedagogové a jsou voleny upravené vzdělávací metody. Základní škola praktická je ukončena stejně jako běžná základní škola a trvá 9 let. Pro žáky v pásmu středně těžké mentální retardace, těžké mentální retardace, hluboké mentální retardace, žáky s autismem a souběžným postižením je určena základní škola speciální. Vzdělávání trvá 10 let a řídí se Rámcovým vzdělávacím programem pro obor vzdělání základní škola speciální (RVP ZŠS). Tento učební program má dvě části, které jsou dělené dle obtížnosti. Velký důraz ve vzdělávání je kladen na osvojení sebeobsluhy, osobní hygieny, psaní, počítání a čtení, také na osvojení pracovních dovedností. Žáci jsou hodnoceni formou slovního hodnocení, počet žáků ve třídách přizpůsoben závažnosti postižení a využívají se speciální

pedagogické postupy. Výstupem ze základní školy praktické je získání základů vzdělání, nikoliv základní vzdělání (Bazalová 2014, s. 154–157).

### 3.3 Střední vzdělávání

Jakmile žáci splní povinnou školní docházku na základní škole, základní škole praktické nebo základní škole speciální, mohou přejít na střední školy, které jim umožní jejich profesní přípravu. Jedná se o odborná učiliště, praktické školy jednoleté a praktické školy dvouleté. Na odborných učilištích je délka studia dva nebo tři roky a v případě tříletých učebních oborů je studium ukončeno výučním listem. Velký důraz je kladen na profesní uplatnění, proto je nutné zodpovědně se zaměřit na výběr vhodného učebního oboru vzhledem ke schopnostem mladistvého. Praktická škola jednoletá a dvouletá je určena mladistvým se speciálními vzdělávacími potřebami, kteří mají sníženou úroveň rozumových schopností, žákům s více vadami, pokud ukončili povinnou školní docházku v základní škole praktické, v základní škole speciální. Žáci si zde rozšiřují všeobecné vzdělání, kterého dosáhli v předešlé škole. Osvojují si základní dovednosti vedoucí k výkonu jednoduchých činností a pracovních návyků. Cílem praktických škol jednoletých a dvouletých je osvojit si poznatky, které jsou obsaženy ve vzdělávacím programu, umožnit, aby žák rozvinul své komunikační schopnosti a v rámci možností se vyjadřoval i písemnou formou, rozuměl smyslu sdělení, dodržoval daná pravidla, vážil si své práce i práce druhých. Dále je náplní praktických škol rozvinout osobní kvality žáka a vyvarovat se neslušnému a rizikovému chování, pečovat o své zdraví, dodržovat zákony a znát svá lidská práva. Při přípravě na svou budoucí profesi je třeba osvojit si základní pracovní dovednosti a návyky, dodržovat zásady ochrany zdraví a bezpečnosti při práci (Bartoňová, Bazalová, Pipeková 2007, s. 78–82). „*Pracovní činnost jedinců se středně těžkým a těžkým mentálním postižením by měla mít především funkci rehabilitační a teprve v pozadí by měl být zdůrazňován efekt produktivní.*“ (Bartoňová, Bazalová, Pipeková 2007, s. 82).

## 4 ZÁSADY A METODY PRÁCE U DĚTÍ S DĚTSKÝM AUTISMEM

### 4.1 Terapie

*„Včasné nerozpoznání raných symptomů autismu může vést k promeškání kritického období, během kterého jsou některé patologické procesy vratné. Jedná se o vývojové období, kdy je vývoj mozku zvláště citlivý na smyslovou, motorickou i kognitivní stimulaci.“* (Šporclová 2018, s. 62) V současné době máme několik intervenčních programů, které napomáhají při snaze o maximální fungování dítěte s PAS v jeho přirozeném prostředí, v rodině, ve škole. Cílem terapie je dosáhnout co největší samostatnosti osob s PAS. Pokud je terapie zahájena před třetím rokem dítěte, bývá neúčinnější a přináší nejlepší výsledky. U takto malých dětí se terapie zaměřuje především na rozvoj sociálních dovedností, komunikačních a imitačních dovedností, jde tedy především o behaviorální programy. V terapii u dětí s PAS je třeba používat metodu individuálního přístupu, využívat strukturu činností a vizualizaci, upravit prostředí, učít je důležitým a praktickým dovednostem. Všechny přístupy musí reagovat na individuální změny vývoje a chování dítěte. Je třeba vyvarovat se přetěžování dítěte, aby nedošlo ke zhoršení stavu (Šporclová 2018, s. 62–63).

#### 4.1.1 ABA terapie

V současné době se nejvíce hovoří o ABA terapii (aplikovaná behaviorální analýza), která je podložena několika výzkumy. V České republice se jedná o terapii poskytovanou profesionálními ABA terapeuty a není hrazena zdravotní pojišťovnou. ABA terapie využívá různé metody a techniky, které mají zlepšit sociálně komunikační dovednosti, rozvíjejí herní a volnočasové aktivity, učí sebeobslužným dovednostem i schopnosti řešit různé úkoly. Doporučuje se individuální terapie, 25 hodin týdně po dobu alespoň 12 měsíců. Velice důležitou součástí je spolupráce s rodinou.

#### **4.1.2 TEACCH**

Tento program klade velký důraz na strukturalizaci prostředí i činností a podporuje učení strukturou. Toto učení je zaměřeno na problematické oblasti vývoje dítěte a je rozvíjeno smyslové vnímání, sociální vztahy, receptivní i expresivní jazyk, paměť, pozornost. Důležitou metodou tohoto programu je opět individuální přístup a využívají se individuální vzdělávací plány, které vycházejí ze speciálně pedagogického vyšetření. Vzhledem k tomu, že děti s PAS mívají lepší vizuální paměť, využívá se vizualizace jako další důležitá metoda tohoto programu. Vizualizace napomáhá dítěte lépe se orientovat v čase, v prostoru a napomáhá ke zklidnění dítěte, které se tak lépe orientuje a lépe chápe změny, které nastávají. Další velmi důležitou metodou TEACCH programu je motivace dítěte. Terapeut společně s rodiči hledá vhodnou formu odměny, aby dítě bylo co nejlépe motivováno ke spolupráci a nahradit tak problémové vzorce chování (Šporclová 2018, s. 64). Dalo by se souhrnem říci, že TEACCH program je založen na principech vizualizace, individualizace a strukturalizace. V naší zemi se tento program při vzdělávání dětí s autismem používá nejvíce. Při návrhu individuálního vzdělávacího plánu spolupracují odborníci i rodiče dětí.

##### **Vizualizace**

Při vizualizaci jde o znázornění určitých pracovních úkonů formou nadpisů, fotografií, obrázků, piktogramů či skutečnými předměty, aby to pro žáka bylo srozumitelné dle vývojové úrovně. Dětem pomáhají procesuální schémata, kde je rozpracovaná činnost dle postupných kroků. Pokud se tato činnost zautomatizuje, může se schéma zjednodušit. Složitější úkony lidé s autismem lépe zvládají při znázornění schématy, protože jinak se cítí, jako by ztratili paměť. Jednotlivé obrázky a piktogramy můžeme doprovázet gesty a slovem.

##### **Individualizace**

U dětí s autismem jsou velké rozdíly v komunikačních, percepčních oblastech, v temperamentu, mentální úrovni, ve schopnosti koncentrace, a proto je třeba brát na tyto rozdíly zřetel a přizpůsobit vzdělávání každému žákovi individuálně. Speciální pedagog a psycholog zjistí úroveň schopností dítěte a dle těchto zjištění je vypracován individuální vzdělávací plán. V tomto plánu je specifikován vhodný typ komunikace, přizpůsobení

prostředí, vhodná strategie při řešení behaviorálních problémů. Individuální přístup je pro děti velmi důležitý a také vyhodnocení individuálního vzdělávacího plánu je důležitou součástí vzdělávání. Jsou zde zhodnoceny nejen dovednosti a schopnosti dítěte, které již zvládá, ale i ty, které je potřeba u dítěte nadále rozvíjet.

