

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO

Bakalářské kombinované studium

2010 - 2013

Bakalářská práce

Lucie Šechalová

Vývojová specifika učení předškolního věku s poruchami autistického spektra

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Iva Duksová

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Combined Studies

2010 – 2013

BACHELOR THESIS

Lucie Šechalová

Developmental specificity in preschool children with autism spectrum  
disorders

Prague 2013

The bachelor:  
Mgr. Iva Duksová

## Prohlášení

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

Souhlasím s prezentováním zprístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno a příjmení autorky

Pod kování

Chtěla bych podkovat vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Ivě Duksové za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této bakalářské práce.

#### Anotace:

Práce popisuje vývojová specifika u dětí předškolního věku s poruchami autistického spektra. V teoretické části jsou popsány jednotlivé poruchy autistického spektra, jejich definice, příčiny vzniku, diagnostika, včetně terapie a souvislosti s poruchami autistického spektra. V praktické části jsou uvedeny dvě kazuistiky předškolních dětí s diagnostickým a atypickým autismem. Práce obsahuje také přílohy.

#### Klíčová slova:

Aspergerův syndrom, autismus, definice, diagnostický autismus, diagnostika, kazuistika, legislativa, pervazivní vývojové poruchy, poruchy autistického spektra, předškolní věk, terapie, třída postižených, vzdělávání.

**Annotation:**

The thesis describes specific in development of pre – school children with autism disorder. Different types of disorders are described in the theoretical part of this work, together reasons of origin, diagnostic, therapy and treatment of children suffering from the autism with definitions. Practical part includes two casuistics of pre – school children with typice autism diagnoses.

The work is accompanied by two attachements.

**Key words:**

Asperg syndrome, Autism, Autism spektra disorder, casuisty, definition, diagnostic, education, children, children autism, legislation, pervasive developmental disorders, pre – school age, therapy, triad of impairments.

## OBSAH

ÚVOD .....	8
1 Poruchy autistického spektra, vymezení pojm .....	10
1.1 Definice jednotlivých poruch autistického spektra .....	12
1.1.1 D tský autismus .....	12
1.1.2 Atypický autismus .....	13
1.1.3 Asperger v syndrom .....	13
1.1.4 D tská dezintegra ní porucha .....	16
1.1.5 Jiné pervazivní vývojové poruchy .....	17
1.1.6 Hyperaktivní poruchy .....	17
1.2 Triáda problémových oblastí u d tí s poruchami autistického spektra ...	20
1.2.1 Porucha sociální interakce a sociálního chování .....	20
1.2.2 Porucha komunikace .....	25
1.2.3 Porucha p edstavivosti, oblast hry a zájm .....	28
1.3 Nespecifické variabilní rysy u poruch autistického spektra .....	29
1.3.1 Percep ní poruchy .....	29
1.3.2 Motorický vývoj .....	31
2 P í iny vzniku poruch autistického spektra .....	39
2.1.1 Neurofunk ní mechanismy .....	39
2.1.2 Psychologický model postižení .....	40
2.1.3 Genetické faktory .....	40
2.2 Diagnostika poruch autistického spektra .....	41
2.2.1 Specifické diagnostické metody .....	41
2.3 Rodina s autistickým dít em .....	46
2.3.1 Reakce rodi na sd lení diagnózy .....	46
2.4 P ehled sou asné pé e o d tí s poruchami autistického spektra .....	49
2.4.1 Vzd lávání d tí s poruchami autistického spektra .....	49
2.4.2 Sociální podpora státu .....	53
2.4.3 Ob anská sdružení .....	54
2.4.4 Raná pé e .....	54
2.4.5 Léka ská pé e .....	55
2.4.6 Farmakoterapie .....	55
2.5 Intervence u d tí s poruchou autistického spektra .....	57
2.5.1 Zp soby intervence (speciáln vzd lávací programy) .....	57
3 PRAKTICKÁ ÁST .....	61
3.1 Kazuistika I .....	65
3.2 Kazuistika II .....	73
ZÁV R .....	81
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	83
SEZNAM TABULEK .....	86
SEZNAM OBRÁZK .....	86
SEZNAM P ÍLOH .....	86
P ÍLOHY .....	87

## ÚVOD

V České republice stále narůstá počet dětí s poruchami autistického spektra. Novější studie poukazují na vyšší výskyt autismu v populaci, která je v současné době uváděna kolem 1 %. Ročně se manifestuje přibližně u 1000 dětí. Jedná se především o dětský autismus, atypický autismus a Aspergerův syndrom, ostatní formy jsou méně časté.

V České republice žije přibližně 100 000 lidí s poruchami autistického spektra. Pouze malé procento z nich obdrželo v dětství správnou diagnózu. Není-li autismus včas diagnostikován, jsou takto postižení lidé nuceni žít na okraji společnosti.

Autismus způsobuje velké obtíže v každodenním životě postižených lidí. Mnoho dětí s autismem a jejich rodin žije nespokojeným životem. Děti s poruchami autistického spektra se často díky svému zvláštnímu a problémovému chování dostávají do situací, kdy jsou kritizovány a odmítány. Tyto děti ale také touží po uznání a obdivu společnosti, stejně jako zdravé děti, ale vzhledem k jejich postižení v oblasti sociální interakce a komunikace se často jim dávají najevo nevhodným a problémovým chováním. Opakované odmítání a selhávání v nejrůznějších situacích může negativně ovlivnit budoucí život dítěte.

Rodiče dětí s autismem narážejí nejčastěji na kritiku, nepochopení ze strany pedagoga, vychovatele, ale i rodičů zdravých dětí. Děti s autismem jsou hodnoceny jako nevychované a rozmazlené. Kritika společnosti často pramení z neznalosti problematiky poruch autistického spektra. Situaci zhoršuje i to, že postižení autismem není na první pohled viditelné. Rodina s handicapovaným dítětem potřebuje pomoc společnosti při zvládnutí náročných stresových situací. Dostatečná pomoc významně snižuje riziko nepřijetí dítěte v rodině.

Světová zdravotnická organizace a Občanská sdružení zabývající se problematikou poruch autistického spektra společně podporují a zlepšují kvalitu života postižených lidí. Také zajišťují informovanost společnosti o problémech lidí s poruchami autistického spektra.



Cílem této práce je popsat vývojová specifika u dětí předškolního věku s poruchami autistického spektra. Dále jsou zde popsány jednotlivé poruchy autistického spektra, jejich definice, příčiny vzniku, diagnostika, včetně pohledu související s poruchami autistického spektra. V praktické části jsou uvedeny dvě kazuistiky dětí předškolního věku s poruchami autistického spektra. V první kazuistice je uveden příklad chlapce s diagnostickým autismem, který je druhým rokem vzdáván v mateřské škole běžného typu. V druhé kazuistice je uveden příklad chlapce s atypickým autismem, který je posledním rokem vzdáván v mateřské škole, která pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami.

# 1 Poruchy autistického spektra, vymezení pojmů

„Pervazivní vývojové poruchy se řadí mezi závažné poruchy duševního mentálního vývoje. Slovo pervazivní znamená vše pronikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech. V důsledku vrozeného poškození mozkových funkcí, které dítěti umožňují komunikaci, sociální interakci, fantazii a kreativitu, dochází k tomu, že dítě nedokáže vyhodnocovat informace stejným způsobem jako dítě stejné mentální úrovně.“ (ADILOVÁ, 2007, s. 12) Chování dítěte je výrazně odlišné a působí v životě dítěte komplikací například v kontaktu s rodinou, vrstevníky (Thorová, 2006). Jde o závažné poruchy, které výrazně znesnadňují vzdělávání dítěte a později i začlenění do společnosti (Nývltová, 2010).

V sedmdesátých letech vymezila britská lékařka Lorna Wingová čtyři problémové oblasti, které jsou důležité pro stanovení diagnózy poruch autistického spektra a nazvala je triádou poškozených oblastí (Triad of Impairments). Triáda zahrnuje potíže v sociální interakci, komunikaci a představitosti (Thorová, 2006).

Diagnostické systémy MKN – 10 (1992) i DSM – IV (1994) se shodují, že nástup poruch autistického spektra je zjevný před dovršením třetího roku věku. Rodiče bývají často znepokojeni s vývojem dítěte již mezi 12. – 18. měsícem věku (Hrdlička, Komárek, 2004). Diagnostika poruch autistického spektra je velmi obtížná (Adilová et al., 2007). Poruchy se diagnostikují na základě určité sumy symptomů ve specifických oblastech, bez ohledu na přítomnost jiného onemocnění. Symptomy poruch autistického spektra jsou velmi rozmanité a kombinují se v nesčetných variacích. Zahrnují například nízkou úroveň komunikace, rozumovými schopnostmi a emocionální labilitou, tak i dítě s nerovnoměrným profilem symptomů (Thorová, 2006).

„V současné době se v Evropě využívají diagnostická kritéria Světové zdravotnické organizace MKN – 10 (1992) a ve Spojených státech amerických diagnostická kritéria vydávaná Americkou psychiatrickou asociací DSM – IV (1994). Tyto dva klasifikační systémy jsou odlišné v terminologii a ve spektru poruch. Manuál DSM – IV obsahuje méně diagnostických jednotek,

nevyskytují se v něm na rozdíl od MKN – 10 diagnózy Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby ani Atypický autismus.“  
(HRDLÍK A, KOMÁREK, 2004, s. 14)

**Tabulka 1 Terminologické rozdíly**

<b>MKN – 10 (1992)</b>	<b>DSM – IV (1994)</b>
Dětský autismus (F 84,0)	Autistická porucha
Atypický autismus (F 84,1)	Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná
Aspergerův syndrom ( F84,5)	Aspergerova porucha
Jiná desintegrační porucha v dětství ( F 84,3)	Desintegrační porucha v dětství
Rettův syndrom (F 54,2)	Rettova porucha
Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84,4)	-
Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)	Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná
Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84,9)	Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná

Zdroj: M. Hrdlík a, V. Komárek: Dětský autismus, str. 15

## 1.1 Definice jednotlivých poruch autistického spektra

### 1.1.1 Dětský autismus

Z pohledu historického je považován za jádro poruch autistického spektra. Zpravidla se projevuje od mírné až po těžké formy. Poruchou trpí častěji chlapci než dívky. Dětský autismus je často sdružen s jinými dysfunkcemi, které se projevují odlišným chováním (Thorová, 2006).

Odborníci se shodují, že dětský autismus se u dítěte projevuje před tímto rokem života. Již mezi 12. až 18. měsícem se mohou vyskytovat různé abnormality ve vývoji dítěte. Bývá narušena oblast komunikace, sociální interakce a myšlení (Hrdlička, Komárek, 2004). Mezi jednotlivými autistickými dětmi jsou zaznamenány velké individuální rozdíly. Všechny uvedené symptomy nemusí být u daného dítěte přítomny (Nývtová, 2010).

Nástup příznaků je častěji postupný a plíživý. U některých dětí nastává autistická regrese. Děti ztrácejí již získané dovednosti, v oblasti komunikace, sociální interakce a kognitivních schopností. Regrese nastává i u dětí, které nevykazovaly odlišnosti ve vývoji (Thorová, 2006).

Kategorie dětského autismu podle úrovně adaptability:

1. Vysoce funkční autismus. Označuje autistické děti bez přítomnosti mentální retardace (s IQ minimálně 70), a s existencí komunikativní řeči.
2. Středně funkční autismus. Zahrnuje jedince s lehkou nebo středně těžkou mentální retardací, kde je více patrné narušení komunikativní řeči a stereotypií.
3. Nízkofunkční autismus. Těžká a hluboká mentální retardace, kde není rozvinutá použitelná řeč, v symptomatice převládají stereotypní, repetitivní příznaky.

(HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, s. 40)

### 1.1.2 Atypický autismus

Atypický autismus tvoří součást autistického spektra. Tento typ autismu zcela nesplňuje diagnostická kritéria daná pro klasický autismus. Projevuje se sadou specifických sociálních, emocionálních symptomů, které se s autismem shodují. Lidé s Atypickým autismem mají potíže v navazování vztahů a bývají přecitlivělí na různé podněty. Sociální dovednosti bývají méně narušeny, než u lidí s autismem ( Adilová et al., 2007).

### 1.1.3 Asperger v syndrom

„Asperger v syndrom (AS) se řadí mezi poruchy autistického spektra. Pro diagnózu jsou klíčové potíže v komunikaci, sociální interakci a sociálním chování, které jsou v rozporu s celkově dobrým intelektem a s výjimečnými schopnostmi dítěte.“ ( ADILOVÁ, 2007, s. 21)

Kategorie Aspergerova syndromu podle úrovně adaptability:

1. Nízko funkční AS.
2. Vysoce funkční AS.

### Diagnostická kritéria MKN – 10 pro Asperger v syndrom (F84, 5)

1. Kvalitativní narušení sociální interakce.
  2. Omezené, opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity.
  3. Porucha způsobuje klinicky významné poruchy v oblasti sociálního a profesního fungování i v dalších významných životních situacích.
  4. Není opožděný vývoj (opožděný vývoj i nevyhluje diagnózu Aspergerova syndromu).
  5. Kognitivní vývoj (intelekt) je v normě, sebeobslužné dovednosti jsou přiměřené věku, stejně jako adaptivní chování (kromě sociálního) a explorativní chování motivované zvědavostí.
  6. Dyspraxie.
- ( THOROVÁ, 2006, s. 186)

## **Vývojová specifika v e ovém projevu**

Odborníci se shodují, že u v tšiny d tí s AS nedochází k opožd němu a narušenému vývoji e i. Okolo 5 let v ku mluví plynule. e bývá formáln správná. V jejich e ovém projevu se objevují n které nápadnosti, které jsou podmín ě nižší sociální interakcí (Nývltová, 2010).