### **Strukturalizace**

Dítěti s autismem dělá potíže orientovat se v prostoru a čase. Nedokáže analyzovat situace, které během dne nastávají. Abstraktní pojmy nechápe, zaměřuje se na detaily, ne na celek, a jakákoliv organizace času je pro něj nemožná. Proto je třeba vysvětlit dítěti s autismem za pomoci piktogramů, skutečných předmětů a nápisů denní činnosti. Předcházíme tak chaosu, který může dítě zažívat, a který by jej zbytečně stresoval a mohl způsobovat problémy v chování. Děti s autismem musí mít jasně daná pravidla, aby věděly, kde budou pracovat, jíst, spát a trávit volný čas. Při výuce by měl mít žák své stálé a ohraničené místo, které je odděleno od rušivých elementů. Vzhledem k tomu, že dítě s autismem špatně chápe časové pojmy, je strukturovaný čas velmi důležitou součástí denního režimu. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková 2007, s. 141–144)

#### **4.1.3 DIR/FLOORTIME**

Program této terapie je zaměřen na získání důležitých milníků ve vývoji dítěte s PAS a pracuje s dětmi batolecího a předškolního věku. Přístup této metody je nedirektivní a zakládá se na budování emočních vazeb mezi dítětem a rodiči. Rodiče se snaží co nejvíce přiblížit svému dítěti. Většina aktivit se odehrává na zemi, v přirozených situacích a základní metodou je nestrukturovaná hra. Dítě v ní má vedoucí roli a rodiče se snaží nenásilnou formou do hry zapojit a vést dítě ke smysluplné a intuitivní reakci. K této metodě lze přidat i augmentativní technika, která podporuje učení a imitaci. Terapie je zaměřena na rozvoj individuality dítěte a v současné době pracuje v České republice pouze jedna certifikovaná terapeutka.

#### **4.1.4 ESDM**

Intervenční program Early Start Denver Model je určen dětem ve věku 12–48 měsíců. Uplatňují se zde metody aplikované behaviorální analýzy. A největší důraz je

kladen na interakci mezi dítětem a rodičem. Rodiče dětí s PAS jsou trénováni jako terapeuti a metody tohoto programu začleňují do každodenního režimu dětí. Terapeutický program ESDM se zaměřuje především na verbální i neverbální komunikaci, symbolickou hru, sociální vývoj, imitaci. Přestože program přináší dobré výsledky, v současné době nepracuje v České republice žádný certifikovaný terapeut.

#### **4.1.5 Komunikační intervence**

Pro děti s PAS, které nemluví nebo mají omezené komunikační schopnosti, se užívají augmentativní nebo alternativní metody komunikace. Mezi tyto metody patří využití technických pomůcek, fotografií, nácvik znakového jazyka, komunikace pomocí předmětů. Dítě, které se naučí takto komunikovat, lépe pochopí sociální funkce komunikace a přichází větší snaha domluvit se a projevit tak svá přání. Někdy tato metoda komunikace vede i k rozvoji verbální komunikace, dítě se naučí slovo vyslovit, použít a přestane používat komunikační karty a jiné alternativní metody. Při této metodě je velmi důležitá spolupráce s rodiči a logopedem.

#### **4.1.6 Kognitivně-behaviorální terapie**

Kognitivně-behaviorální program je zaměřen na starší děti a dospělé. Jedná se zde o kombinaci poznatků teorie učení a kognitivní psychologie a cílem této terapie je zvýšit soběstačnost u lidí s Aspergerovým syndromem a autismem, pokud není přidružena mentální retardace. Jedná se o pochopení svých pocitů, emočního prožívání a naučit se se porozumět i pocitům druhých. V tomto programu bylo zaznamenáno zlepšení v oblasti sociální, kognitivní, v chování i v psychickém zdraví (Šporclová 2018, s. 62–67).

#### **4.1.7 Snoezelen**

Snoezelen je místnost, která má poskytnout uvolnění klientům s mentálním postižením, má podporovat komunikaci, plnit relaxační, interakční a poznávací funkci. Vybavení takové místnosti je jednoduché na údržbu i využití, variabilní dle potřeb klienta, bezpečné a pohodlné. Je zde vybavení, které podporuje všestranný rozvoj klienta. Místnost Snoezelen je bezbariérová, odhlučněná, vybavena polštáři, trampolínou,

lůžkem, které může být vodní. Dále zde můžeme najít zrcadlovou kouli, která odráží světlo, projektory promítající různé světelné obrazce, různé zavěšené předměty, nádoby zaplněné rozličnými materiály, aby se rozvíjelo i hmatové vnímání. Takovou místnost si doprovod může upravit dle potřeb klienta a postupně přicházet na to, co lidem s autismem a mentální retardací nejvíce vyhovuje (Valenta, Müller 2013, s. 263–264).

#### **4.1.8 Podpůrná edukační metoda piktogramů a znakového jazyka u dětí s dětským autismem**

Jde o metodu používanou u dětí s poruchami komunikačních schopností, u dětí, které nemluví. Piktogramy, obrázky a předměty jsou doprovázené znaky, které jsou převzaté ze znakového jazyka nebo zjednodušeny tak, aby dítě tento znak dobře zvládlo dle svých možností a mohlo ho používat v běžných situacích. Postupně se piktogramy, obrázky a předměty přirozeně odbourávají a děti používají jen znaky, což je pro děti i dospělé mnohem jednodušší a praktičtější.



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 ŘEČOVÉ TERAPIE PRO DĚTI S DĚTSKÝM AUTISMEM

### 5.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části bakalářské práce je rozvést principy řečové terapie pro děti s dětským autismem.

### 5.2 Použité metody

Informace autorka práce získala v mateřské speciální škole, ve které pracuje jako učitelka. Vybrala si tři děti ve věku šesti let, u kterých byl diagnostikován dětský autismus. Kazuistiky byly zpracovány na základě osobního sledování, dále podaných informací od speciálních pedagogů, asistentů pedagoga a vlastních zkušeností rodičů.

Kazuistika se používá hlavně v klinické psychologii nebo jiné odborné literatuře. Slouží jako ilustrace obecnějších problémů. Jedná se zde o způsob práce s jednotlivým případem, kdy si podle daného schématu uspořádáme všechna fakta, která nám jsou o případu známa a následně je analyzujeme. Do kazuistiky zahrnujeme anamnézu jak rodinnou, tak osobní, dále také současný stav dítěte, problémy dítěte, analýzu případu a návrh na intervenci (Opatřilová 2008).

**Kvalitativní výzkum** – Gavora (2010, s. 186) říká, že: „*Cílem kvalitativního výzkumu je totiž porozumět lidem a událostem v jeho životě. Kvalitativní výzkumníci se soustřeďují spíše na subjektivní svět osob, na ten, který existuje v jeho mysli. Pro to je nejlepším nástrojem zkoumání vlastní úsudek a zkušenost výzkumníka.*“

**Pozorování** – Gavora (2010, s.188) říká, že: „*Pozorování je nejtypičtější metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Uplatňuje se v nejrůznějších situacích a výzkumník pomocí něho chce poznat, popsat a pochopit lidi a prostředí, ve kterém působí.*“

**Případová studie** – Hendl (2016, s. 102) říká, že: „V případové studii jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jeho celistvosti. Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům.“

**Popis sledovaného vzorku** – tři děti ve věku šest let ze speciální třídy mateřské školy Praha, výběr záměrný, typy výběru – typické případy.

## 6 KAZUISTIKY

### 6.1 Kazuistika č. 1 – Aleš

Jméno: Aleš

Věk: 6 let

Dg.: dětský autismus, lehké až středně těžké mentální postižení, projevy hyperaktivity, narušení komunikační schopnosti

#### **Rodinná anamnéza:**

Matka: 27 let, vzdělání středoškolské s maturitou, v domácnosti

Otec: 37 let, vzdělání středoškolské s maturitou, pracuje jako technik

Sestra: 8 let, žákyně druhé třídy základní školy, dg.: vývojová dysfázie

Aleš chodí od září 2016 do speciální třídy při mateřské škole. Na doporučení SPC má přiděleného asistenta pedagoga na 40 hodin týdně, vypracovaný individuální vzdělávací plán, užívá Risperdal 2× ½ ml, stanovený 4. stupeň podpory.

#### **Osobní anamnéza:**

Aleš pochází z rozvedeného manželství, žije s matkou a starší sestrou. Chlapec pochází z druhého těhotenství, porod proběhl císařským řezem (41 + 4 týdny). Novorozenecký screening v normě.

Z psychologického vyšetření z ledna 2015 vyplývá, že u chlapce byla zjištěna všechna kritéria triády pro stanovení diagnózy dětského autismu, tudíž byla suspektně stanovena přítomnost poruchy autistického spektra. Psychomotorický vývoj je v normě, řeč je opožděná. Aleš začal první slova používat ve třech letech, ale funkčně řeč nepoužije, věty netvoří. Snaha o využití alternativní komunikace doma je zatím neúspěšná. Vyšetření na zrak u pediatra z důvodu řečové bariéry není jednoznačné. Sluch vyšetřen na foniatrii, je v pořádku. V této době chlapec zatím nenavštěvuje žádnou mateřskou školu, mezi vrstevníky se pohybuje minimálně, nejvíce času tráví s matkou a sestrou, která o něj ráda pečuje. Přílišný zájem o vrstevníky Aleš neprojevuje, občas po nich dle matky pokukuje. Doma jsou problémy se vztekáním, reaguje pláčem na neobvyklé situace, těžko snáší příkazy, neuvědomuje si nebezpečí, nemá pud sebezáchovy. Se sestrou je rád, dobře spolu vycházejí.

Ze speciálně pedagogického vyšetření vyplývá, že Aleš je hodně aktivní, velmi rychlý a nepozorný. Je pro něho těžké udržet pozornost, je nesoustředěný, má tendence odbíhat od úkolů. Ke stolečku s úkoly se však nechá bez problémů zavést, pak však u nich vydrží jen pár vteřin. Kontakt s dospělými někdy naváže, když se chce přitulit, ale ke komunikaci ho moc nepoužívá. Oční kontakt naváže jen zřídka. Aleš je mírně vzdorovitý, nemá zatím naučené schéma příčina a po něm jdoucí následek. O odměnu po úkolu ale zájem má a jako největší motivace fungoval během vyšetření bublifuk. Kartám s piktogramy a fotografiemi zatím nerozumí.

V září 2016 Aleš nastoupil do speciální třídy při běžné mateřské škole. Ve třídě je 11 dětí, ale Aleš si jich příliš nevšímá. Na doporučení SPC mu byl přidělen asistent pedagoga po celou dobu pobytu v mateřské škole a je mu vypracován individuální vzdělávací plán, má pleny. Aleš dochází do mateřské školy pouze na dopolední docházku a spolu s ním do speciální třídy chodí i jeho sestra. Postupná adaptace proběhla bez výraznějších obtíží. Při individuální práci se chlapec snaží pracovat (navlékání korálků, třídění barev, skládání puzzle), snaží se opakovat slova, ale užívá pouze samohlásky (např. boty – OY). Oční kontakt navazuje velmi zřídka. Od března se daří odbourávat nošení plen. Nejprve jen ve třídě a doma, později i při pobytu venku. V květnu již pleny vůbec nepotřebuje, na záchod si dojde dle potřeby sám, bez připomínání. Při oblékání a hygieně je však nutný dohled. U jídla vydrží sedět jen chvíli, ale jí rád a často si přidává. Do pohybových her se zapojuje velmi málo, spíše chce bezúčelně běhat okolo dětí. Rád si dělá činnosti dle svého, má omezený a stereotypní charakter volnočasových aktivit.

V září 2017 Aleš nastupuje do mateřské školy jako předškolák. Na základě doporučení SPC má vypracovaný individuální vzdělávací plán. Učitelky zaznamenávají zhoršení v oblasti komunikace, chlapec se již nesnaží napodobovat slova, spíše jen křičí a vyjadřuje se pomocí zvukomalebných slov. Odmítá plnit úkoly, na které byl zvyklý, a zcela bez problémů je před prázdninami zvládal. Nepomáhá žádná forma motivace, Aleš se chce jen povalovat po dospělém, během chvíle ho začne bouchat do obličeje a těžko se uklidňuje. O hru jeví jen malý zájem, občas se chvíli zabaví házením míčků do plastových trubek. Sebeobslužné dovednosti zvládá s pomocí dospělého. Na piktogramy a fotografie nereaguje, proto se pedagogové snaží zavést znakovou řeč. Na prostředí a režim třídy si stále zvyká, pravidla příliš nerespektuje. V mnoha činnostech

je veden vlastním zájmem, pracuje jen pod přímým dohledem pedagoga. Pokud není veden pedagogem, od činností odbíhá po velmi krátké době. Často se povaluje po zemi, běhá po třídě, leze do výšek a křičí.

Třída pracuje dle pravidelně se opakujícího režimu, který je vizualizovaný na nástěnce a na nábytku třídy. Činnosti se po krátkých intervalech obměňují, mají jasnou strukturu a řád. Všechny děti vědí, co po čem bude následovat. Pokyny a pravidla během stravování a hry je chlapec schopen plnit jen částečně. Při samostatné hře ostatní děti nevyhledává, s dospělými navazuje kontakt nevhodným způsobem – boucháním, strkáním. Vyhledává fyzický kontakt s dospělým, má tendence si na něj sedat a je mu jedno, že je to dospělý, kterého vidí teprve krátce. Krátkých aktivit je schopen se účastnit pouze za pomoci asistenta pedagoga. Při individuálních činnostech dominuje poměrně dobrá schopnost zrakového vnímání. Najde a přiřadí obrázky, barvy a tvary. Složí jednoduché šestidílné puzzle, je schopen jednoduché nápodoby motorické i oromotorické. Grafomotorika je na úrovni čáranice. Na znakový jazyk zatím nereaguje, ale občas pedagogové zaznamenají snahu o nápodobu znaku. Zatím však není jasné, zda znaku rozumí a uměl by ho ve vhodnou dobu použít.

## 6.2 Kazuistika č. 2 – Eliška

Jméno: Eliška

Věk: 6 let

Dg.: dětský autismus, mentální retardace, ADHD, těžší forma vývojové dysfázie

### **Rodinná anamnéza:**

Matka: 31 let, vzdělání střední odborné, v domácnosti

Otec: 32 let, vzdělání střední odborné – vyučen, OSVČ

Sestra: 8 let, žákyně druhé třídy základní školy, dg.: vývojová dysfázie s převažující expresivní složkou

Eliška chodí od září 2015 do speciální třídy při běžné mateřské škole. Na doporučení SPC má přiděleného asistenta pedagoga na 20 hodin týdně, vypracovaný individuální vzdělávací plán, užívá Risperdal 3× ½ ml, má stanovený 4. stupeň podpory.

### **Osobní anamnéza:**

Eliška žije v úplné rodině s matkou, otcem a starší sestrou. Dívka pochází z druhé gravidity, těhotenství matky bylo celkově bez potíží. Porod proběhl v termínu, bez komplikací, novorozenecký screening v normě.

Od února 2014 je Eliška sledována na pracovišti dětského psychologa, vyšetření iniciovala matka, která měla obavy o vývojové tempo dcery i podezření na odchylky ve vývoji. Starší sestra je také na tomto pracovišti sledována pro vývojovou dysfázii s převažující expresivní složkou. Eliška byla vyšetřena se závěrem velmi závažná vývojová dysfázie s významnou receptivní složkou. Úroveň řeči a porozumění je na úrovni těžké mentální retardace, maximální kognitivní kapacita odpovídá hraničnímu pásmu defektu. Nápadné jsou výkyvy nálad, afektivní dráždivost, negativismus, výrazná hyperaktivita a malá schopnost koncentrovat pozornost. Eliška pouze vokalizuje, používá neartikulované zvuky, slova zatím žádná. Občas projeví zájem o okolní věci, ukazuje na ně a chce po matce, aby je jmenovala. Úroveň sebeobsluhy též neodpovídá věku dívky, péče leží celodenně na matce, která navíc pečuje o starší dceru s expresivní vývojovou dysfázíí. Je doporučena spolupráce s SPC a ranou péčí a nástup do speciální mateřské školy.

V září 2015 Eliška na doporučení SPC nastoupila do speciální třídy při mateřské škole. Ve třídě je 12 dětí, Eliška má velmi vážné problémy s chováním. Často dětem ubližuje, napadá je, je neposedná, u jídla nesedí a ani nechce jíst, jen pije, ale ze své lahvičky s nápojem z domova. Rozhazuje hračky po třídě, vysypává krabice se stavebnicemi, trhá papíry a hází je nad hlavu, po dětech hází hračkami. Často má záchvaty vzteku, pokud se jí něco nelíbí, upadne na zem, křičí, kope nohama, mlátí se o zem a trhá si vlasy. Po zjištění tohoto stavu žádaly učitelky o asistenta pedagoga. Maminka vše přes SPC vyřídila a v listopadu 2015 nastoupila asistentka pedagoga, která má na starosti hlavně Elišku.