### **Díl í nápadnosti v e ovém projevu:**

- neschopnost recipro ní sociální interakce,
- používání frází a slov v nevhodném kontextu,
- p í konverzaci odbíhají od tématu, nejsou schopni dialogu,
- hovo í monotónní e í (nem ní výšku hlasu podle významu sd leného),
- absence slov vyjad ující nejistotu a nejednozna ě výrazy,
- tvo ení nových slov,
- trpí samomluvou,
- obtížn jší chápání metafor, p ísloví a humoru, vyslovené výroky chápou doslovn .

(Nývltová, 2010)

### **Zvláštnosti v neverbální komunikaci:**

- omezené používání gest a mimiky,
- neobratná i nevhodná e t la,
- obtíže s o ním kontaktem (vyhýbání, ulpívání, neužívání k interakci a komunikaci),
- omezená schopnost porozum ět mimice a gest m.

( ADILOVÁ et al., 2007, s. 23)

## **Vývojová specifika v intelektových schopnostech**

V odborné literatuře je uvedeno, že děti s lehkou formou AS vykazují průměrné intelektuální schopnosti. Mívají výbornou logicko – matematickou paměť, vizuální myšlení, v oblastech techniky vykazují rozsáhlé znalosti. Dokážou si zapamatovat různé informace z knih, televize, novin. Ve škole mohou patřit k výborným studentům.

V předškolním věku bývají fascinovány různými čísly, grafy, tabulkami. Specifické zájmy se promítají do kreseb dětí. V kresbách se objevují stereotypní prvky, zvláštní náznaky, psaní písmen, číslic a různých seznamů.

Děti s AS nemají dostatečně vyvinutou interpersonální a intrapersonální inteligenci. Bývají egocentrické, nevnímají emoce druhých lidí. Neprojevují zájem o kontakt s vrstevníky. Obtížně chápou nevyslovená pravidla společenského chování a dodržují je na vyslovených pravidlech (Nývltová, 2010).

## **Vývojová specifika v motorickém vývoji**

Thorová udává, že zhruba 50% dětí s AS má problémy s motorickým vývojem (Thorová, 2006). Děti v předškolním věku bývají celkově neobratné. Mají problémy v oblasti jemné i hrubé motoriky. Špatně manipulují s drobnými předměty, obtížně si zavazují tkaničky. V průběhu školní docházky mají problémy se psaním, špatně drží pero, písmo je špatně čitelné. Mívají potíže s míčovými hrami, ve sportovních aktivitách. Špatný motorický vývoj bývá doprovázen výraznou úzkostí. U některých dětí se v období dospívání objevují tiky, rychlé mrkání, neuvdomované grimasování (Nývltová, 2010).

## **Odlišnosti ve hře**

V předškolním věku se náhodové hry vyskytují v menší míře, pokud se vyskytují, bývají modifikovány. V náhodových hrách napodobují různé mechanické stroje a předměty (Nývltová, 2010).

### 1.1.4 Dětská dezintegrační porucha

Dětská dezintegrační porucha byla poprvé popsána v roce 1908 Theodorem Hellerem. Nejříve porucha byla nazývána *dementia infantilis*, později byla přejmenována podle Theodora Hellera na *Hellerův syndrom*. V současné době je porucha zařazena mezi pervazivní vývojové poruchy.

Po období zcela normálního vývoje, nastává úpadek v doposud naučených schopnostech. Podle kritérií NKM – 10 pro *Jinou dezintegrační poruchu v dětství* musí období normálního vývoje trvat minimálně do dvou let veku dítěte. Porucha se nejčastěji vyskytuje mezi druhým a čtvrtým rokem života (Thorová, 2006).

První znaky se objevují náhle nebo plíživě v několika měsících. Dochází k progresivní ztrátě dříve naučených dovedností, především v oblasti motoriky, řeči. Porucha se objevuje desetkrát méně než klasický autismus (Vágnerová, 2004). Porucha vede až k celkové deterioraci intelektu. Prognóza bývá nepříznivá. Dezintegrační porucha je doprovázená mentální retardací (Hrdlička, Komárek, 2004).

Diagnostická kritéria pro dezintegrační poruchu v dětství podle oficiálních klasifikačních systémů MKN – 10 a DSM –IV se prakticky neliší.

1. Jednoznačně normální vývoj nejméně dva roky. Neverbální i verbální komunikace, sociální vztahy, hra a adaptivní chování odpovídají normě.
2. Klinicky signifikantní ztráta již jednou získaných dovedností alespoň ve dvou z uvedených oblastí:
  - expresivní nebo receptivní jazyk,
  - sociální dovednosti,
  - ztráta kontroly močení a stolice,
  - hra,
  - motorické dovednosti.



3. Funkční abnormality pozorované alespoň ve dvou z uvedených oblastí:
  - kvalitativní poškození sociální interakce,
  - kvalitativní poškození komunikace,
  - omezené opakující se vzorce chování, zájmů a aktivit včetně stereotypních pohybů a manýr.
4. Diagnostická kritéria jiné specifické pervazivní vývojové poruchy nebo schizofrenie nevyhovující lépe.  
(ADILOVÁ et al., 2007, s. 24)

### **1.1.5 Jiné pervazivní vývojové poruchy**

Diagnostická kritéria pro „Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)“ zahrnují do této kategorie tyto typy dětí:

1. Děti s narušenou komunikací, sociální interakcí. Tato kategorie zahrnuje děti, které neodpovídají diagnóze autismu nebo atypickému autismu.
2. Děti s narušenou oblastí představitosti. Potíže s představitostí mají negativní vliv na kvalitu komunikace a sociální interakce. Tato kategorie zahrnuje děti, které vykazují minimum znaků typických pro autismus.

(Thorová, 2006)

### **1.1.6 Hyperaktivní poruchy**

Porucha sdružená s mentální retardací, hyperaktivním syndromem a stereotypními pohyby bez sociálního narušení autistického typu (Hrdlička, Komárek, 2004).

## Rett v syndrom

Syndrom doprovázený ztrátou kognitivních schopností, úelných schopností rukou a poruchou koordinací pohyb .

V roce 1966 byl syndrom poprvé objeven rakouským neurologem Andreasem Rettem. V roce 1992 byl zaazen do Mezinárodní klasifikace nemocí mezi pervazivní vývojové poruchy (Thorová, 2006).

Vágnerová píše, že Rett v syndrom se vyskytuje pouze u dívek, jeho výskyt je 0,007 % v dív í populaci (Vágnerová, 2004). P í ina syndromu vzniká na genetickém podklad . U chlapc stejná mutace genu vede k t žkému nitrod ložnímu poškození plodu, který nep ežije.

Auto i se shodují v názoru, že porucha vzniká na základ mutace genu MECP 2 na dlouhém raménku X chromozomu, který je podle nejnov jších výzkum odpov dný za 77 – 80 % p ípad vzniku postižení. U menší ásti dívek se nepotvrdí genetická porucha, ale vykazují typické symptomy Rettova syndromu (Thorová, 2006). Osud dívek trpící Rettovým syndromem je nep íznivý. Kon í plnou invaliditou (Nývltová, 2010).

Rett v syndrom, diagnostická kritéria

A Platí pro všechny následující položky:

1. Normální prenatální a perinatální vývoj.
2. Prvních šest m síc normální psychomotorický vývoj.
3. Normální obvod hlavi ky p í narození.

B V období 5 až 48 m síc zaznamenány všechny následující položky:

1. Zpomalení r stu hlavi ky.
2. Ztráta již nau ených volných pohyb rukou doprovázená stereotypními pohyby horních kon etin.
3. S nástupem poruchy ztráta sociálních dovedností, schopnost sociální interakce se vyvíjí pozd ji.
4. Obtíže s koordinací pohyb hrudníku a ch ze.

5. Opoždění a porucha expresivní i receptivní řeči doprovázená těžkou psychomotorickou retardací.

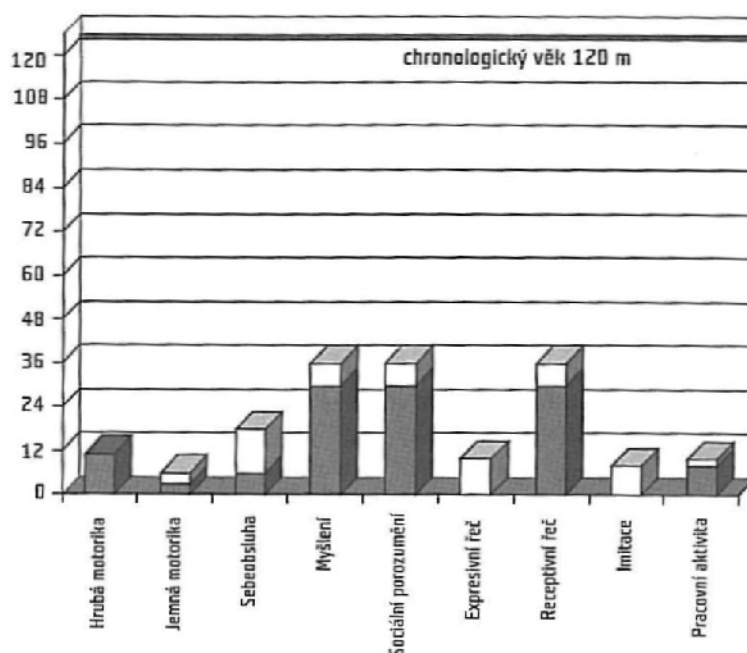
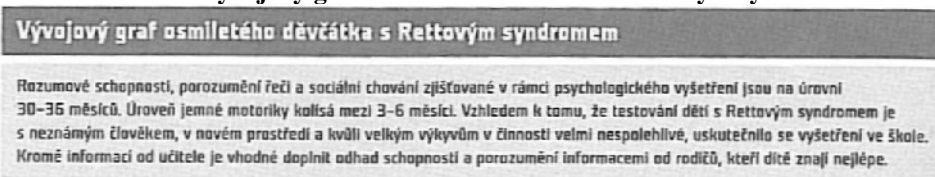
(THOROVÁ, 2006, s. 211)

Vývoj Rettova syndromu je popisován modelem 4 stádií:

1. Stádium částečné stagnace (6. měsíc – 1,5 roku).
2. Rychlá vývojová regrese (objevuje se mezi prvním a druhým rokem a trvá 13 – 19 měsíců).
3. Pseudostacionární stadium se objevuje ve 3 – 4 letech, ale může být opožděno a persistovat mnoho let až desetiletí.
4. Stádium pozdní motorické degenerace se často objevuje ve školním věku nebo v částečné adolescenci.

(Hrdlička, Komárek, 2004)

**Obrázek 1 Vývojový graf osmiletého děvčátka s Rettovým syndromem**



Zdroj: THOROVÁ, K. Poruch autistického spektra. Praha: Portál, 2006. s. 222

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

V odborné literatuře je porucha definována jako hyperaktivní syndrom sdružený s mentální retardací s IQ nižším než 50 a stereotypními pohyby. V adolescenci hyperaktivita bývá nahrazena hypoaktivitou. U této poruchy není obvyklé sociální narušení autistického typu. Porucha je uváděna pouze v klasifikačním systému MKN – 10 (1992), americký diagnostický manuál DSM – IV (1994) tuto poruchu neuznává (Hrdlička, Komárek, 2004).

## **1.2 Triáda problémových oblastí u dětí s poruchami autistického spektra**

Děti s poruchami autistického spektra mají velmi odlišný vývojový profil jako děti sledky schizmatiké osobnosti. Toto schizma se zásadně projevuje v oblasti sociální interakce, komunikace a představitosti (Gillberg, 1995).

### **1.2.1 Porucha sociální interakce a sociálního chování**

„Porozumění záměrem a cílenému chování jiných osob je základem sociálních interakcí.“ (BEYER, 2006, s. 31)

Vývoj sociálního chování lze u zdravých dětí pozorovat od prvních dnů života. Sociální úsměv, broukání a oční kontakt se s postupným vývojem dítěte upevňují (Thorová, 2006). Zdravé děti obvykle zkoumají a vytvářejí si svůj svět v rovině fyzické a sociální. U dětí s poruchami autistického spektra podněty procházejí pouze fyzickým vstupem. Tyto děti si sociální aspekty vysvětlují jen velmi omezeně (Beyer, 2006). Sociální intelekt je oproti mentálnímu schopnostem dětí s poruchami autistického spektra v nesouladu.

Lorna Wingová v roce 1979 popsal tři typy sociální interakce u dětí s poruchami autistického spektra, a to typ pasivní, osamělý, aktivní – zvláštní. Později přidala ještě typ tvrdý, formální. Typy sociální interakce se uvádějí v diagnostických závěrech (Thorová, 2006).

## **Kategorizace PAS podle považujícího typu sociálního chování:**

### **Typ osamělé sociální interakce**

Projevuje malý zájem o druhé osoby a společenskou činnost, hraje si nebo tráví čas nejraději o samotě, v tšinou lidí ignoruje. Velmi málo nebo vůbec nereaguje na snahu druhého člověka, který se snaží navázat kontakt. V blízkým osobám může, ale i nemusí uplatňovat nejzákladnější sociální dovednosti, jako jsou sociální úsměv, fyzický kontakt, radost ze shledání a vzájemný pohled do očí.

### **Typ pasivní sociální interakce**

K lidem přistupuje pasivně, kontakt bývá spíše krátkodobý, málo bohatý. Vůbec se nesnaží aktivně navázat sociální kontakt s vrstevníky. Obvykle chybí vyšší sociální dovednosti, jako jsou poskytnutí útechy, prosba o pomoc, snaha spontánně rozvíjet společnou hru či aktivitu. Obvykle nechápe jednoduchá pravidla sociální interakce.

### **Typ aktivní (zvláštní) sociální interakce**

Kontakt navazuje aktivně, ale nepřiměřeně, nebere ohled na druhé, provokuje, nedokáže odhadnout sociální normu, lpe na určitých tématech hovoru, klade nevhodné otázky. Překračuje sociální normu, navazuje příliš osobní a zvláštní kontakt i se zcela neznámými lidmi.