Od té doby dochází ke zklidnění dívky, asistentka pedagoga s pedagogickým vzděláním a dlouholetou praxí v mateřské škole klade na Elišku přiměřené nároky a trvá na dodržování pravidel. Eliška méně ohrožuje ostatní děti, protože asistentka na ni neustále dohlíží a v případě potřeby okamžitě zasáhne. Pro dívku je obtížné zapojit se do hry s ostatními dětmi, neví, jak se zapojit a často volí nevhodné komunikační prostředky. Tyto nežádoucí projevy eliminuje zásah asistentky, která se snaží ukázat

Elišce vhodnější formu kontaktu s dětmi. Do pohybových her se Eliška zapojuje pouze částečně, ráda s dětmi běhá, ale změnu rytmu běhu a chůze nechápe a není schopna opustit aktivitu, která se jí líbí.

Eliška má vlastní svačinu, maminka jí dává to, co má ráda. U jídla je schopná setrvat pouze krátkou dobu, pak odbíhá. Nosí pleny, na záchod chodit nechce, začne okamžitě křičet. Při volné hře bez přítomnosti dětí je Eliška klidnější, dokáže si i sama hrát. Tyto situace nastávají ve chvílích, kdy ostatní děti odejdou na divadelní představení v rámci mateřské školy. Asistentka zkusila vzít dívku také na divadelní představení, ale ta dostala záchvat křiku a sebepoškozování už při přechodu do jiné třídy. Proto raději čeká na děti ve své třídě, kde je zvyklá. Nevšímá si toho, že ostatní děti odcházejí, pevným bodem je pro ni asistentka. V této době také na doporučení rané péče dochází ke snaze začít s Eliškou komunikovat za pomoci znaků a piktogramů. Zatím však bez odezvy.

V květnu 2016 byla Eliška opět vyšetřena dětským psychologem, který konstatoval, že dívka s odstupem téměř půl roku je mnohem klidnější, objevil se oční kontakt, užívání gest, snaha o sdílení a porozumění bylo také zlepšeno. Ubylo destruktivní hry a je zřejmé, že Eliška začala lépe chápat okolní svět. Matka přikládá relativní zlepšení nástupu do speciální třídy, a hlavně kontaktu s asistentkou, která má Elišku ráda a snaží se jí porozumět. Eliška se v mateřské škole dobře adaptovala, chodí tam ráda, nedokáže však navázat kontakt s vrstevníky, objevuje se agrese. Nadále přetrvávají potíže v oblasti emoční seberegulace, prudké afekty při nevyhovění a nedorozumění. I přes nezanedbatelné zlepšení dívka výrazně zaostává za svými vrstevníky ve všech oblastech. Největší opoždění je stále v oblasti řeči a porozumění, kde výkonnost aktuálně odpovídá úrovni necelého jednoho roku mentálního vývoje. V oblasti neverbálních schopností Eliška odpovídá asi 2,5 letům mentálního vývoje. S tím úzce souvisí značně omezené možnosti komunikace. Dívka si dokáže ukázat základní věci, potřebuje však tlumočníka, někoho dospělého, kdo jí zprostředkuje kontakt s ostatními. Eliška má stále velké mezery i v oblasti sebeobsluhy, potřebuje vydatně pomáhat při oblékání, při hygieně. Stále má pleny a nechodí na záchod, neví samostatně. Nelze spoléhat na Eliščinu uposlechnutí ani jednoduché instrukce, které třeba v jiném kontextu chápe. Je sice schopná poměrně stabilně chodit a běhat, ale tato samostatnost klade velké nároky na vychovatele, protože potřebuje neustálý dohled dospělé osoby. Dívka je

impulzivní, rychlá, její chování je nepředvídatelné, mohla by ublížit sobě nebo někomu druhému.

V říjnu 2016 maminka za pomoci asistentky a doporučení učitelek navštívila s Eliškou dětského psychiatra. Lékařka konstatovala, že se jedná o dívku s mentální retardací pohybující se od lehké mentální retardace až po těžkou mentální retardaci, obzvláště ve verbální oblasti. Dívka je impulzivní, při nevyhovění se dostává do afektivních stavů, její schopnost vyrovnání se se zátěží je minimální. Přes neschopnost komunikace s okolím se dostává do panických stavů, které jsou obtížně zvládnutelné. V sebeobsluze je nesamostatná, vyžaduje neustálý dohled a asistenci dospělé osoby. Psychiatrickou byl také diagnostikován dětský autismus a nasazena medikace – Risperdal. Po nasazení medikace dochází ke značnému zlepšení. Eliška se poněkud zklidnila, objevuje se stále více aktivní sociální kontakt, zmírnila se míra destruktivity, objevila se konstrukční hra, jednoduchá napodobivá hra vázaná na konkrétní představu. Dívka začala trochu kreslit, ale zatím jen ve fázi čáranice. Začaly ji zajímat knížky, ukazuje zvířátka. V komunikaci užívá několik signálních zvuků a gesta, nejčastěji v souvislosti s vlastním přáním. Chvíli vydrží u jedné činnosti, projevuje radost, navazuje oční kontakt, chce se mazlit a lépe chápe opakující se instrukce. Chování je nadále velmi impulzivní, snadno propadá afektům, její chování nelze s jistotou předpokládat, ale už neublíží dětem, učí se je kontaktovat jinak, nevyhazuje tolik hračky a stavebnice. Stále však výrazně zaostává za svými vrstevníky. Velký pokrok je zaznamenán v oblasti stolování a jídla. Eliška vydrží sedět s ostatními dětmi, sní téměř všechno, umí si dojít přidat jídlo i pití. Respektuje určitá pravidla a chápe režim třídy, který se ovšem nesmí příliš měnit. Začala chodit na toaletu, je bez pleny i v noci, umí si umýt ruce a pusku.

V září 2017 Eliška nastoupila do mateřské školy jako předškolák. Na základě doporučení SPC má vypracovaný individuální vzdělávací plán. Adaptovala se po prázdninách velmi rychle. Stolování a sebeobsluha je na stejné úrovni jako před prázdninami. Projevuje zájem o prohlížení knih, ukazuje obrázky a asistentka zkouší používat v komunikaci znaky. Eliška také začala skládat puzzle a přibližně po dvou měsících složila i třicet dílků a ráda je opakovala. Přiřadila správné barvy, ale musela je vidět, na slovní instrukci nereagovala. Ráda používala komunikátor, kde barvu označila. Začala se zapojovat do cvičení dětí, napodobovala, vydržela i relaxaci na zemi. Stále nepoužívala ani jedno slovo, pouze křičela. Do mateřské školy chodila s matkou



po obědě, delší pobyt v mateřské škole by byl pro ni velkou zátěží. Přibližně po dvou měsících začala Eliška napodobovat jednoduché znaky. Zjistila, že se tak lépe domluví s asistentkou i učitelkami a začala sama nosit knihy a ukazovat obrázky, aby věděla, jak je vyjádřit znakem. Matka se nyní snaží také používat znaky, spolupráce rodiny s mateřskou školou je v tomto výborná.

V červnu 2018 již Eliška ovládá přibližně 30 znaků a běžně je používá při komunikaci s dospělými.

### **6.3 Kazuistika č. 3 – Pavel**

Jméno: Pavel

Věk: 6 let

Dg.: dětský autismus, mentální retardace, vývojová dysfázie

#### **Rodinná anamnéza:**

Matka: 36 let, vzdělání vysokoškolské, v domácnosti

Otec: 35 let, vzdělání vysokoškolské, počítačový odborník

Bratr: 4 roky, chodí do mateřské školy, zdrav

Sestra: 1 rok, zdravá

Pavel chodí od září 2015 do speciální třídy při běžné mateřské škole. Na doporučení SPC má vypracovaný individuální vzdělávací plán, sdíleného asistenta na dvacet hodin týdně, stanovený 3. stupeň podpory.