### **Typ formální sociální interakce**

Nechápe jemné rozdíly společenského styku, snaží se o nápodobu ostatních, chování ale př sobě zvláštní. Chybí sociální intuice. Nedokáže využít empatii ke vhodnému sociálnímu chování. Lpe i zcela nevhodně na dodržování určitých pravidel chování, která si osvojil. Není flexibilní, nedokáže přizpůsobit své chování změně sociální situace a kontextu.

( ADILOVÁ et al., 2007, s. 14)

## **Problémové oblasti v sociální interakci**

Thorová ve své knize uvádí, že v tšina d tí s poruchami autistického spektra má základní sociáln emo ní schopnosti v í rodi m zachovány. Výrazné obtíže vykazují v navazování vztah s vrstevníky, rigidit myšlení, malé schopnosti porozum t metakomunikaci (Thorová, 2006).

## **Napodobování**

B hem normálního d tského vývoje dochází k p írozenému rozvoji napodobování. Napodobování se s každým m sícem vývoje stává složit jší a komplexn jší. D ti se u í nápodobou lidí ve svém okolí.

Thorová k problematice uvádí: „v rané imita ní innosti selhává 50 % d tí s d tským autismem a 37 % d tí s atypickým autismem nebo Aspergerovým syndromem.“ (THOROVÁ, 2006, s. 80) D ti mají potíže se spontánní nápodobou dosp lých, vrstevník . Každodenní innosti, které dít pozoruje u svých blízkých, neumí zakomponovat do hry ( adilová et al., 2007).

## **Sdílení pozornosti**

Od prvního do osmnáctého m síce v ku dít te dochází k postupnému vývoji sdílení pozornosti. „Schopnost udržet vzájemný kontakt se dále vyvíjí do schopnosti sledovat sm r pohledu. Ukazování kombinované se schopností sledovat sm r pohledu se vyvine do schopnosti deklarativního ukazování, které vyjad uje zájem.“(THOROVÁ, 2006, s. 82)

### **ty i stádia vývoje sdílení pozornosti:**

1. Schopnost udržet o ní kontakt.
  2. Sledování sm ru pohledu.
  3. Imperativní ukazování.
  4. Deklarativní ukazování.
- (Thorová, 2006)

## 1. Schopnost udržet o ní kontakt

Bylo prokázáno, že zájem o o ní kontakt projevují děti již několik hodin po narození, schopnost udržet o ní kontakt se upevňuje během těchto měsíců života.

Z výsledku výzkumu vyplývá, že zhruba 40 % rodičů nezaznamenalo u dětí s PAS v schopnosti udržet o ní kontakt v prvních měsících života žádné obtíže (Thorová, 2006).

## 2. Sledování směrů pohledu

Schopnost sledovat směr pohledu ke vzdálenějším předmětům se u dětí rozvíjí v devátém měsíci života. Teprve v 18 měsících jsou děti schopny sledovat předmět mimo vlastní zorné pole.

Thorová k problematice dále uvádí, že vývoj sledování směrů pohledu má významný význam pro rozvoj vyšších sociálních dovedností. „Schopnost sledovat směr pohledu mezi 6. a 16. měsícem koreluje s porozuměním eji mezi 12. a 20. měsícem života.“ (THOROVÁ, 2006, s. 83)

Vývoj schopnosti sledování směrů o ního pohledu:

- A. Senzitivita na zorné pole (6. měsíc).
- B. Ekologické stádium (9 měsíc).
- C. Geometrické stádium (12 měsíc).
- D. Reprezentační stádium (18 měsíc).

(Thorová, 2006)

## 3. Imperativní ukazování

Imperativní ukazování se objevuje u dítěte okolo desátého měsíce života. Jedná se o komunikační gesto, kterým dítě vyjadřuje touhu po určitém předmětu. Imperativní ukazování je spojeno se sociálním chováním. V oblasti

zdravého dítěte se vyskytují emoce ze získání požadovaného předmětu. Děti s poruchami autistického spektra reagují slabým sociálním chováním (Thorová, 2006).

#### 4. Deklarativní ukazování

Pořádky deklarativního ukazování se objevují u dětí okolo dvanáctého měsíce života. Deklarativní ukazování navazuje na zvládnuté imperativní ukazování a na dovednost zrakové sdílené pozornosti.

Bylo zjištěno, že děti s PAS při deklarativním ukazováním reagují slabým sociálním chováním. Obtížně navazují o ní kontakt, omezeně projevují emoce (Thorová, 2006).

#### **Sluchové sdílení pozornosti**

V odborné literatuře je uvedeno, že schopnost vnímání lidské řeči se u dětí objevuje již prvními hodinami po porodu. Novorozenec je schopen navázat krátkodobý zrakový kontakt, rozpoznat matku, otáčet hlavu za příjemnými zvuky. Okolo 10. měsíce nastává stádium porozumění řeči. Zdravé dítě spojuje zvuky s vjemem nebo představou konkrétní situace (Klentová, 2006). S postupujícím věkem se sluchové sdílení pozornosti stává složitější a komplexnější.

Děti s poruchami autistického spektra vykazují obtíže v schopnosti sdílené pozornosti (Thorová, 2006). Raný dialog (sdílená pozornost) nejprve předchází rozvoji představitivosti. Proto základní problémy dětí s poruchami autistického spektra se vyskytují v sociální reciprocitě, komunikaci a představitivosti (Beyer, 2006).

#### **Vývoj vztahů s vrstevníky**

Vztahy s vrstevníky jsou důležitě v sociálním prostředí dítěte. V těchto vztazích se sociální reaktivita vyvíjí plynule (Thorová, 2006). Kolem čtvrtého



roku nastává období vývojové emancipace, dítě se odpoutává od matky a projevuje v ní zájem o vrstevníky. (Novotná et al., 2004). V předškolním období se dítě učí fungovat ve skupině podle pravidel. Províjí si schopnost spolupracovat, pomáhat a řešit první konflikty. Při společných hrách s vrstevníky dochází k osvojování sociálních rolí. Přátelství zahrnuje prvek vzájemné potěbnosti. Na konci předškolního věku se dítě již orientuje v sociálních pravidlech ve skupině vrstevníků (Thorová, 2006).

V předškolním věku bývá u dítěte s poruchami autistického spektra abnormální vývoj v oblasti sociálních vztahů s vrstevníky zcela zjevný. Dítě neprojevuje zájem o vrstevníky. V raném předškolním věku se u ně kterých dětí s PAS objeví určitý zájem o kontakt s vrstevníky. Na konci předškolního věku se však vztah těchto dětí o kontakt s vrstevníky vyvíjí nepříjemně (Gillberg, 2003). Ně které děti mají problémy s uznáváním autorit doma i ve škole, nechtějí se podívat požadavkům a zájmům školního kolektivu. Z důvodu neznalosti sociálně přijatelného chování a poutání pozornosti dochází k nevhodným způsobům navazování kontaktu s vrstevníky. Bývají ostatními dětmi odmítány pro svou sníženou schopnost empatie, neschopnost naslouchat druhým. Ostatním dětem vadí jejich nevyzpytatelnost, nepředvídatelnost v chování. Vlivem problémů v sociální komunikaci dochází k častým konfliktům mezi dětmi i dospělými (Jucovičová, 2005).

### 1.2.2 Porucha komunikace

„Jedlovk je tvor společenský, je schopen s ostatními lidmi komunikovat. Různé formy dorozumívání a sdělování potěbuje každá živá bytost.“ (KLENTOVÁ, 2006, s. 25)

„Předškolní děti využívají různé formy projevu jako prostředku komunikace a vyjádření. Tato oblast zahrnuje projev tělesný, hudební, verbální (slovní), výtvarný, například předstupy psané e i a formy symbolického vyjádření, které je možno chápat jako vývojové předchůdky matematického vyjádření.“ (LACINOVÁ et al., 1995, s. 19)

U dětí s poruchami autistického spektra se v e ovém vývoji vyskytují typické příznaky kvalitativního poškození v oblasti verbální i neverbální

komunikace. Opožděný vývoj e i bývá velmi často první příčinou znepokojení udávanou rodiči (Hrdlička, Komárek, 2004).

### **Oblast verbální komunikace**

V odborné literatuře je uvedeno, že zhruba 50 % dětí s poruchami autistického spektra si nevytvoří použitelný jazyk a zůstává tak z praktického hlediska němá. (Gillberg, 2003). Beyer říká: „U těchto dětí to může být dáno nedostatečným pochopením funkce a možností komunikace. Příčinou může být také nižší vývojová úroveň nebo specifická vývojová porucha typu dysfázie.“ (BEYER, 2006, s. 25)

Poruchy e i mají výrazně negativní vliv i na školní práci (čtení a psaní). Vyskytují se poruchy tvorby pojmů, specifické asimilace a také bývá omezen jazykový cit (Jucovičová, 2005).

### **Abnormality v oblasti verbální komunikace:**

- Echolálie bezprostřední bez komunikačního významu.
- Efekt posledního slova (forma nefunkční bezprostřední echolálie).
- Echolálie bezprostřední s komunikačním významem.
- Semiecholalie, zájmena a rod.
- Frazologismy.
- Nepřímý, aktivní – zvláštní kontakt.
- Verbální provokace s agresivním, destruktivním, sociálně nepřijatelným obsahem.
- Literární nepřesnost, neologismy (nová nebo zkomolená slova).
- Verbální rigidita negativistická forma.
- Verbální rituály vlastní.
- Verbální rituály a rigidní způsob vyjádření vyžadované od druhých.
- Únikové chování.
- Pravdomluvnost – netaktnost.
- Komunikační egocentrismus. (THOROVÁ, 2006, s. 112)

## **Oblast neverbální komunikace**

Stejně jako oblast verbální komunikace, bývá postižena i neverbální složka komunikace, která ještě více stěžuje děťátko (Hrdlička, Komárek, 2004). Děťátka s poruchami autistického spektra je těžké z výrazu neverbální komunikace porozumět požadavkům druhých lidí. Nechápejí komplexnější pravidla neverbální komunikace (Thorová, 2006).

## **Abnormality v oblasti neverbální komunikace:**

### **Gesta**

Pohyb hlavy a poloha těla při komunikaci je abnormální. Děťátko se staví příliš blízko k ostatním, nebo naopak komunikuje bez dotyku (Thorová, 2006).

### **Oční kontakt**

Běžný je špatný a méně kvalitní oční kontakt. Děťátka s PAS málo koordinují gesta s očním kontaktem, nesledují směr pohledu druhé osoby, nesdílejí společný zájem (Čadilová et al., 2007).

### **Mimika**

Mimika obličeje bývá plochá, která neinformuje o emocionálním prožívání dítěte. Gestikulace nebývá patrná (Hrdlička, Komárek, 2004).

### **Fyzická manipulace**

Děťátka s PAS neukazují na předměty, které chtějí získat. Využívají fyzické manipulace dospělých jako nástroje (Thorová, 2006).

### **Problémové chování**

Děťátka s PAS často využívají problémové chování jako formu komunikace. Problémovým chováním dítě získává pozornost a vyjadřuje své základní pocity (Thorová, 2006).

### 1.2.3 Porucha představitelství, oblast hry a zájem

Hra je důležitou součástí předškolních dětí, které ji potřebují z hlediska psychologického pro svůj duševní rozvoj a rovnováhu. Hra je spontánním prostředkem vyjádření a učení se (Lacinová et al., 1995). Představitelstvím hry se rozvíjí všechny psychické funkce (fantazie, komunikační schopnosti, paměť). Zatímco v batolecím věku převládaly paralelní hry, předškolák se v ní společným hráním s vrstevníky (Novotná et al., 2004).

Děti s poruchami autistického spektra se od zdravých dětí liší deficitem ve schopnosti si hrát. Narušená schopnost představitelství způsobuje, že se u dětí s poruchami autistického spektra nerozvíjí hra (Hrdlička, Komárek, 2004).

Tyto děti využívají různé předem ty v stereotypní hře, postrádají herní zkušenosti, které zdravé děti získají v raném věku. Jejich hra je definována jako mechanická, bez prozračeného zájmu objevovat svět. Předstíraná hra se objevuje jen velmi málo a je obvykle zaměřena jen na jednu oblast zájmu, které dítě v ní je všechen svůj volný čas (Beyer, 2006).

#### **Výskyt abnormálních projevů ve hře dětí s poruchami autistického spektra:**

- stereotypní chování a projevy,
- extrémní myšlenkové zaujetí tématu nebo činnosti,
- nefunkční zacházení s hračkami nebo předem ty (houpání, pesívání, točení, házení),
- nesprávná manipulace s drobnými předem ty,
- stereotypní stavění předem ty do řad, ornamentů,
- malý zájem o běžné hračky a hračky znázorňující živé tvory,
- fascinace texty, zvuky, točivými se předem ty,
- zcela chybí oblast nápodoby dospělých a tzv. nápodobná hra (pokud se vyskytuje, bývá výrazně modifikována).

(Thorová, 2006)

## **Neobvyklé zájmy**

V odborné literatuře je uvedeno, že u většiny dětí s poruchami autistického spektra je typický omezený repertoár vzorců chování a zájmů. Postižené děti svým zájmem vylučují všechny ostatní zájmy.

Stereotypy v oblasti zájmů se často objevují po čtvrtém roce života a jsou typická pro děti s AS, i když se vyskytují v celém spektru autistického postižení. Děti projevují zájem o různé vizuální nebo auditivní předměty. Odlišnosti v zájmech se promítají do kresběného, komunikačního projevu dětí. (Gillberg, 1995)

## **1.3 Nespecifické variabilní rysy u poruch autistického spektra**

Nespecifické variabilní rysy se přímo netýkají diagnostické triády oblastí poruch autistického spektra, ale velmi často se u dětí s poruchami autistického spektra objevují (Thorová, 2006).

### **1.3.1 Percepční poruchy**

Percepční poruchy jsou zahrnuty v americkém diagnostickém manuálu DSM – IV mezi variabilními rysy.

Thorová píše, odlišnosti ve vnímání se týkají všech smyslů a projevují ve smyslu obsese, fascinace, hypersenzitivity, hyposenzitivity a nadměrným vyhledáváním autostimulačních aktivit (Thorová, 2006). U některých dětí s Aspergerovým syndromem se vyskytuje synestazie. Podněty přijaté jedním smyslovým orgánem způsobí reakci v jiném smyslovém orgánu (Nývtová, 2010).

Nezvyklé smyslové projevy se negativně promítají do chování a každodenního života dětí (Thorová, 2006).

### **Po itky – vnímání**

Po itek je vyvolán vnitřními nebo vnějšími podněty. Po itek se nevyskytuje v izolované podobě, ale jen v kombinaci s jinými po itky. Vnímání představuje zkušenost, v raném věku dítěte prozkoumává svět neustálým ohmatáváním, ocumláváním a dotýkáním. Zná jen identifikovat po itky a zjišťovat jejich konstantnost. Toto učení je nezbytným faktorem pro vnímání (Fürst, 1997).

### **Zrakové vnímání**

V odborné literatuře je uvedeno, že děti s poruchami autistického spektra mívají odlišné zrakové vnímání. Odlišné bývá pozorování různých předmětů, které zkoumají příliš zblízka nebo z různých úhlů. U těchto dětí dochází k nepružnému přeměňování zrakové kontroly, neschopnosti poznávat specifické zrakové podněty. Soustředí se příliš na detail, nevnímají celkový význam předmětů (Thorová, 2006). U dětí se také projevují poruchy pravolevé orientace a orientace v prostoru, děti nerozlišují vlevo nebo jen s obtížemi pravou a levou stranu a ruku, také se špatně orientují v čase.“ (JUCOVÍČOVÁ, 2005, s. 54).

### **Sluchové vnímání**

U dětí s PAS extrémně reagují na běžné zvukové podněty (reagují přehnaně na běžný zvuk nebo na zvukové podněty nereagují vůbec). (Riechman, 2006). Ostré zvukové podněty mohou u těchto dětí navazovat pocit bolesti a spustit stresovou reakci (Nývtová, 2010). Projevují se i výpadky v oblasti sluchové paměti. Děti mají problém zapamatovat ústní výklad (Jucovičová, 2005).

### **Chutňové vnímání**

Mnohé děti s poruchami autistického spektra jsou extrémně vybíravé v jídle nebo naopak nemají zábrany konzumovat nestravitelné předměty (Thorová, 2006).

### **ichové vnímání**

Zhruba polovina dětí s poruchami autistického spektra jsou nadměrně citlivé na různé pachy a vlnění (Thorová, 2006).

### **Vnímání hmatem**

U některých dětí s poruchami autistického spektra se objevují odmítavé reakce na doteky (Adilová et al., 2007), neschopnost vnímat hmatem nebo naopak extrémní fascinace určitými dotykovými podněty (Thorová, 2006).

### **Vestibulární systém**

Některé děti citlivě reagují na změny pohybu a rovnováhy nebo mají potíže při zprosobit polohu těla vykonávané činnosti (Thorová, 2006).

### **Základní vnitřní citlivost**

Základní vnitřní citlivost bývá u dětí s poruchami autistického spektra narušena. Děti špatně vnímají své vnitřní pocity a potřeby (hlad, žízeň, změny teplot, bolest).

Snížení prahu bolesti přispívá k sebepoškozování. Zvýšená citlivost na bolest vyvolává prudkou hysterickou reakci i při běžném nebolestivém ošetření (Thorová, 2006).

### **1.3.2 Motorický vývoj**

V odborné literatuře je uvedeno, že zhruba 50 % dětí s Aspergerovým syndromem a 67 % dětí s vysoce funkčním autismem má problémy s motorickým vývojem (Thorová, 2006).

Novější výzkumy popisují problémy s motorickým vývojem také u dětí s autismem. Tyto děti vykazují různé známky motorické dyspraxie a abnormalit (Hrdlička, Komárek, 2004).

## **Výskyt abnormálních projevů v motorickém vývoji:**

1. Stereotypní pohyby celého těla, stereotypní chování a zvláštní pohyby rukou a prstů.
2. Stereotypní chování způsobující sebepoškozování.
3. Motorické tiky.

### **Stereotypní pohyby celého těla, stereotypní chování a zvláštní pohyby rukou a prstů**

Opakující se stereotypní chování se objevuje u dětí v raném věku a přetrvává do dospělosti. Nejčastěji se jedná o kroutivé, tepavé, kmitající pohyby prstů před obličejem, dlouhodobé kývání trupem a celým tělem, přenášení váhy z nohy na nohu, poskakování, běhání do kruhu nebo otáčení kolem své osy.

Stereotypní pohyby se nejčastěji objevují při manipulaci s jinými předměty. Zhoršují se během stresových situací, nervozitě, úzkosti (Thorová, 2006).

### **Stereotypní chování způsobující sebepoškozování**

Stereotypní chování způsobující sebepoškozování se u dětí s poruchami autistického spektra vyskytuje velmi často. Nejvíce se vyskytuje u dětí, kde je autismus doprovázen mentální retardací (Gillberg, 2003).

### **Motorické tiky**

Tikavé poruchy se nejčastěji objevují po pátém roce života. Projevují se opakovanými, neúmyslnými pohyby rukou, ramen, nohou, grimasováním (Nývtová, 2010).

### **Celková pohyblivost**

Poruchy v motorickém vývoji se u dětí s poruchami autistického spektra projevují v oblasti jemné i hrubé motoriky (Adilová, et al., 2007). Děti bývají velmi neohrabané, neobratné (Jucovičová, 2005).



V ch z i se objevuje období, kdy dít chodí po špi kách. Pozm n n je i zp sob b hu (Thorová, 2006). Jejich pohyby jsou nekoordinované, nep esné, problematická bývá souhra horních a dolních kon etin (Jucovi ová, 2005).

### **Vývoj grafomotoriky, kresby**

Úrove grafomotorických dovedností úzce souvisí s vývojem jemné i hrubé motoriky, s úrovní rozumových schopností a s motorickou a senzomotorickou koordinací.

Grafomotorický a kresebný vývoj d tí s poruchami autistického spektra je ovlivn n podle závažnosti postižení v obsahové i formální složce (P inosilová, 2007).

### **Vývoj kresby lze charakterizovat následujícími stádii:**

1. Fáze márání (specificky funk ní stádium). Ve v ku od 1 1/2 až 2 let se objevuje u dít te za átek kreslení. Fáze márání slouží k rozvoji motoriky.
2. Symbolické stádium zpravidla zahrnuje v k od 2 do 5 let. V tomto stádiu se za íná objevovat první kresba lidské postavy, tzv. hlavonožec.
3. Nativní realismus (mezi 5. a 8. rokem). V tomto období d tí zobrazování pod izují vypráv címu momentu. Dít nezobrazuje, co vidí, ale to co zná.
4. Vizuální realismus. V tomto období dosahuje dít novou formu kresebných konstrukcí. Vznikají kresby, které jsou p edem plánovány. Ve v ku kolem 11 let se vyvíjí cit pro perspektivu, proporci a míru.

(Fürst, 1997)

### **Charakteristiky a možnosti grafomotorického vývoje u d tí s poruchami autistického spektra**

1. Stereotypní kresba postavy, které chybí detaily nebo ur íté ásti, v kresb se objevují stereotypní znaky.

2. Nadpr m rné malí ské schopnosti dít te (trojrozm rné zachycení tématu v p edškolním v ku).
3. Podpr m rné malí ské schopnosti. O kresbu dít neprojevuje zájem, výkon se omezuje na áranice nebo grafické prvky.
4. Kresby bez nám tu. Kresba s nám tem, obsahuje stereotypní znaky.
5. Odpor k p edem zadaným témat m. Mnohonásobné opakování tématu. Dít si vybírá zvláštní nám ty, podle jeho specifických zájm . V kresb se objevují písmena, íslice, znaky, plány, mapy.
6. Náhlé nebo postupné zhoršení dít te v kresb .
7. Po nástupu dít te do školy se objevuje dysgrafie, dysortografie.
8. Zhoršená ítelnost rukopisu a úprava sešitu se mohou s postupujícím v kem zhoršovat.

(Thorová, 2006)

### **Emo ní reaktivita**

Odborníci se shodují v názoru, že u p edškolních d tí s poruchami autistického spektra je více nápadná chudá emo ní reaktivita. N které d tí projevují emoce jen velmi omezen . Frustraní tolerance bývá u t chto d tí extrémn nízká. D tí reagují emo ním výbuchem i na b žné situace, jako je vyrušení od innosti, požadavek spolupráce. Afektivní labilita vede k rychlému st ídání nálad. St ídají se záchvaty smíchu, plá e, vzteku. Záchvaty vzteku bývají spojené s agresí (Thorová, 2006). „D tí s touto poruchou trpí také výkyvy ve výkonnosti, které souvisí s výkyvy nálad, zvýšenou afektivitou, unavitelností a s kolísáním schopnosti koncentrace pozornosti.“ (JUCOVÍ OVÁ, 2005, s. 32)

### **Úzkost**

Bylo zjišt no, že u starších d tí s PAS se vyskytuje ast ji deprese, rozmrzelost, tenze, sebelítost, staženost. Obvi ování okolí, nadm rná podez ívavost až paranoia ( adilová et al, 2007).

U dospívajících d tí s Aspergerovým syndromem se mohou objevit p íznaky n kterých psychických poruch. Nej ast ji to bývají poruchy

pozornosti, Tourett v syndrom, tikavé poruchy motorické i vokální, poruchy chování (Nývtová, 2010). U těchto dětí často dochází k sebevražedným pokusům, za kterými stojí nedostatečně rozvinuté sociální a komunikační dovednosti (Thorová, 2006).

### **Adaptabilita**

V odborných publikacích je uvedeno, že adaptabilita je u dětí s PAS vzhledem k charakteru deficitu porušena. Stupeň poškození je ovlivněn úrovní intelektu, komunikačními schopnostmi, emoční reaktivitou dítěte a dalšími faktory. Toto poškození určuje míru schopnosti dítěte fungovat a přizpůsobovat se změnám v běžných sociálních situacích (Thorová, 2006).

Potíže s adaptací se projevují zpravidla:

1. Při vstupu dítěte do mateřské a základní školy. Dítě se obtížně přizpůsobuje a dlouho si zvyká na režim školy. Vykazuje obtíže obstat ve škole (Adilová et al., 2007).
2. Při jakémkoliv změně v denním programu. Dítě s PAS si snaží zajistit předvídatelnost, má obtíže s chováním nebo je vystresované při jakémkoliv změně nebo v nové situaci (Adilová et al., 2006).
3. Při stídání činností, nedodržení denních rituálů. Děti s PAS lpí na dodržování řádu, vyžadují dodržování posloupnosti činností. Upřednostují neměnnost v prostředí, v oblékání, při činnostech (Adilová et al., 2006).
4. Při přerušení fixace na určitou osobu (matku, pedagoga, asistenta pedagoga). (Thorová, 2006)

## **Úroveň adaptability je spojena s úrovní intelektu:**

1. Vysoká – průměrné nebo nadprůměrné intelektové schopnosti (inteligenční koeficient 90 – 119).
  2. Střední – lehká mentální retardace (inteligenční koeficient 50 – 69), středně těžká mentální retardace (inteligenční koeficient 35 – 49).
  3. Nízká – těžká mentální retardace (inteligenční koeficient 20 – 35).
- (Hrdlička, Komárek, 2004)

## **Myšlení**

Myšlení předškolního dítěte se neřídí logickými pravidly a je spjata s imaginací (víra v pohádkové bytosti). Myšlení předškoláka je egocentrické (dítě předpokládá, že druzí vnímají a chápou jevy jako on). V tomto období vrcholí dětská fantazie. Projevuje se nejen při hrách, ale také v konfabulaci, animismu (oživování neživých předmětů). (Novotná et al., 2004).

Adilová píše, že mnoho dětí s autismem má problémy s myšlením a plánováním. Obtížná a dlouho se učí novým věcem, v období školní docházky mají problémy s učním. U těchto dětí je schopnost plánování aktivit a organizace činnosti na velmi slabé úrovni (Adilová, 2007).

## **Problémy v chování**

„Autismus je provázen problémy v chování (výbuchy vzteku, agrese, sebezrazení), které jsou snahou postiženého zajistit si bezpečí ve zmatku okolního světa, je to obrana a únik z nesnesitelné tísně, kterou jim můžeme způsobit jakákoliv změna.“ (*Autismus*, Obanské sdružení AUTISTIK, 1996)

Frekvence výskytu problémového chování se odvíjí od celkové tíže symptomatiky, charakterových vlastností dítěte, rodičovském a terapeutickém přístupu (Hrdlička, Komárek 2004).

ada problém s chováním je d sledkem primárních potíží, které d tí s autismem mají, pat í sem:

1. Percep ní a kognitivní deficit (jiný zp sob vnímání a zpracování informací, který vede k opakujícím se vzorc m n kdy velmi bizarního chování).
2. Komunika ní deficit (nedostatek funk ní komunikace u dít te zp sobuje frustraci, která odstartuje problémové chování).
3. Nevhodné prost edí a p ístup (b žné prost edí není p izp sobeno specifik m poruchy a mnohé situace, se kterými se dít setkává, vyvolávají tenzi a následn problémové chování).

(HRDLI KA, KOMÁREK, 2004, str. 87)

Emerson k problematice dále uvádí, že mezi ásté problémové chování pat í agrese, konflikty s ostatními, záchvaty vzteku, onanie na ve ejnosti, výrazná agresivita v í druhým lidem, destruktivní chování, nep izp sobivost, lp ní na dodržování rituál , stereotypní innosti, toulání a sebezra ující chování (Emerson, 2008). Problémové chování je ásto prolínáno se specifickými zájmy d tí s PAS. Krádeže a další trestní iny vznikají na základ kompulzivního charakteru a pojí se s naivitou (Thorová, 2006).