#### **Osobní anamnéza:**

Pavel žije v úplné rodině s matkou, otcem, mladším bratrem a mladší sestrou. Chlapec pochází z prvního fyziologického těhotenství, porod proběhl v termínu sekci. Novorozenecký screening byl v normě. Prodělal silnou novorozeneckou žloutenku. Po příchodu z porodnice byl zvýšeně spavé miminko, kojen byl do jednoho roku. Raný motorický vývoj měl mírně opožděný, nastoupil rehabilitační léčbu reflexní terapií (Vojtova metoda). Samostatně začal chodit ve 14 měsících. První smysluplné slovo začal říkat v roce („táta“), později ho přestal používat. Rodiče znepokojoval především opožděný nástup řeči, matka pociťovala pochybnosti ohledně Pavlova vývoje od dvou let. Při tříleté preventivní prohlídce pediatr upozornil na Pavlovy odlišnosti ve vývoji a doporučil psychologické vyšetření. Z psychologického vyšetření, které proběhlo

v červenci 2015 vyplývá, že chlapec neprojevoval zájem o sociální kontakt, ztrácel určité dovednosti, které už uměl, přestal používat slova, která dříve používal, oční kontakt navazoval krátce a velmi málo, hra byla stereotypní a nefunkční. Vývoj chlapce byl atypický, rodiče se snažili pracovat na rozvoji jeho schopností a dovedností. Do řízených činností se zapojoval nekonzistentně, činnost ho málokdy zaujala. O kontakt s dětmi nejevil zájem, věnoval se oblíbené činnosti. Fyzický kontakt neměl rád, pomazlit se přišel jen někdy. O interakční hry (posílání autíčka, míče, prohlížení knih) měl jen malý a krátkodobý zájem. O pomoc požádal tak, že odvedl dospělého na dané místo a ukázal. Pochlubit se nepřišel, při pochvale reagoval opozičním chováním, činnost opustil. Přítomnost rodičů nevyžadoval, nerad se přizpůsoboval druhým, převážně se řídil vlastními záměry. Někdy pobídky rodičů ke společné hře ignoroval, nespolupracoval. V kontaktu s cizími lidmi byl nejistý, ostýchavý, měl menší motivaci k sociálnímu kontaktu. Nerad byl středem pozornosti, znejistěl a měl tendenci se situaci vyhnout. Děti jen pozoroval, přítomnost dětí mu nevadila, převládala hra paralelní, občas se zapojil do pohybových aktivit. Měl tendence vyhýbat se očnímu kontaktu, nesynchronizoval oční kontakt s ostatními verbálními a neverbálními komunikačními dovednostmi. Mimika byla méně živá, sociální úsměv byl málo častý. Občas používal ruku druhého jako nástroj ke splnění svého přání. Úroveň neverbální komunikace byla na úrovni 12–14 měsíců. Verbální komunikace byla velmi malá, používal jen citoslovce. Používal vlastní žargon, na úrovni 12 měsíců. Porozumění odpovídalo 12–18 měsícům. Při volné hře Pavel projevoval zájem o auta, kterými jen stereotypně popojížděl a sledoval kolečka. Rád vyndával věci ze zásuvky a dával je zpět, přeléval vodu do kelímků, roztáčel kolečka, rozsvěcel a zhasínal. Funkčně si s hračkami hrál velmi málo, obtížně zvládal zásah do hry druhou osobou. Sociálně napodobivá hra chyběla.

Po nástupu do mateřské školy zvládl adaptaci v neznámém prostředí bez výraznějších problémů. Z počátku jen stál nebo seděl a pozoroval ostatní děti. Při změně činnosti byla patrná nejistota, občas reagoval na změnu pláčem. Měl tendence k dodržování osvojených postupů, méně pružně reagoval při změně, ulpíval na oblíbených činnostech, které nerad opouštěl. Nejevil zájem o sociální kontakt, v zátěžových situacích volil vyhýbavé strategie. Nerad maloval, nesnesl umazané ruce od barev, lepidla a reagoval křikem. Odmítal si obléknout některé oblečení, měl sklony k pedantskému jednání, některé předměty vyžadoval na stejném místě.

Zrakové vnímání bylo nepružné, nesynchronizované. Zraková činnost byla autostimulační, rád pozoroval pohyb detailně a z různých úhlů. Reakce na verbální pokyny byla málo pružná. Nerad se koupal, byl velmi vybíravý v jídle, nová jídla odmítal ochutnat, byl zvýšeně citlivý na pachy. Při chůzi občas zakopával, po schodech chodil sám a přidržoval se zábradlí, nohy střídal. V mateřské škole byla pozorována horší koordinace pohybů při pohybových aktivitách. Úroveň hrubé motoriky odpovídala 2 letům. Symbolická kresba chyběla, ruce střídal, kresba byla na úrovni čáranice. Celodenně nosil pleny, odmítal jíst sám, byl krmen. U jídla byl neklidný. Pil velmi málo a pouze z lahvičky s brčkem. Pokud chtěl oblíbené jídlo, odvedl rodiče k lednici. Při plnění úkolů se rychle unavil, snadno ho vyrušily okolní podněty, ztrácel pozornost a uklidňoval se vlastní činností (popojíždění autíčkem vleže).

Před nástupem do mateřské školy byl Pavlovi diagnostikován dětský autismus a vývojová dysfázie. Bylo doporučeno využívat komunikačních karet, zaměřit se na rozvíjení sociálně komunikačních dovedností, vytvořit knihu s fotografiemi známých osob, předmětů, které by si mohl společně s rodiči prohlížet.

Od roku 2017 pokračuje Pavel v předškolní docházce ve speciální třídě mateřské školy. K diagnóze dětského autismu a vývojové dysfázie přibývá dle posledního psychologického vyšetření lehká mentální retardace. Chlapec stále nemluví, pervazivní porucha prostupuje do všech oblastí. Stále jsou výrazné zvláštnosti v chování chlapce, kvalitativní narušení v oblasti komunikace, sociální interakce a hry. Individuální vzdělávací plán se soustředí na jednotlivé oblasti, koncentraci pozornosti, grafomotoriku, zrakovou a sluchovou percepci, časovou a prostorovou orientaci, řeč, matematické představy, sebeobsluhu. Chlapec se naučil používat piktogramy, ale nemá příliš zájem o komunikaci s dalšími osobami. Sám je používá velmi málo, spíše kontroluje režim dne, který je piktogramy vyjádřen v prostorách třídy. Absolvuje s ostatními dětmi všechny činnosti, ale v podstatě jen pasivně. Zvykl si na práci s výtvarnými pomůckami, již nekřičí při malování, lepení, modelování. Získal jistotu, že se pak může umýt, a to také během výtvarných činností neverbálně vyžaduje. Pedagogové během celého dne, kromě piktogramů a verbální komunikace, používají znaky do řeči. Na Pavlovi je vidět, že jim rozumí, dokonce se zadívá, ale sám znaky zatím nepoužívá a ani je nevyžaduje. Na základě doporučení SPC má Pavel odklad školní docházky, dále navštěvuje stejnou třídu.

## 7 PRINCIPY ŘEČOVÉ TERAPIE PRO ŽÁKY S DĚTSKÝM AUTISMEM

Každé dítě s touto diagnózou je zcela jiné a má různé komunikační síly a potřeby. Z tohoto důvodu není možné stanovit jediný plán činnosti v logopedii, který bude fungovat pro každé dítě s dětským autismem.

Místo toho by autorka této práce chtěla použít 5 principů jako rámec či doporučení pro každého, kdo se rozhodne pracovat s dítětem, které má dětský autismus.

### 7.1 Funkční a spontánní komunikace

První krok při práci s jakýmkoli dítětem, které má autismus, je zajistit, aby zvládlo komunikovat funkčně a spontánně. To znamená, že dítě musí být schopno sdělit své základní potřeby a potřeby těm, kteří jsou kolem něho, aniž by k tomu byli vyzváni.

Pokud dítě má již osvojené tyto dovednosti, můžeme jít dál. Pokud ne, je nutné se v tomto bodě zastavit. Zvládnutí této dovednosti je nezbytným krokem pro postup do dalšího „levelu“.

Pokud není řeč dítěte adekvátní k funkční řeči (což znamená, že dítě nehovoří), musíme zavést různé formy augmentativní a alternativní komunikace, dokud nenajdeme metodu, která funguje. **Pamatujme, že každé dítě je jiné, takže různé metody budou pro každé dítě fungovat jinak.** Zde uvádíme několik možností, které můžeme vyzkoušet.

**Hlasové výstupní zařízení** – toto zařízení vydá zprávu, když dítě stiskne tlačítko. Tato zařízení mohou být jednoduchá, s jedním tlačítkem a jednou zprávu, nebo složitější jako dotykové zařízení s tlačítky a složkami, které se mění.

System pro obrazovou komunikaci: Některé děti dávají přednost obrazové komunikaci. Díky tomu je komunikace pro ně mnohem konkrétnější. Můžeme začít jednoduchou komunikační deskou a později přidávat složitější obrazce.

**Znakový jazyk** – některé děti využívají své vlastní tělo ke komunikaci pomocí znakové řeči. To se velmi úspěšně využívalo u dětí s autismem, a dokonce bylo prokázáno, že řeč u těchto dětí se vyvíjí rychleji než bez použití znakové řeči.