Problémové chování m že významn poškodit zdraví a kvalitu života d tí s handicapem, i t ch, kte í se o n ho starají. D sledky problémového chování ásto p esahují daleko za jeho bezprost ední fyzický dopad. Spole ná reakce lidí v í d tem, u kterých je pozorováno problémové chování, bývá velmi negativistická. D tí s problémovým chování, jsou mnohem ást ji zneužívané a systematicky zanedbávané (Emerson, 2008).

## **Problémy se spánkem a jídlem**

adilová uvádí, že zhruba 50% dětí s PAS má problémy ve fyziologických procesech (spánkem). Mezi nejčastěji vyskytované potíže patří ztížené usínání, somnambulismus, časté noční buzení, noční dýchání a noční mrazy (adilová et al, 2007).

Stereotypie a rituální chování se mohou týkat také stravy. Děti mají tendence k vybióravosti pokrmů, odmítají jídla určité barvy, vlny, konzistence apod. (Thorová, 2006).

## **2 P í iny vzniku poruch autistického spektra**

V decké studie se shodují v názoru, že p í iny poruch autistického spektra nejsou známé, ale je jasné, že se jedná o neurologické poruchy, které se manifestují v chování. Poruchy autistického spektra jsou doprovázeny astými p idruženými syndromy. V sou asné dob byla ur itá poškození a ada biologických odchylek definována (Gillberg, 1995).

### **2.1 Neurobiologické p í iny**

Nejnov jší studie uvád jí, že poruchy autistického spektra vznikají na neurobiologickém podklad . V dci se domnívají, že se jedná o dysfunkci temporáln – frontální oblasti mozku a dysfunkci mozkového kmene.

P í iny vzniku autismu mohou být následek velmi asného poškození vyvíjejícího se mozku, expozicí teratogen p sobící kolem 24 – 26 embryonálního vývoje lov ka. Základní postižení vývoje kmenových struktur m že mít p ímé d sledky na postižení olivárního komplexu a na atypický vývoj serotoninergních systém a také na dozrávání vývojov mladších struktur, jako jsou cerebelární a limbické systémy (Hrdli ka, Komárek, 2004).

#### **2.1.1 Neurofunk ní mechanismy**

Dosud nejúpln jší neurobiologický model postižení zahrnující neurofunk ní aspekty autismu publikoval Waterhouse. Ve své studii rozlišuje ty i základní poruchy limbického systému:

1. Emotivní slepota.
2. Nezájem o sociální vztahy.
3. Jednokanálové vnímání.
4. Unisenzorická hypersenzitivita.

(Hrdli ka, Komárek, 2004)

### 2.1.2 Psychologický model postižení

Psychologické teorie se snaží osvětlit zvláštní chování, vývoj myšlení, komunikace, sociálního chování u dětí s poruchami autistického spektra. Psychologické teorie přitom vycházejí ze svých vlastních východisek a vysvětlují autismus z pohledu neuropsychologie (Hrdlička, Komárek, 2004).

Při zkoumání funkčních odlišností byly definovány tyto základní psychologické teorie:

#### 1. Kognitivní teorie

- Teorie mysli (Baron – Cohen et al., 1985)
- Teorie oslabené centrální koherence (Frith, Shah, 1983, 1989, 1993, Happe, 1994)
- Teorie deficitu exekutivních funkcí (Ozonoff, 1991, Russell, 1997)

#### 2. Emoční teorie

- Teorie intersubjektivní (Hobson, 1989, 1991)

### 2.1.3 Genetické faktory

Novější genealogické studie poukazují na vyšší výskyt poruch autistického spektra v populaci, která je v současné době uváděna kolem 1/2000 až 1/500.

Některé studie uvádějí vyšší výskyt autismu v kombinaci s dědičnými chorobami se známou etiologií. „Jedná se zejména o syndrom fragilního X, tuberkulózní sklerózu, neurofibromatózu a neléčenou fenylketonurii.“ Autismus byl popsán i u jednotlivých poruch metabolismu purinů, Itovy hypomelanózy a syndromu Moebiova, Sotosova, Gofin – Lodyho, Aarskogova a Goldenharova.

Dědičnost postižení autismem v jednotlivých rodinách je nejspíše vyvolána nepříznivou kombinací variant několika genů s menším fenotypovým úinkem.

(HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, s. 132)



## 2.2 Diagnostika poruch autistického spektra

Cílem diagnostického procesu je potvrdit nebo vyvrátit diagnózu poruch autistického spektra. Diagnostiku dítí provádí odborná diagnostická pracoviště na doporučení lékaře pro děti a dorost, odborných lékařů, pedagogů nebo rodičů (APLA ONLINE, 2011, cit. 2012). „Není-li postižení včas diagnostikováno, jsou takto postižení jedinci nuceni žít na okraji společnosti.“ (Autismus, občanské sdružení AUTISTIK, 1996)

Pro správnou diagnostiku poruch autistického spektra je důležité chování dítěte do pěti let věku. Tato včasná diagnóza dokáže odhalit i děti s mírnější formou PAS. Diagnóza v pozdějším věku přináší zvýšená rizika nesprávné diagnózy (Thorová, 2006).

Diagnostika jednotlivých poruch autistického spektra je prováděna na základě všeobecných platných klasifikačních systémů MKN – 10 (1992) a DSM – IV (1994).

Diagnostický proces je zakončen seznámením rodičů s diagnózou jejich dítěte, s názvem a stupněm postižení PAS, prognózou. Následuje doporučení vhodné odborné pomoci a následné efektivní intervence (Hrdlička, Komárek, 2004).

### 2.2.1 Specifické diagnostické metody

1. ADI – Autismus Diagnostic Interview – Revised (Lord, Ruben et al., 1994)
  - o tato metoda je založená na semistrukturovaném rozhovoru s rodiči dítěte s podezřením na PAS. Test je nejvhodnější používat u dětí v předškolním věku.
2. ADOS – Autismus Diagnostic Observation Schedule (Lord et al., 1998)
  - o jedná se o semistrukturované vyšetření při kterém se hodnotí sociální situace. V rámci vyšetření se sledované dítě hodnotí v oblasti komunikace a sociální interakce. Vyšetření je vhodné pro děti, u kterých vzniklo podezření na PAS.

3. A. S. A. S. The Australan Scale for Asperges syndrome  
(Garnát, Attwood, 1995)
  - o Jedná se o diagnostickou metodu pro odhalení Aspergerova syndromu. Metoda se používá u dětí mladšího školního věku.
4. ASSOG – Asperges Syndrome Screeening Guestionnaire  
(Ehlers, Gillberg, 1999)
  - o Screening vhodný pro děti školního věku od 6 do 17 let. Má napomoci v přesném odhalení dětí s AS a vysoce funkčním autismem v základní škole.
5. AG test Kvocient autistického spektra  
(Baron – Gohen, 2001)
  - o Orientační test se využívá při podezření na AS v období adolescence a dospívání v ku.
6. CARS – Childood Autism Rating Scale – škála detického autistického chování (Schopler, Reichler, 1988)
  - o Posuzovací stupnice orientačně určuje stupeň poruchy autistického spektra.
7. CAST – Childhood Asperges Syndrome Test  
(Scott, Baron – Cohen et al., 2002)
  - o Screening určený na přesné odhalování AS na základních školách. Je určen dětem do jedenácti let v ku.
8. HBS – Schedule of Handicaps and Behavior and Skills  
(Wing, Gould, 1978)
  - o Škála hodnotí u dětí s PAS jednotlivé oblasti vývoje, problémové a abnormální chování.

### **Diferenciální diagnostika psychiatrická**

Je nutné diferenciatně odlišit jednotlivé poruchy autistického spektra oproti jiným psychiatrickým poruchám. Diferenciální diagnostika je prováděna podle kritérií MKN 10 (1992) a je založena na souboru anamnestických dat,

citlivém rozlišení jednotlivých symptomů, s využitím specifických diagnostických metod (Hrdlička, Komárek, 2004).

### **Psychiatrická diferenciální diagnostika**

- Mentální retardace.
- Schizofrenie s oněm za átkem.
- Demence v d tství.
- Specifické vývojové poruchy e i a jazyka.
- Efektivní mutismus.
- Sociální úzkostná porucha v d tství.
- Poruchy se stereotypními pohyby.
- Obsedantní – kompulzivní porucha.
- Poruchy se stereotypními pohyby.
- Hyperkinetické poruchy.
- Disharmonický vývoj osobnosti se schizoidními nebo vyhýbavými tendencemi.

(HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, s. 58)

### **Diferenciální diagnostika neurologická**

Novější studie uvádí vyšší výskyt neurologických onemocnění s možnou manifestací poruch autistického spektra. Jedná se zejména o Rettův syndrom, Williamsův – Beurenův syndrom, Downův syndrom, tuberkulózní sklerózu, deficit adenylosukcinátlyázy (ADSL), deficit adenosindeaminázy (ADA).

Komplexní diferenciální diagnostika zahrnuje komplexní vyšetření genetické, psychologické, neurologické a neurovývojové (Hrdlička, Komárek, 2004).

## Psychologická diagnostika

„Psychologický diagnostický postup je kromě patologických procesů zaměřen i na zjištění normálních charakteristik jednotlivých složek osobnosti a zabývá se dále jejich popisem a tím dále.“ (PÍNOSILOVÁ, 2007, s. 12)

Psychologická diagnostika se zaměřuje na stanovení diagnózy (tj. psychického stavu dítěte) podle cíle, kterým má být:

- určení stupně vývoje,
- zjištění případných odchylek vývoje od vkové normy,
- zjištění individuálních zvláštností osobnosti,
- zjištění případných, podstaty a podmínek individuálních odchylek,
- stanovení diagnózy nebo predikce.

(PÍNOSILOVÁ, 2007, s. 12)

## Přehled psychodiagnostických metod

1. Vývojové škály
  - Gesellova vývojová škála (Gesell a Amatruda, 1941, 1947, originální vydání 1980)
  - Škály N. Bayleyové (Bayley, 1983)
2. Testy rozumových schopností
  - McCarthyové škála (McCarthy, 1972)
  - Stanford – Bizetova zkouška, IV. Revize (Thorndike, Hagenová a Satter, 1986)
3. Weschslerovy zkoušky inteligence
  - WISC III. (1996)
  - WAIS – R (revize testu z roku 1981, říjen, Šebek a Vágnerová, 1983)
4. Ravenovy testy
  - Standardní progresivní matice (eské vydání říjen 1977, slovenská standardizace Ferjenčík a Hromý, 1989)
  - Barevná matice (eské vydání v roce 1984)

## **Elektrofyzologie**

Elektrofyzologie používaná v neurologii umožňuje zachytit i preklinická stadia nemocí a sledovat jejich průběh. Z klinického pohledu hraje nejvyšší význam EEG vyšetření, které by mělo být indikováno vždy při podezření na autistický regres.

Základní elektrofyziologické metody (EFM):

1. Elektroencefalografie (EEG).
2. Elektromyografie (EMG).
3. Evokované potenciály (EP):
  - vizuální evokované potenciály (VEP),
  - sluchové kmenové potenciály (BAEP),
  - somatosenzorické (SEP),
  - dlouhotentní kognitivní (ERP).

(Hrdlička, Komárek, 2004)

## **Komplexní lékařské vyšetření**

V zásadě diagnostika poruch autistického spektra je doplněna komplexním lékařským vyšetřením (Thorová, 2006). Odborný lékař na základě vyšetření stanoví druh a závažnost zdravotního postižení (Pinosilová, 2007).

Lékařská diagnostika:

- laboratorní vyšetření krve, screening vrozených metabolických vad,
- otorhinolaryngologické a foniatrické vyšetření,
- neurologické vyšetření,
- oční vyšetření,
- logopedické vyšetření,
- magnetická rezonance mozku.

## **2.3 Rodina s autistickým dítětem**

Pro dítě by měla být rodina především místem emocionálního zázemí, bezpečí a jistoty (Havlík, Kósa, 2007). Pouze harmonický rodinný vztah umožňuje dítěti dospívání bez úzkosti. Jistota a bezpečí jsou předpokladem dobrého vývoje dítěte (Fürst, 1997).

Postižení představuje mimořádnou zátěž nejen pro dítě samo, ale i pro jeho rodiče. Také jejich reakce mohou být rozdílné podle osobnostních vlastností, dřívějších zkušeností, ale i podle charakteru a hloubky postižení (Houšek et al., 1984). Rodina s postiženým dítětem potřebuje pomoc při zvládnutí náročných stresových situací. Dostatečná pomoc významně omezuje riziko chronických stresů, depresí a nepřijetí dítěte v rodině (Hrdlička, Komárek, 2004).

### **2.3.1 Reakce rodičů na sdělení diagnózy**

- Stádium šoku, období sdělení diagnózy.
- Stádium deprese: zapojení obranných mechanismů: popření, vytváření obdržených informací, depresivní období v přijímání diagnózy.
- Kompenzované období.
- Stádium realistické: období životní rovnováhy, přebudování hodnot.

#### **Stádium šoku**

Zpravidla je první reakcí rodičů šok. Sdělení odborníkem, že jejich dítě má těžkou, nevyčlepitelnou poruchu, je často přijímáno s nedůvěrou i otevřeným odporem (Houšek et al., 1984).

#### **Stádium deprese, zapojení obranných mechanismů**

Na které rodiče trpí pocity vyčerpání, bezradnosti, objevují se u nich agresivní sklony vůči druhým lidem. Rodiče nejsou iniciativní, nic jim nepřináší radost. Celkový tělesný stav se projevuje únavou, nespavostí nebo

jinými tělesnými příznaky (bušením srdce, tlakem na hrudi). (Fürst, 1997).  
V tomto období dochází k rodinným konfliktům až k rozpadu rodiny (Thorová, 2006).

### **Zapojení obranných mechanismů**

#### **Popření**

Popření je naprosto neproduktivní forma chování, snažící se vyhnout konfliktu. Předstírá útěk ze složité životní situace. Dochází k odsunutí problému na pozdější dobu (Fürst, 1997).

#### **Vytěšnění**

V důsledku obranných mechanismů dojde k úplnému vytěšnění již dříve obdržených informací. Rodiče si stěžují na nedostatečné informace a diagnostiku (Thorová, 2006).

### **Stádium realistické, období životní rovnováhy**

Rodiče se vyrovnávají se situací, odeznívá depresivní nálada, pocitu viny a bezradnosti. Dítě je přijímáno i se svými problémy. Dochází k optimální harmonizaci rodinných vztahů (Hrdlička, Komárek, 2004).

### **Determinanty, které ztěžují adaptaci:**

#### **Přílišná péče o dítě**

Přílišná péče o dítě vede k celkovému vyerpání. Objevuje se zvýšená únava, podrážděnost a další psychosomatické potíže. Později předané destruktivní myšlenky dovedou oběť rodiče až k úplnému psychickému zhroucení (Thorová, 2006).

### **Odmítání dítěte**

Rodiče se nedokážou smířit s diagnózou dítěte. Vnímají, že dítě jim přináší více obtíží místo radosti a do jejich vztahu k němu se tak dostává hostilita (Houšťková et al., 1984).

Dítě zažívá rodičovské odmítání jako existenciální obavu z opuštění. Rodiče, kteří se chovají k dítěti ustrašeně a nelaskavě, přináší tento strach na dítě, které to pociťuje jako ohrožení. Dítě se dostává do napětí a stavu bezvýchodnosti (Furst, 1997).

### **Zpochybování diagnózy**

Rodiče hledají naději u jiných lékařů, stejně jako v různých laických názorech, pátrají po nových léčích, informacích (Houšťková et al., 1984).

### **Problematická kvalita rodinných vztahů**

Vztahy v rodině jsou narušené, chybí vzájemná tolerance, úcta. V rodině probíhají neustále konflikty mezi rodiči (Thorová, 2006).

### **Příznaky stresových situací**

V každé rodině se vyskytne obecná stresová situace. Rodiny s dětmi s poruchami autistického spektra nejvíce ohrožuje stres spojený s postižením jejich dětí (Hrdlička, Komárek, 2004). Dlouhodobý stres vede často k somatickým změnám organismu. Při delším působení stresu odpovídá organismus reakcí nouzového stavu (Furst, 1997).

### **Neznalost poruch autistického spektra, reakce příbuzných a nejbližšího okolí**

Reakce společnosti nebývají pro rodiče příznivé. Ve společnosti přetrvává názor, že za společensky nevhodné a odlišné chování dítěte může špatná výchova rodičů. Nevhodné projevy dítěte vedou k zraujícím poznámkám společnosti (Hrdlička, Komárek, 2004).



## **Strach z budoucnosti**

Rodiče mívají každodenní strach z blízké i vzdálené budoucnosti. Strach je spojován s problémovým chováním dítěte na veřejnosti (Hrdlička, Komárek, 2004).

## **Ekonomická situace rodiny**

Vzhledem k nedostatku speciálních mateřských škol a problémovému chování dítěte s PAS je mnoho matek nuceno opouštět svá zaměstnání a zůstat s dítětem doma.

Finanční podpora státu je nedostatečná a rodiny se dostávají do těžké finanční situace. Přiznání dávek státní sociální podpory jsou pro rodiny zdlouhavé (Thorová, 2006).

## **2.4 Pohled současně péče o děti s poruchami autistického spektra**

Diagnostická kritéria poruch autistického spektra jsou stále více propracovanější, zlepšuje se chápání mentálních a kognitivních problémů, které autismus provázejí. Zároveň se zlepšuje péče o děti s poruchami autistického spektra (Hrdlička, Komárek, 2004).

### **2.4.1 Vzdělávání dětí s poruchami autistického spektra**

„Děti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření takových podmínek, které jim toto vzdělání umožní (Školský zákon). Podrobněji se pak touto problematikou zabývá vyhláška MŠMT č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.“ (JUCOVÍČOVÁ, 2005, s. 59,60).

## **Individuální vzdělávací plán**

Dítě s PAS jsou vzděláváni podle Individuálního vzdělávacího plánu (IVP), který vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné mateřské nebo základní školy. IVP respektuje individuální potřeby daného dítěte a je vypracován na základě doporučení Pedagogicko psychologické poradny nebo Speciálního pedagogického centra (Opekarová, 2010).

„Individuální vzdělávací plán je zaměřen na obsah vzdělávání, určení metod a postupů a na eliminaci či odstranění specifických obtíží.“ (PÍŇOSILOVÁ, 2007, s. 135)

## **Integrace**

Hlavním úkolem integrace je začlenění dítěte s poruchami autistického spektra do škol běžného typu a školských zařízení a nabídnout dítěti pocit rovnoprávnosti.

Podmínky pozitivní integrace vymezuje Metodický pokyn k integraci dítěte a žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení MŠMT Ř. j. 16 138/98 – 24.

### **Zda ilé integraci přechází vytvoření vhodných podmínek:**

- dostupnost školského zařízení,
- materiální a kompenzační pomůcky vhodné pro vzdělávání dítěte s PAS,
- informovanost třídního kolektivu a pedagogických pracovníků,
- pozitivní přijetí dítěte spolužáky.

(Thorová, 2006)

## **Předskolní vzdělávání**

Předskolní vzdělávání dítěte s poruchami autistického spektra se uskutečňuje, tímto způsobem:

- V mateřských školách zřízených pro tyto děti.

- V samostatných třídách, odděleních nebo skupinách s upravenými programy pro předškolní a vzdělávání.
- Formou individuální integrace do běžných tříd MŠ.

(*Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Praha: VÚP 2007)

### **Podmínky pro předškolní vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.**

Ve vztahu k druhu a stupni postižení dítěte jsou podmínky pro jeho vzdělávání plně vyhovující, jestliže:

- je zajištěno osvojení specifických dovedností, zaměřených na sebeobsluhu,
- vzdělávací prostředí je klidné a pro dítě podnětné,
- je zajištěna přítomnost asistenta,
- jsou využívány vhodné kompenzace (technické a didaktické) pomůcky,
- jsou zajištěny další podmínky podle druhu a stupně postižení.

(*Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. PRAHA: VÚP 2004, s. 28)

### **Odklad školní docházky**

Dítě, které ukončuje předškolní období a které se ocitá na vstupu do povinného školního vzdělávání, by mělo být na takové úrovni svého rozvoje a učením, aby bylo způsobilé zvládat s uspokojením život ve školním prostředí, schopné samostatně se seberealizovat ve skupině vrstevníků a bez vážnějších problémů zvládat strukturované učení.“ (*Pedagogické hodnocení v pojetí RVP PV*, 2007, s. 1)

Odklad je navrhován dětem s nerovnoměrným profilem schopností a výrazně nezralými sociálními dovednostmi. Odklad dětí s autismem a průměrným intelektem nepřináší žádné další zlepšení (Thorová, 2006).

## **Základní vzdávání**

Dítě s mentálním postižením a autismem nastupují do přípravného ročníku speciální školy. Děti s průměrným intelektem nastupují do prvního ročníku speciální základní školy nebo základní školy běžného typu (Thorová, 2006).

## **Speciální základní škola nebo třída**

Speciální třídy se otevírají při základních nebo speciálních školách. Vzdávání probíhá podle úspěšných vzdávacích programů založených na principu behaviorální modifikace. Vzdávací program je připraven s ohledem na individuální potřeby dětí a jejich handicapu.

Ve třídě působí speciální pedagog, pedagogický asistent a pomocný vychovatel. Pedagogové mají vysokoškolské vzdání v oblasti speciální pedagogiky (Thorová, 2006).

## **Základní škola**

Integraci dítěte s autismem do běžné základní školy je třeba konzultovat s pedagogickým pracovníkem SPC, pedagogy a ředitelem základní školy.

Velmi důležitá je informovanost spolužáků a jejich rodičů o nově integrovaném dítěti s autismem. Je třeba zahájit účinnou prevenci šikany. Šikanování dětí s poruchami autistického spektra pro jejich odlišnosti je velmi časté (Thorová, 2006).

## **Podmínky pro úspěšné vzdávání žáka se specifickými vzdávacími potřebami:**

- individuální nebo skupinová péče,
- přípravné třídy,
- pomoc asistenta pedagoga,
- menší počet dětí ve třídě,

- odpovídající metody a formy práce,
- speciální učebnice a pomůcky,
- pravidelná komunikace a zpevněná vazba,
- spolupráce s rodiči, psychologem a dalšími odborníky.

(*Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Praha: VÚP PRAHA, 2007, s. 108)

### **Střední odborná škola**

„Nkte i funkční autisté mohou vystudovat střední školu.“ (NÝVLTOVÁ, 2010, s. 108) Výběr školy je ovlivněn rozumovými schopnostmi, zájmy a celkovým zdravotním stavem dítěte (Thorová, 2006). Vhodně zvolená střední škola má vliv na kvalitu budoucího života (pracovní uplatnění a sociální začlenění). (Pinosilová, 2007)

### **Vysoké školy**

Lidé s autismem, především s Aspergerovým syndromem jsou schopni vystudovat vysokou školu. Někdy ale mohou výrazně selhávat v oblasti sociální interakce a to jim způsobuje velké problémy při studiu (Thorová, 2006).

#### **2.4.2 Sociální podpora státu**

Odborníci se shodují v názoru, že poruchy autistického spektra mají negativní dopad na život dítěte a jejich rodin. Dítě je handicapováno v mnoha směrech a to představuje pro rodinu vyšší finanční zátěž. Rodinám poskytnutí sociální dávek pomůže lépe kompenzovat zvýšené finanční náklady způsobené postižením dítěte.

Žádost podávají rodiče dítěte s PAS u okresního úřadu sociálního zabezpečení. Žádost a celkový zdravotní stav dítěte prozkoumává posudkový lékař. Vychází z předložených psychologických a lékařských zpráv.

Posudkoví lékaři se řídí zákonem o sociálním zabezpečení č. 100/ 1988 Sb. Dne 1. 1. 2006 vyšla novela vyhlášky č. 506 / 2005, která zvyšuje nároky rodičů na poskytnutí mimořádných výhod III. stupně (Thorová, 2006).

### 2.4.3 Občanská sdružení

Občanská sdružení jsou organizace sdružující děti s autismem a jejich rodiče. Hlavním posláním je dát šanci dětem, dospívajícím i dospělým s autismem, prožít co nejkvalitnější život. (*Katalog sociálních a souvisejících služeb* [online]. Aitom CMS, 2012 [cit. 11. 2. 2013]).

Občanská sdružení, která se zabývají problematikou PAS v ČR:

- APLA, asociace pomáhající lidem s autismem (Praha, Severní Čechy, Hradec Králové, Jižní Morava, Vysočina),
- Autistik, Občanské sdružení pro pomoc postiženým autismem,
- RAINMAN, sdružení rodičů a přátel dětí s autismem,
- V SOBĚ, Olomoucká iniciativa rodičů a přátel dětí s autismem,
- MÁME OTEVŘENO, občanská sdružení pro integraci lidí s mentálním postižením do společnosti,
- RYTMUS, občanské sdružení pro integraci lidí s postižením do společnosti.

(Thorová, 2006)

### 2.4.4 Raná péče

Poskytovatelem služby rané péče jsou nejčastěji občanská sdružení a zařízení, která se zabývají problematikou poruch autistického spektra. Raná péče je poskytována dětem s PAS a jejich rodinám do 7 let věku dítěte.

„Cílem služby rané péče je zmírnit negativní vliv dětského postižení (PAS) na psychický vývoj dítěte a jeho rodiny, podpořit rozvoj všech oblastí vývoje dítěte a zabezpečit rodině dítěte co nejlepší podmínky k zapojení do společnosti.“ (APLA ONLINE, 2011, cit. 2012)

#### 2.4.5 Lékařská péče

Autismus bývá spojen s jinými zdravotními potížemi, které vyžadují stálou lékařskou péči. Problémem bývají lékaři, kteří o PAS nemají žádné informace. Z lékařského vyšetření se pak stává pro dítě a jeho rodiče nesnesitelné utrpení.

Regionální odborná sdružení poskytují kontakty na specializovaná lékařská pracoviště, kde jsou schopni ošetřit dítě s PAS.

U hospitalizovaných dětí, je důležitá přítomnost rodiče. Mnohému nedorozumění lze tak předejít (Thorová, 2006).

#### 2.4.6 Farmakoterapie

Odborníci se shodují, že farmakologická léčba poruch autistického spektra bývá jen částečně pozitivní. Jedná se pouze o léčbu doplnkovou a kombinovanou s jinými behaviorálními technikami. Farmakologicky lze ovlivňovat jednotlivé psychopatologické symptomy, přidružené onemocnění, které s PAS souvisejí (Hrdlička, Komárek, 2004).

**Tabulka 2 Schéma syndromologického ovlivňování**

• Rituály, obsese – SSRI
• Hyperkinetický syndrom, impulzivita – stimulancia, neuroleptika, valproát, clonidin
• Agresivita – neuroleptika, lithium, valproát
• Sebeпоškozování – SSRI, neuroleptika, lithium
• Deprese – SSRI
• Úzkost – buspiron

Zdroj: M. Hrdlička, V. Komárek: Dětský autismus, str. 156

Pozn.: SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

## **Přehled úinné farmakoterapie**

### **Neuroleptika**

„Neuroleptika jsou látky, které mají při dlouhodobém podávání schopnost potlaovat psychotické symptomy.“ (HYNIE, 2001, s. 162)

Nalézají své místo v ovlivnění agresivních projevů, sebepoškození, nadměrné impulzivity a hyperkinetického syndromu (Hrdlička, Komárek, 2004).