**Pomáhat dětem používat jazyk spontánně (bez výzvy)** – děti s autismem často mají potíže s používáním jazyka spontánně. Mohou mluvit, když se jim řekne nebo odpovídají na konkrétní otázky, ale nebudou mluvit, když něco potřebují nebo když jsou rozrušeni.

Je vhodné začít s výukou základních požadavků dítěte (jelikož to bude pro něj nejvíce motivující), a pak se přesunout na další typy komunikace, jako je například komentování, pozdrav, dotazování atd.

## 7.2 Socializace

Další věc, kterou všechny děti s autismem budou potřebovat, je socializace. Děti s autismem mají problém s porozuměním společensky přijatelného chování. Ne vždy vědí, jak jednat nebo se chovat v různých společenských situacích. Vzhledem k tomu, že škola je v podstatě jen jednou velkou společenskou situací, může pro ně být obzvlášť těžké učit se.

**Přímá instrukce sociálně přijatelných chování** – je důležité učit děti, jaké chování je společensky přijatelné v různých prostředích. To zahrnuje to, co by dítě mělo dělat a říkat v sociálních situacích a jak má poslouchat a účastnit se. U malých dětí se zaměřujeme na základní dovednosti, jako je poslech učitele, odpovědi na otázky a pokyny. U starších dětí přidáváme skupinové konverzace.

Níže uvádíme několik strategií, které jsou pro děti s autismem prokázány efektivními metodami sociálního vzdělávání:

- vizuální podpora – vizuální připomínky umístěné v místnosti nebo předvedené dospělými pomáhají dítěti vzpomenout na očekávání této situace,
- sociální příběhy – knihy určené k učení dítěte v různých situacích,
- videomodelování – žák sleduje videa, která předvádí očekávané chování.

## 7.3 Vzájemná interakce

Děti s autismem mají největší problém se vzájemnými vztahy, a proto i tyto dovednosti musí být také přímo vyučovány. Všechny děti s autismem s tím do jisté míry

bojují, je to součástí povahy autismu. Zaměříme se však na značně odlišné dovednosti v závislosti na věku a vývojové úrovni dítěte, s nimiž pracujeme.

### **Peer Interaction Skills pro mladší děti**

Některé dovednosti pro děti, které právě začínají jejich vzájemnou interakci školení:

- hry na hraní – učme dítě, jak si hrát s ostatními dětmi,
- reagujme na jméno – učme dítě, aby odpovědělo, když někdo říká jeho jméno,
- vytvoření společné pozornosti – pomozme dětem naladit se na ty, kteří jsou kolem nich.

### **Peer Interaction Skills pro starší děti**

Cílové konverzační dovednosti – zaměříme se na sociální dovednosti, které dítě rozvíjí během normálních interakcí s ostatními studenty a dospělými. Pomozme těmto dětem pochopit, jak vidět věci z jiné perspektivy.

## **7.4 Podpůrná opatření**

Jeden z nejčastějších požadavků, které slyšíme od rodičů dětí s autismem, je „*Moje dítě potřebuje více času s logopedem*“. Logoped je osoba, která pomáhá dětem s dětským autismem lépe komunikovat, takže více času s touto osobou by se měla rovnat lepší komunikaci. Bohužel to v praxi často neplatí.

**Problémy se zobecněním** – děti s autismem mají problémy se zobecněním dovedností. Například pokud učíme dítě s autismem počítat do 5 s použitím stejných 5 žlutých šálků u kuchyňského stolu a nikdy nepočítáme nikde jinde, bude dítě skvěle počítat do 5 přesně v této konkrétní situaci, ale nemusí být schopno přenést to k počítání čehokoliv jiného.

Totéž platí pro komunikaci. Pokud **řečový terapeut** učí dítě s autismem komunikovat s ním v místnosti pro logoterapii, nemusí nutně znamenat, že dítě začne komunikovat s ostatními lidmi a v jiných prostředích.

Chceme-li, aby dítě komunikovalo v každé situaci, a to nejen tehdy, když je přítomen logoped, je nutné, aby dítě vykonávalo stejné komunikační dovednosti s různými lidmi a v různých situacích.

### **Jak dostat děti s autismem k zobecnění komunikačních dovedností?**

Pokud dítě potřebuje pracovat na lepší komunikaci, pak není nutné jen přidávat více času s logopedem. Místo toho musí řečový terapeut vyškolit ostatní dospělé, kteří se s dítětem setkávají, jak s dítětem pracovat pomocí stejných instrukcí a v obvyklých postupech.

Když **logoped vyškolí ostatní dospělé**, učiní dítě rychlejší pokrok se svými komunikačními dovednostmi, protože bude mít stejné instrukce z několika zdrojů a bude schopen procvičovat tyto dovednosti v běžném prostředí (doma i ve škole).

**Řečová terapie** pro děti s autismem může vypadat velmi odlišně v závislosti na mnoha faktorech. Každý logoped musí určit, které principy a zásady budou pro každé jednotlivé dítě nejlepší. Zde jsou některé různé způsoby, jak mohou být služby logopedie rozdělené, aby pomohly dětem dosáhnout optimálního pokroku.

**Přímé terapeutické působení** – terapeut poskytuje přímou terapii dítěti, často v izolovaném prostředí, jako je terapeutická místnost. To je často nejlepší pro zavedení nové dovednosti, když je potřeba méně rozptýlení. Terapeut poskytuje své služby pravidelně, ve známém vzdělávacím prostředí a vede konzultační zápisy.

Existuje **mnoho různých způsobů**, jak zlepšovat klíčové dovednosti u dětí s dětským autismem. **Každý žák potřebuje individuální plán** zahrnující kombinaci různých postupů a technik.

## **7.5 Další komunikační dovednosti**

Na závěr uvádíme další komunikační dovednosti, které mohou mít dopad na dítě s autismem. Jakmile dítě začne dělat pokrok v hlavní oblasti komunikace, můžeme začít řešit některé z menších problémů, které mohou také ovlivňovat komunikaci dítěte jako například chyby zvuku řeči, chyby v gramatice, problémy s otázkami a odpověďmi na otázky.

# ZÁVĚR

Při práci se žáky s dětským autismem je potřeba speciálního stylu výuky, neobejdeme se bez názornosti, multimyslového působení a stálé motivace.

Cílem této bakalářské práce byla analýza a popis zásad a principů práce se žáky s dětským autismem.

Existují tisíce výzkumných studií, které se zaměřují na intervence, takže v této bakalářské práci si shrneme několik klíčových zásad, o kterých se autorka práce domnívá, že významnou měrou přispívají k intervenci autismu.

## **1. Intervence je založena na dobrém porozumění autismu.**

Některé intervence jsou založeny na chybných teoriích o autismu a jeho příčinách. Například některé z prvních intervencí, které se v praxi využívaly, vycházely z nesprávného přesvědčení, že autismus je způsoben takzvanými „emočně chladnými matkami“: matky, jejichž odmítnutí emočního tepla způsobuje, že se jejich děti odvracejí od jiných lidí a stávají se autistickými. Nyní již víme, že tato teorie je falešná. Většina vědců se domnívá, že autismus má různé příčiny, které pravděpodobně představují složitou směs genetických a environmentálních faktorů, které postihují řadu různých oblastí mozku.

## **2. Lidé, kteří pracují se žáky s dětským autismem musí své žáky dobře znát, respektovat jejich pocity a názory.**

Lidé, kteří pracují se žáky s dětským autismem, by měli vědět s jakou osobou pracují, protože každá osoba s autismem je jiná. Cílem je podporovat autonomii osoby, podporovat aktivní účast na rozhodování, udržovat kontinuitu jednotlivých vztahů, pokud je to možné, zajistit, aby byly k dispozici podrobné informace pro jejich potíže v příslušném jazyce nebo ve formátu zahrnující různé vizuální, slovní a zvukové, snadno čitelné a různé formáty barev a písem.

## **3. Intervence je přizpůsobena potřebám jednotlivce.**

Intervence by měly být přizpůsobeny potřebám každého jednotlivce s autismem, protože každá osoba je individuální. Například někteří lidé s autistickým spektrem mají nadměrně citlivé smysly. Pro někoho mohou být fyzicky bolestivé určité zvuky, někdo nemusí být schopen nosit určité oblečení, protože zjistí, že tkanina je pro něj nepříjemná. Někteří lidé s autistickým spektrem mají nedostatečnou citlivost. Mohou



vyhledávat zvláštní chutě, nepoživatelné věci, nebo skáčou a otáčí se, aby stimulovali jejich smysly pohybu a rovnováhy.