### **Neuroleptika lze rozdělit do tří skupin:**

- Bazální sedativní neuroleptika (levomepromazin, chlorpromazin, chlorprothixen, thioridazin),
- Incisivní neuroleptika (haloperidol),
- Atypická neuroleptika (risperidon, olanzapin, klozapin).

( Adilová et al., 2007)

V současné době se jako antipsychotika používají také serotoninergní a dopaminergní antagonisté (SDA) a tzv. multireceptoroví antagonisté (MARTA). (Hynie, 2001)

### **Antidepresiva (clomipramin, fluoxetin)**

Antidepresiva jsou léky, která upravují patologicky změněnou náladu, kde je primární porucha efektivity (bipolární afektivní poruchy). (Hynie, 2001)  
Významně také ovlivňují sebepoškození, problematické chování a obsedantní – kompulzivní symptomatiku ( Adilová et al., 2007).

### **Psychostimulancia (metylfenidát, dextroamfetamin)**

„Psychostimulancia jsou látky stimulující psychické funkce (odstraňují pocit únavy, zvyšují duševní aktivitu a urychlují myšlení). Využívají se k odstranění tlumivého účinku neuroleptik a antihistaminik, dálež hyperkinetického syndromu s poruchou pozornosti.“ (HYNIE, 2001, s. 180)



### **Thymostabilizéry (lithium, valproát)**

Nalézají své místo u pacientů s výkyvy nálad, efektivní nestabilitou, impulzivitou, agresivními projevy a automutilacemi (Hrdlička, Komárek, 2004).

### **Clonidin**

Clonidin se využívá v redukci hyperaktivity, impulzivitu a iritabilitu (Hrdlička, Komárek, 2004).

## **2.5 Intervence u dětí s poruchou autistického spektra**

Intervenční proces vychází z etiologie poruch autistického spektra, využívá poznatky z psychologie a speciální pedagogiky (Hrdlička, Komárek, 2004).

Intervence (behaviorální, psychofarmakologická nebo založená na alternativních postupech) by měla být konstruktivní, funkční, sociálně validní a etická (Emerson, 2001).

Intervence je vedena po těchto liniích, které se navzájem kombinují a ovlivňují:

- a) Adaptivní intervence.
- b) Preventivní intervence.
- c) Následná intervence.

(Hrdlička, Komárek, 2004)

### **2.5.1 Způsoby intervence (speciální vzdělávací programy)**

Emerson charakterizuje dva přístupy k intervenci. Za první přístup soustředěný na problém z hlediska patologie (například eliminaci problémového chování). Za druhé tvořivý přístup na rozvoj dovedností a schopností (Emerson, 2001).

## **Strukturované učení**

Je velmi efektivní metoda, která je zařazena do školního vzdělávacího programu ve speciálních školách pro děti s PAS.

Strukturované učení pracuje s metodami alternativní komunikace a klade důraz na individuální schopnosti dítěte. Pomáhá dítěti lépe zvládat nepředvídatelné události, nové úkoly a změny. Posiluje sociální dovednosti, pracovní chování, snižuje hyperaktivitu (Thorová, 2006).

## **TEACCH program**

TEACCH program je jeden z nejlépe propracovaných programů pro děti s autismem. Je používán ve většině států v Severní Americe a v mnoha státech v Evropě. Podle této metody pracují i speciální třídy v České republice (Autismus, Občanské sdružení AUTISTIK, 1996).

Metodika programu se opírá o vizuální podporu, fyzickou strukturu, zajištění předvídatelnosti a strukturované práce pedagoga. Fyzická struktura upravuje pracovní a školní prostředí. Celkové vybavení místnosti je uspořádáno tak, že u dítěte zvyšuje pocit sebedůvěry, schopnost lepší orientace.

Vizuální podpora předkládá dítěti informace ve vizuální formě. Podporuje rozvoj samostatnosti a komunikačních dovedností. Zajištění předvídatelnosti se opírá o vizuální znázornění času a pracovních činností během celého dne (Thorová, 2006).

## **Terapie problémového chování**

Problémové chování není náhodným výsledkem událostí. Aplikovaná behaviorální analýza předpokládá, že problémové chování je spouštěno a udržováno faktory, které po něm následují. Spouštěcí podmínky jsou vnější a vnitřní. Vnitřním podmínkem je nejčastěji emocionální a fyziologický stav, potřeby, motivace nebo vlastní myšlenky dítěte. Vnější podmínkem je to, co obklopuje dítě před výskytem problémového chování.

Terapie problémového chování spoívá v p erušení spoušt problémového chování tak, aby problémové chování p estalo být funk ní. (Hrdli ka, Komárek, 2004)

### **Behaviorální terapie**

P i terapii problémového chování se používá terapeutický postup, který vychází z terapeutického postupu EDM (Eden Decision Model) a je rozd len do p ti krok :

1. zaznamenání problémového chování, behaviorální a funk ní analýza chování, léka ské posouzení,
  2. behaviorální a funk ní analýza prost edí,
  3. analýza inností a volného asu,
  4. diferen ní zpev ování (odm ny za vhodné chování),
  5. restriktivní postupy a averzivní tlumení.
- ( adilová et al., 2007)

### **Nácviky komunikace**

„Cílovou skupinou logopedické intervence nejsou jen d ti, ale i dospívající, dosp lí a lidé ve stá í, u nichž se vyskytuje narušená komunika ní schopnost.“

Výb r komunika ního systému je posuzován individuáln vzhledem k v ku, individuálním možnostem dít te. (KLENTOVÁ, 2006, s. 212)

### **Augmentativní a alternativní komunikace**

„Augmentativní a alternativní komunikace (AAK) se pokouší kompenzovat projevy závažných komunika ních poruch.“(KLENTOVÁ, 2006, s. 206) AAK umož ňuje postiženým d tem se lépe dorozumívat, vyjád it svoje pocity a reagovat na podn ty. AAK využívá metody bez pom cek (užití

prostředky nonverbální komunikace), s pomocí (obrázky, fotografie, písemně, piktogramy, komunikátory). (Klentová, 2006)

### **Nejčastěji volené interaktivní postupy u dětí s PAS:**

1. Herní a interakční terapie. S dětmi se pracuje v domácím i školním prostředí. Velký důraz je kladen na komunikaci. Využívá se různých efektivních behaviorálních technik (Thorová, 2006). „Úprava herního prostoru pro každou jednotlivou sekvenci hry umožní dítěti, aby si prožilo, jaké to je být součástí interakcí. Jestliže se dítěti účastní paralelní nebo střídavé hry, sdílí a reflektují vzájemné zkušenosti a emoce.“ (BEYER, 2006, s. 85)
2. Muzikoterapie. Muzikoterapie zlepšuje sociální interakci, snižuje nepozornost a navozuje celkové zklidnění dítěte (Thorová, 2006). Rychlá hudba pomůže dítěti vybit přebytečnou energii, pomalá zklidní a zvýrazní chápání rozdílů klid - neklid (Jucovičová, 2005). Thorová zdůrazňuje, že „aktivní i pasivní hudba má pozitivní dopad na vývoj dítěte. I zde ovšem existují výjimky. Na kterém dítěti s PAS hudba vadí.“ (THOROVÁ, 2006, s. 393)
4. Canisterapie. Je záležena mezi interaktivní metody, které využívají kladného vztahu dítěte ke zvířatům. Děti se učí pomocí psa nejvyšší dovednostem.
5. Arteterapie. Program pozitivně ovlivňuje psychický rozvoj dítěte. Přítomnost dochází k pocitu uvolnění a sebevyjádření. Výtvarné techniky jsou připravené každému dítěti individuálně.
6. Ergoterapie. Hlavním cílem terapie je nácvik samostatnosti a každodenních pracovních činností. Terapie především rozvíjí dovednosti v oblasti jemné motoriky. V terapii se využívají různé textilní techniky, modelování, výroba keramiky.
7. Fyzioterapie. Fyzioterapie a jiné pohybové aktivity přispívají k pozitivnímu rozvoji dítěte s PAS. Pohybové aktivity přispívají k dobré náladě, snižují nepozornost a problémové chování (Thorová, 2006).

### 3 PRAKTICKÁ ČÁST

Výzkum byl realizován v mateřské škole Plzeň, Šapkovo náměstí 4 a v mateřské škole Plzeň, Nad Dalmatinkou 1.

#### **Mateřská škola Plzeň, Šapkovo náměstí 4**

##### **Charakteristika školy**

Mateřská škola se nachází v klidné části města Plzeň – Slovany. Obklopují jí v těsné blízkosti panelákové domy, obchody a II. poliklinika. K mateřské škole patří nově zrekonstruovaná školní zahrada s různými dřevěnými prolézačkami, 4 písečnicemi a 2 houpkami, které poskytují dětem dostatek pohybové aktivity na čerstvém vzduchu.

##### **Podmínky vzdělávání**

Kapacita mateřské školy je určena pro 109 dětí, počet dětí 4. Mateřská škola sídlí v nově zrekonstruované budově, která má dvě patra. Třídami jsou prostory vybavené v kůlně a jsou rozděleny na tři části: hernu, pracovní a jídelní část, hračky jsou převážně nové a plně vyhovují individuálním potřebám a mentalitě dětí. Jednotlivé třídy jsou vybaveny novým nábytkem, koberci, žebřicemi a různými prvky na šplhání. Každá třída má své sociální zařízení, které odpovídá v kůlně předškolních dětí. Třídami, chodba i šatny jsou vyzdobeny výtvarnými pracemi dětí. V přízemí budovy je umístěna kancelář ředitelky školy, šatna pro pedagogy, šatny dětí a školní kuchyně. V prvním a v druhém patře se nachází třídy, místnost pro výdej obědů. K budově školy patří nově zrekonstruovaná točivnice, která je vybavena velkým zrcadlem, žebřicemi, skákacími míči, švihadly a dalším sportovním nábytkem.

## **Psychosomatické podmínky a organizace vzdělávání**

Školní vzdělávací program „Život je všude kolem nás“ plně respektuje individuální potřeby každého dítěte. Personální obsazení školy je na velmi dobré úrovni. O děti se stará 7 kvalifikovaných učitelů a ředitelka školy. Atmosféra v celé škole je pozitivní, pedagogové reagují na individuální potřeby dětí, vytváří pocit klidu a pohody. Mateřská škola poskytuje vzdělávání dětem ve věku 2 – 7 let.

Děti jsou rozděleny do jednotlivých tříd podle věku:

- I. třída dětí ve věku 2 – 3 roky (28 dětí)
- II. třída dětí ve věku 5 – 7 let (25 dětí)
- III. třída dětí ve věku 4 – 5 let (28 dětí)
- IV. třída dětí ve věku 5 – 7 let (28 dětí)

Mateřská škola je otevřená od 6:00 do 16:30 hod.

Denní režim mateřské školy je pružný, připravený individuálním potřebám dětí (*Školní vzdělávací program „Život je všude kolem nás“* 17 MŠ PLZE, 2007).

## **Mateřská škola Plzeň, Nad Dalmatinkou 1**

### **Charakteristika školy**

Mateřská škola se nachází v klidné části města Plzeň. V její blízkosti jsou postaveny rodinné domy, obchody, zdravotnické zařízení. Mateřská škola sídlí v nově zrekonstruovaných typech budovách. K budovám školy patří prostorná zahrada s různými dělovými prvky, domečky, skluzavkami, houpačkami a 5 pískovišti.

### **Podmínky vzdělávání**

Děti jsou rozděleny do 6 tříd, třídy jsou věkově smíšené. Týdenní třídy jsou určeny pro vzdělávání zdravých dětí a dvě třídy pro vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. V běžné třídě je zapsáno 28 dětí,

ve speciální třídě 14 dětí. Provoz mateřské školy je od 6:00 do 16:00 hodin. Každá třída je vybavena dětským nábytkem, který lze podle individuálních potřeb dětí nastavovat. Třídy jsou prostorné, útulné a plně hračky, které děti rozvíjí. Každá třída má své sociální zařízení a malou místnost pro výdej stravy.

Děti se speciálními vzdělávacími potřebami jsou vzdělávány podle individuálního vzdělávacího plánu, který vychází ze školního vzdělávacího programu „Zdravá škola Dalmatinka“. Personální obsazení školy je na velmi dobré úrovni. V každé třídě pracují dvě kvalifikované učitelky a ve třídě pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami asistent pedagoga (MŠ DALMATINKA, PLZEŇ).

## **Explorační metody**

Explorační metody (pozorování, rozhovor, analyzování školní a lékařské dokumentace) byly použity pro získání potřebných dat a informací. Zpracované informace budou v této bakalářské práci součástí kazuistiky každého dítěte. Při zpracování informací byl respektován zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

## **Rozhovor**

Rozhovor patří mezi explorační metody. Řízený rozhovor řídí a určuje examinator. Ústejně standardizovaný rozhovor má předem určený cíl, který sleduje (Pinosilová, 2007).

V bakalářské práci byl rozhovor veden řízeným ústejně standardizovaným způsobem s matkami dětí a pedagogy mateřských škol.

Kladené otázky byly směřovány především do stanovených oblastí, ale jejich formulace a podoba nebyla striktně dodržena. V rozhovoru byla dodržena následující struktura:

1. v úvodní fázi rozhovoru (byl navázán kontakt s rodiči, pedagogy),
2. ve druhé fázi rozhovoru (byly pokládány otázky pro zjištění potřebných dat a informací. Rozhovor byl veden od obecnějších údajů ke konkrétnějším),
3. závěr rozhovoru (poděkování za důvěru a spolupráci).