Takže intervence určená k tomu, aby pomohla autistovi řešit jeho senzickou citlivost, musí vzít v úvahu specifické citlivosti každého jednotlivce.

Některé intervence, které původně nebyly určeny pro osoby s autismem, pro ně mohou být prospěšné i tehdy, pokud byly přizpůsobeny jejich potřebám.

Kognitivní behaviorální terapie se jeví jako velmi vhodná, protože může být přizpůsobena jednotlivcům s autismem. To může zahrnovat například konkrétnější a strukturovanější přístup s větším využitím písemných a vizuálních informací, které mohou zahrnovat pracovní listy, myšlenkové bubliny, obrázky a schránky nástrojů a klást větší důraz na měnící se chování, spíše než myšlenky, a využívání chování jako výchozího bodu pro zásah.

#### **4. Intervence funguje v reálném světě, a to nejen ve výzkumné laboratoři.**

Intervence by měly fungovat v reálném světě. Mnoho autistických intervencí začíná v prostředí výzkumu – kde je řízeno co nejvíce proměnných. V reálném světě však často není možné ovládat věci, jako je úroveň výcviku a zkušenost osoby, která provádí intervenci, místnost, kde se intervence odehrává, jak často se to může stát, a kdo se účastní intervence. Z tohoto důvodu se ukázalo, že řada intervencí je v reálném světě méně účinná ve srovnání s nastavením výzkumu.

#### **5. Intervence je poskytována nebo je podporována kvalifikovanými a zkušenými odborníky.**

Pokud je intervence prováděna odborníky, je důležité, aby měli dostatečnou kvalifikaci k účinnému provedení intervence. Je důležité, aby odborníci, kromě odborného vzdělávání, měli odpovídající úroveň zkušeností, skutečně úspěšně pracovali s lidmi s autistickým spektrem. Stejně důležité je, aby měli správný postoj vůči autismu.

U dětského autismu je včasná intervence pro léčbu významná. Při naší práci se zabýváme nedostatky dovedností, kterým čelí děti s autismem ve všech vývojových oblastech, včetně komunikace, jazyka, hry, sociálních dovedností, imitace a poznávání, motorických dovedností, každodenních životních dovedností a emoční regulace. Nedílnou součástí našeho pedagogického působení je také komplexní rodičovské, terapeutické a učitelské vzdělávání, které umožňuje týmovou práci, spolupráci a lepší výsledky.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Seznam použitých českých zdrojů

- BARTOŇOVÁ, M. a M. VÍTKOVÁ, 2007. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami-texty k distančnímu vzdělávání*. 2. přepracované a rozšířené vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-158-4.
- BARTOŇOVÁ, M., B. BAZALOVÁ a J. PIPEKOVÁ, 2007. *Psychopedie Texty k distančnímu studiu*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-161-4.
- BAZALOVÁ, B., 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0693-4.
- BONDY, A. a L. FROST, 2007. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2053-1.
- ČERNÁ, M., 2015. *Česká psychopedie*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-3071-7.
- GAVORA, P., 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozšířené vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
- HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HOWLIN, P., 2005. *Autismus u dospívajících a dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 8073670410.
- HRDLIČKA, M a V.KOMÁREK, 2004. *Dětský autismus*. 2.doplňené vyd. Praha: Portal. ISBN 80-71-78-813-9.
- JELÍNKOVÁ, M., 2001. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova, 2001. ISBN 80-7290-042-0.
- MICHALÍK, J., et al., 2010. *Osoby se zdravotním postižením-speciálně pedagogické aspekty komunikace*. 1. vyd. Pardubice: Silueta. ISBN 978-80-86417-09-7.

- NÝVLTOVÁ, V., 2010. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-86723-85-3.
- OPATŘILOVÁ, D., 2008. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1.vyd. Brno: Masarykova Univerzita. 292 s. ISBN 978-80-2010-3977-3.
- PEETERS, T., 1998. *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. 1. vyd. Praha:Scientia. ISBN 80-7183-114-X.
- PIPEKOVÁ, J. et al., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.
- RICHMAN, S., 2008. *Výchova dětí s autismem: Aplikovaná behaviorální analýza*. 2. vyd. Praha: Portal. ISBN 978-80-7367-424-3.
- SCHOPLER, E. a G. MESIBOV,1997. *Autistické chování*. 1. vyd. Praha: Portal. ISBN 80-71-78-133-9.
- SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8.
- STRUNECKÁ, A., 2016. *Přemůžeme autismus?* 1. vyd. Praha: ProfiSales-ALMI. ISBN 978-8087494-23-3.
- ŠPORCLOVÁ, V., 2018. *Autismus od A do Z*. 1. vyd. Praha: PASPARTA Publishing, s.r.o. ISBN 978-80-88163-98-5.
- ŠVARCOVÁ, I., 2011. *Mentální retardace*.4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0.
- THOROVÁ, K., 2016. *Poruchy autistického spektra*. 3. vyd. Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.
- VALENTA, M. a O.MÜLLER, 2013. *Psychopedie teoretické základy a metodika*. 5.aktualizované a rozšířené vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-187-6.

VOCILKA, M., 1995. *Autismus a možnosti výchovné praxe*. 1. vyd. Praha: Septima. ISBN 8085801582.

VOSMIK, M. a L. BĚLOHLÁVKOVÁ, 2010. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. 1. vyd. Praha: Portal. ISBN 978-80-7367-687-2.

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

*Autismus a Aspergerův syndrom: ADOS test* [online]. [cit. 2018-12-28]. Dostupné z: <http://mujautismus.cz/autismus-aspergeruv-syndrom-encyklopedie/a/ados-test/>.

*Autismus a Aspergerův syndrom: Diagnóza, diagnostika* [online]. [cit. 2018-12-28]. Dostupné z: <http://mujautismus.cz/autismus-aspergeruv-syndrom-encyklopedie/d/diagnoza-diagnostika/>.

HRDLIČKA, M., 2001. *Doporučené postupy pro praktické lékaře, Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3, Reg. č. o/038/012, Pervazivní poruchy v dětství: Doporučený postup diagnostiky a léčby pervazivních poruch v dětství* [online]. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně [cit. 2018-11-11]. Dostupné z: [www.cls.cz/dokumenty2/os/r012.rtf](http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r012.rtf).

## **SEZNAM ZKRATEK**

ABA	aplikovaná behaviorální analýza
ADOS	Autism Diagnostic Observation Schedule
PAS	poruchy autistického spektra
SPC	speciálně pedagogické centrum

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Posuzovací škála dětského autismu (CARS).....	I
Příloha B – Diagnostická kritéria MKN-10 pro Dětský autismus (F84,0) .....	III

# PŘÍLOHY

## Příloha A – Posuzovací škála dětského autismu (CARS)

Skladba posuzovací škály CARS: Dítě je posuzováno v patnácti položkách:

<p><b>I. Vztah k lidem.</b> Tato položka hodnotí chování dítěte ve strukturovaných i nestrukturovaných situacích, při kterých je dítě ve styku s jinou osobou. Postižení v této oblasti je považováno za primární charakteristiku autismu a je uváděno všemi diagnostickými manuály.</p>
<p><b>II. Napodobování.</b> Položka sleduje schopnost dítěte napodobovat verbální i neverbální chování. Je důležité, aby činnost, kterou má dítě napodobit, odpovídala jeho schopnostem. Nehodnotí se schopnost provádět určitou činnost, ale schopnost napodobovat, proto volíme takovou aktivitu, kterou dítě provádí spontánně. Schopnost napodobovat má základní význam jak pro rozvoj řeči, tak pro rozvoj sociálních vztahů, proto byla do škály CARS zařazena, i když postižení v této oblasti není primárním kritériem pro diagnózu autismus.</p>
<p><b>III. Emocionální reakce.</b> Hodnocení této položky spočívá v pozorování, jak dítě reaguje na příjemné i nepříjemné podněty. Hodnotí se přiměřenost i intenzita reakce. Autismus byl původně považován za emocionální poruchu vyvolanou patologickým rodinným prostředím. Abnormální a nepřiměřené emoční reakce jsou stále považovány za významný rys poruch autistického spektra.</p>
<p><b>IV. Motorika.</b> Položka posuzuje koordinaci a přiměřenost pohybů těla, všímá si motorických stereotypů a abnormalit (chození po špičkách, otáčení kolem vlastní osy apod.). Je součástí všech diagnostických systémů.</p>
<p><b>V. Používání předmětů, hra.</b> Položka si všímá zájmu dětí o hračky a jiné předměty a způsobu, jak jich dítě využívá.</p>
<p><b>VI. Adaptační změny.</b> Položka sleduje potíže při přechodu z jedné aktivity na jinou a obtížnost, s jakou lze změnit u dítěte navykklé vzory chování.</p>
<p><b>VII. Zrakové percepce.</b> Položka se soustředí na neobvyklé způsoby vizuální pozornosti, zahrnuje schopnost dítěte sledovat zrakem určitý předmět.</p>
<p><b>VIII. Sluchová percepce.</b> Položka sleduje neobvyklé sluchové chování a neobvyklé reakce na určité zvuky. Všímá si také reakce na lidský hlas.</p>
<p><b>IX. Chuťová, čichová a hmatová recepce.</b> Položka se zabývá hodnocením reakcí na smyslové předměty z bezprostřední blízkosti. Všímá si i jakým způsobem dítě vnímá bolest.</p>
<p><b>X. Strach a nervozita.</b> Položka hodnotí neobvyklý a nevysvětlitelný strach anebo absenci strachu v situaci, ve které by se zdravé dítě na stejném vývojovém stupni bálo.</p>
<p><b>XI. Verbální komunikace.</b> Položka se zabývá všemi aspekty řeči, nehodnotí pouze jestli dítě mluví nebo nemluví, ale zaznamená i veškeré abnormality řečového projevu, slovník dítěte, melodii, rytmus apod. Je důležité vyhodnotit, zda obsah projevu dítěte odpovídá dané situaci. Porucha v oblasti komunikace je považována za primární kritérium autismu.</p>
<p><b>XII. Neverbální komunikace.</b> Položka si všímá všech projevů neverbální komunikace dítěte a jeho reakce na verbální komunikaci jiných osob (gesta, mimika, postoje apod.) položka je obzvláště důležitá u dítěte, které nepoužívá řeč.</p>
<p><b>XIII. Úroveň aktivity.</b> Položka sleduje aktivitu dítěte jak ve strukturovaných, tak spontánních situacích, všímá si hyperaktivity či netečnosti.</p>

**XIV. Úroveň a konzistence intelektových funkcí.** Položka je rozšířenou verzí jednoho z Kannerových kritérií a zahrnuje jak mentální retardaci, tak nevyváženosti intelektových funkcí. Zjišťuje také případné extrémní dovednosti.

**XV. Celkový dojem.** Položka obsahuje celkové posouzení na základě subjektivního dojmu. Při hodnocení lze využít veškeré dostupné informace o dítěti (anamnéza, pohovor s rodiči, učiteli či vychovateli, vývojové dotazníky, předchozí vyšetření apod.).

**Interpretace výsledku testu CARS:** Při hodnocení jednotlivých položek porovnáváme chování sledovaného dítěte s chováním zdravého dítěte stejného věku. Každá jednotlivá položka má k dispozici čtyřbodovou hodnotící stupnici (1–4), přičemž lze využít i hodnoty mezi jednotlivými body (1,5; 2,5 a 3,5). Hodnota jedna znamená, že chování dítěte v této položce je v mezích normy, to znamená, že odpovídá chování zdravého dítěte stejného věku, hodnota čtyři indikuje výrazné abnormální chování ve srovnání zdravého dítěte stejného věku.

Tímto způsobem je možno rozlišit sedm možných hodnocení každé položky:

1,0 v mezích normy pro daný věk,

1,5 velmi mírně abnormální pro daný věk,

2,0 mírně abnormální pro daný věk,

2,5 mírně abnormální až abnormální pro daný věk,

3,0 abnormální pro daný věk,

3,5 abnormální až výrazně abnormální pro daný věk,

4,0 výrazně abnormální pro daný věk.

Celkové skóre získáme sečtením bodů u jednotlivých položek. Při celkovém počtu bodů 15–29,5 je dítě posuzováno jako neautistické, 30–36,5 je hodnoceno jako mírně až středně autistické a při hodnotách 37–60 patří do kategorie silně autistické.

Zdroj: Jelínková, 2001



## Příloha B – Diagnostická kritéria MKN-10 pro Dětský autismus (F84,0)

<p>A. Abnormální nebo narušený vývoj je patrný před věkem tří let, a to nejméně v jedné z následujících oblastí:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) receptivní nebo expresivní řeč užívaná v sociální komunikaci;</li><li>2) vývoj selektivních sociálních vazeb nebo reciproční sociální interakce;</li><li>3) funkční nebo symbolická hra.</li></ol>
<p>B. Celkem musí být přítomno nejméně šest symptomů, uvedených pod bodem 1), 2) a 3), přičemž nejméně dva z bodu 1) a nejméně jeden jak z bodu 2), tak z bodu 3):</p>
<p>1) Kvalitativní abnormality v reciproční sociální interakci se projevují nejméně ve dvou ze čtyř následujících oblastí: neschopnost přiměřeně užívat pohledu z očí do očí výrazu tváře postoje těla a gest k sociální interakci;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• neschopnost rozvíjet (způsobem přiměřeným mentálnímu věku a navzdory hojným příležitostem) vztahy s vrstevníky, které se týkají vzájemného sdílení zájmů, aktivit a emocí;</li><li>• nedostatek sociálně emoční reciprocity, což se projevuje narušením nebo deviantní reakcí na emoce jiných lidí, nedostatečné přizpůsobování chování sociálnímu kontextu nebo slabá integrace sociálního, emočního a komunikativního chování;</li><li>• chybí spontánní snaha o zábavu, zájmy nebo aktivity s jinými lidmi</li><li>• (např. ukazovat, přenášet předměty zájmu jiným lidem nebo na ně upozorňovat).</li></ul>
<p>2) Kvalitativní abnormality v komunikaci jsou zřejmé alespoň v jedné z následujících oblastí:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• rozvoj mluvené řeči je opožděn nebo úplně chybí a není snaha tento nedostatek kompenzovat používáním gest nebo výrazem tváře jako alternativního způsobu komunikace (často chybí předcházející komunikativní žvatlání);</li><li>• relativní neschopnost začít nebo udržet konverzaci (ať už je schopnost řeči na jakékoli úrovni), kde je třeba recipročně reagovat na komunikaci jiné osoby;</li><li>• stereotypní a opakující se používání jazyka nebo idiosyntaktické užívání slov nebo frází;</li><li>• nedostatek různých spontánních her „jakoby“ nebo (v mládí) společenských her.</li></ul>
<p>3) Omezené, opakující se a stereotypní vzorce chování, zájmů a aktivit se projevují alespoň v jedné z následujících oblastí:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• stálé zabývání se jedním nebo více stereotypními a omezenými zájmy, které jsou abnormální co do obsahu nebo zaměření, nebo jedním nebo více zájmy, které jsou abnormální ve své intenzitě a přesně vymezeném druhu, i když ne v obsahu a zaměření;</li><li>• zdánlivě kompulzivní lpění na specifických, nefunkčních rutinách</li><li>• nebo rituálech;</li><li>• stereotypní a opakující se motorické manýry, které zahrnují buď poklepávání, nebo kroucení rukama nebo prsty, anebo komplexní pohyby celého těla;</li><li>• zájem o části předmětů nebo nefunkční části hraček (jako je např. vůně, omak, hluk nebo vibrace, které vytvářejí).</li></ul>
<p>C. Klinický obraz nelze přičíst jiným pervazivním vývojovým poruchám: specifické vývojové poruše repetitivním řeči (F80,2), se sekundárními sociálně emočními problémy, reaktivní poruše vztahů (F94,1) nebo desinhibičnímu typu náklonnosti (F94,2), mentální retardaci (F70-F72), s některou přidruženou poruchou emocí nebo chování, schizofrenií (F20-) s neobvykle časným vznikem a Rettově syndromu (F84,2).</p>

Zdroj: Hrdlička, online, cit. 2018-11-11

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Lenka Stibůrková

**Obor:** Speciální pedagogika – vychovatelství

**Forma studia:** kombinovaná

**Název práce:** Zásady a principy práce s žáky s dětským autismem

**Rok:** 2019

**Počet stran textu bez příloh:** 41

**Celkový počet stran příloh:** 3

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 25

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 3

**Vedoucí práce:** PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.