## **Pozorování**

„Pozorování je nedílnou součástí diagnostického procesu a nejast ji bývá vymezeno jako zámrné vnímání a myšlení, jehož cílem je rozpoznání nejdležitějších znak pozorovaného subjektu.“ (Pinosilová, 2007, s. 26)

Pozorování jako diagnostická metoda by mlo splovat následující kritéria:

- plánování (předem jsou stanoveny cíle, plán a postupy pozorování),
- systematická (soustavné, dlouhodobé pozorování s přesně určenými časovými intervaly),
- soustřednost (pozorování zaměřené na podstatné jevy),
- objektivnost (vymezení kritéria posuzování),
- přesnost (přesná registrace a záznam pozorování),
- diskretnost.

(Pinosilová, 2007)

V této bakalářské práci bylo použito zámrné (systematické) pozorování dětí v MŠ. Pozorování bylo zaměřeno na oblast sociálně – kulturní a interpersonální (sociálně – emoční dovednosti uplatňované ve vztazích s vrstevníky, přijímání autority, dodržování společenských pravidel, schopnost spolupráce), oblast biologickou (správné držení těla, koordinaci pohybů – jemnou i hrubou motoriku), oblast environmentální (zájmy, volný čas, adaptabilita) a oblast psychologickou (jazyk a řeč, sebepojetí, city a vlnění).

## **Anamnestické metody**

„Anamnestické metody se zabývají zjišťováním a shromažďováním dat a informací z minulosti vztahujících se k diagnostikované osobě a její rodině. Cílem je objasnění eventuálních příčin a souvislostí se současným stavem jedince.“ (Pinosilová, 2007, s. 34)

V bakalářské práci byla použita rodinná, osobní, sociální a školní anamnéza zkoumaných dětí. Anamnestické údaje byly získány formou rozhovoru s matkami dětí a prostudováním školní a lékařské dokumentace.



Rodinná anamnéza byla zaměřena na zjištění dědičného onemocnění, poruch a patologických jevů v rodině.

Osobní anamnéza byla zaměřena na sběr důležitých údajů o dítěti (porodní hmotnost, psychomotorický vývoj aj.)

Sociální anamnéza byla zaměřena na sběr údajů týkající se rodiny (úplnost rodiny, její funkce, kvalitu bydlení aj.)

Školní anamnéza byla zaměřena na sběr důležitých dat a informací ze školního prostředí.

### **3.1 Kazuistika I**

Patiletý chlapec od tří let navštěvuje běžnou třídu MŠ. Ve čtvrtém roce vku byl u něho diagnostikován dětský autismus.

#### **Rodinná anamnéza**

Matka 32 let, středněškolské vzdělání. Zdravá, alergie: Algifen. Její otec zemřel na tumor plic, matka hypertenze.

Otec 35 let, střední odborné vzdělání. Zdráv. Jeho rodiče: matka onemocněla ledvin, otec stav po operaci srdce (mitrální chlopň).

Osmiletá sestra je zdravá, ve škole dysortografické obtíže. V rodinné anamnéze se poruchy autistického spektra nevyskytují.

#### **Osobní anamnéza**

Chlapec je z druhé fyziologické gravidity, stáří matky při porodu 27 let, porod v 39. týdnu spontánní, poporodní váha 3330g/50 cm, plodová voda čirá, AS 10 – 10 – 10. Poporodní adaptace fyziologická, kojení plně, icterus 0. Očkovan podle očkovacího kalendáře, bez komplikací. Vážněji nestonal. Alergie neuvědomena, farmakoterapie 0.

Dítě je v péči dětského psychologa od 9/2010 pro opožděný psychomotorického vývoje. V 11/2011 byl na žádost rodičů a doporučení pedagoga vyšetřen v SPC z důvodu odlišného a problémového chování (závěr vyšetření: opožděný vývoj řeči, susp. expresivní dysfázie, dědičné symptomy pervazivní vývojové poruchy). V roce 2012 proběhla hospitalizace na dětské

psychiatrické klinice FN Plzeň, kde byl potvrzen dědičný autismus F 84.0, vysoce funkční typ, farmakologická léčba nenasazena.

V současné době je v péči klinického logopeda, dědičného psychiatra a speciálního pedagogického centra.

V 6/09 podstoupil genetické vyšetření – bez nálezu.

Matka nastoupila ve větyech letech dítěte do zaměstnání.

### **Psychomotorický vývoj**

Matka uvádí odlišný psychomotorický vývoj dítěte do tří let věku. V kojeneckém věku chlapec navazoval slabší oční kontakt, přes den hodně plakal, v noci se často jím budil. Projevoval malý zájem o mazlení, na cizí lidi reagoval pláče. V raném věku chyběla nápodoba dospělých, ukazování na zajímavé předměty. Dítě velmi málo žvatlalo, první slova jako „máma“ vyslovil poprvé až kolem 17. měsíce věku.

### **Sociální anamnéza**

Chlapec žije v harmonické rodině s oběma rodiči, má starší osmiletou sestru. Rodina bydlí v rodinném domě se zahradou 5+1, otec kouří, zvířata: pes, kočka.

### **Školní anamnéza**

Chlapec navštěvuje druhým rokem běžnou třídu mateřské školy. Ve školním roce 2011/2012 byl vzdáván podle běžného Školního vzdávacího programu pro předškolní vzdávání bez IVP. Vzhledem k pedagogické náročnosti vhodné intervenci a k sociální komunikačnímu handicapu bylo škole doporučeno vést chlapce se statutem dítěte se speciálními vzdávacími potřebami. V současné době je vzdáván podle individuálního vzdávacího plánu, bez asistenta pedagoga.

## Popis konkrétního případu

Po nástupu do mateřské školy má výrazné potíže s adaptací, dlouho si zvykal na nový režim, odmítal jídlo. Až do současného věku je hodně fixovaný na matku, na ostatní lidi si obtížně zvyká. Nové situace jsou pro něj stále náročné, nedovede se v nich orientovat. Nedokáže se zařadit do skupiny mezi ostatní děti, mezi dětmi je neoblíbený. Od všech lidí si udržuje odstup, nemá zájem o kontakt s nimi, nenavazuje přátelství. Zapojuje se pouze v případě, že se aktivita týká jeho zájmu. Ve třídě má pouze jednoho kamaráda, který je o jeden rok mladší. Podle rozhovoru s matkou, chlapec inklinuje k mladším dětem.

Hraje si nejraději sám, rád hází různé předměty, přesypává drobné stavebnice, korálky. Jeho hry jsou stereotypní, tematicky nebohaté. Symbolická hra se u chlapce objevuje minimálně, nerozvíjí svou fantazii a představitost v hře. Nemá rád, když mu hru naruší ostatní děti, a tak dochází k astým konfliktům mezi dětmi. Nedokáže spolupracovat, dohodnout se. Do společných her se spontánně nezapojuje. Soutěživé hry zcela odmítá. Je raději pasivní, stranou. Pokud se zapojí, tak pouze krátkodobě a jen s pomocí učitelky. Při všech řízených hře potěbuje oporu dospělých.

Celý den sebou nosí malou točící vrtulku, kterou vydrží dlouze pozorovat. Matka udává, že chlapce od raného věku fascinují tyčivé, točivé předměty, které sbírá a hromadí. Fascinace tyčivými předměty se promítají do komunikačního a kresebného projevu.

Jeho řeč je nesrozumitelná, neplynulá, nevýstižná. Obsahově a stylisticky nevyspělá. Slovní zásoba nebohatá. Vyjadřuje se krátkými větami, ale výrazně dyslalicky. Chlapec nesprávně používá ke komunikaci. Do rozhovoru se spontánně nezapojuje. Obsah předřčeného textu si nepamatuje. Nerad zpívá, recituje, vyhýbá se dramatickým aktivitám. Potíže má v neverbální komunikaci, kde téměř nepoužívá gesta a emoce ke vyjádření, špatně navazuje o ní kontakt při komunikaci.

Při hře preferuje zrakové vnímání (rád si prohlíží různé obrázky, knihy aj.). Barvy zná a rozlišuje. Chápe základní matematické pojmy (tvary a

íselnou adu do ísla p t). Špatn se orientuje v prostorových vztazích a asových pojmech (noc, den, ráno – ve er).

B hem dne se objevuje stereotypní chování, motorický neklid. To í se kolem své vlastní osy a t epe rukama p ed oblí ejem. Když je nejistý nebo se bojí, motorický neklid se prohlubuje. P i rozrušení si pobroukává. Matka zaznamenala pohybové stereotypie p ed druhým rokem života.

Chlapec má sklony k perfekcionistickému chování a lpí na dodržování ur itých rituál , které vyžaduje dodržovat v ur itém po adí. P i neplánované zm n reaguje negativn .

S MŠ odmítá jezdit na školní výlety, do divadel. Naopak rád chodí s maminkou na procházky do parku, kde sbírá r zné kamínky a pozoruje holuby. Nerad cestuje m stskou hromadnou dopravou, p edem plánovaná jízda v aut mu nevadí.

Kresebný projev je podpr m rný. Do ty let v ku odmítal kreslit, v sou asné dob kreslí hlavonožce. Lateralita se aktuáln jeví jako neur itá s nevyhran nou dominancí ruky i oka. Tužku uchopuje do pravé ruky s velmi nekorektním úchopem, stá í ji do „drápku.“ S pomocí u ítelky dokáže vypracovat jednoduché pracovní listy (spojit arou stejné obrázky, dokreslit jak prší). Pozornost se jeví s ohledem na v k na velmi slabé úrovni. Pracovní tempo je kolísavé, spíše pomalé. Výrazn zpomaluje v úkolech, které vyžadují delší soust ed ní.

P i zacházení s n žkami, papírem, drobnými p edm ty je neobratný, má problémy s jejich uchopováním. P irozené pohyby zvládá bez obtíží (b h, ch zi), zachovává správné držení t la.

Je p im en samostatný p i stolování, pot ebuje pomoc p i oblékání (zapínání knoflík , zipu, tkani ek, oblékání trika). Je po ádný, udržuje ístotu.

Základní spole enská pravidla p i špatné nálad neuplat uje. Po upozorn ní u ítelky odpoví na pozdrav, pod kuje, poprosí. Mezi d tmi je pasivní. Nemá rád, když je na n ho soust ed na pozornost ostatních, je rad ji stranou.

## Individuální hodnocení chlapce v MŠ

Pedagogové mateřské školy pracují se záznamovými archy. Záznamový arch poskytuje pedagogům komplexní a podrobný pohled o individuálním rozvoji a uení dítěte. Intervaly mezi jednotlivými hodnocení záznamy se provádí dvakrát během školního roku.

Stupnice pro hodnocení dítěte v jednotlivých dovednostech:

1 – dosud nezvládá,

2 – zvládá s vynaložením maximálního úsilí,

3 – přetrvávají problémy (občasné, dílčí),

4 – zvládá spolehlivě, bezpečně,

N – není ohodnoceno (nelze říci, neprojevuje se).

**Tabulka 3**

Oblast biologická	11/11	6/12	11/12
- zachovává správné držení těla	3	3	3
- správně dýchá	4	4	4
- pohybuje se koordinovaně	3	4	4
- napodobuje pohyb podle vzoru	N	1	1
- zachází s tužkou, barvami	1	1	2
- používá běžné předměty, hračky	3	2	2
- zvládá stolování, oblékání	2	2	3
- udržuje pořádek	4	4	4

**Tabulka 4**

Oblast psychologická (Jazyk a řeč)	11/11	6/12	11/12
Pojmenovává věc v tšinu v cí a d j	2	2	2
Správně vyslovuje, mluví jasně	3	3	2
Mluví gramaticky správně	2	2	2
Vede rozhovor, ptá se	1	1	1

<b>Oblast psychologická (Jazyk a e )</b>	<b>11/11</b>	<b>6/12</b>	<b>11/12</b>
Reprodukuje íkanky	1	1	1
Chápe slovní vtíp	1	1	2
Sleduje o íma zprava do leva	N	N	2
Pozná n která písmena a íslice	N	N	3
Pozná napsané své jméno	1	1	2

**Tabulka 5**

<b>Poznávací schopnosti a funkce, p edstavivost a fantazie, myšlenkové operace</b>	<b>11/11</b>	<b>6/12</b>	<b>11/12</b>
Dokáže se soust edit na íinnost	3	3	3
Post ehne co je nového	4	4	4
Rozlišuje tvary a další vlastnosti	4	4	4
Rozlišuje barvy	4	4	4
Rozlišuje zvuky a tóny	3	3	3
Vyjad uje své p edstavy	1	1	1
Chápe význam piktogram a jiných obrazných zna ek	3	4	4
Je tvo ívé a nápadité	1	1	1
Rozlišuje geometrické tvary	3	4	4
Kreslí s ur ítým zám rem	1	1	1
Chápe podstatné znaky a vlastnosti p edm t , jejich podobu	2	2	3
Porovnává p edm ty	4	4	4
Orientuje se v elementárním po tu do rozsahu první desítky	N	3	3
Chápe prostorové pojmy	N	3	4
U í se nazpam í krátké texty	N	2	2
Postupuje podle pokyn	2	2	3
Odlišuje hru od systematické práce	1	2	2

**Tabulka 6**

<b>Oblast psychologická (Sebepojetí, city, v le)</b>	<b>11/11</b>	<b>6/12</b>	<b>11/12</b>
Je samostatné	2	3	3
Má svoj názor	4	4	4
Aktivne sa rozhoduje	3	3	3
Ovláda sa	4	4	3
Umí souhlasit	3	3	3
Vyrovňuje sa s neúspechom	1	1	2
Respektuje daná pravidla	1	2	2
Zorganizuje činnosť i hru	1	1	1
Projevuje emoce	1	1	1
Projevuje nadšenie	1	1	1

**Tabulka 7**

<b>Oblast interpersonálna</b>	<b>11/11</b>	<b>6/12</b>	<b>11/12</b>
Prírodzene komunikuje s učiteľkou	1	1	2
Prírodzene komunikuje s druhým dieťaťom	1	1	1
Je ohľaduplný, rešpektuje druhých	1	2	2
Spoločne pracuje	1	1	2
Delí sa o hračky	1	1	1
Vyjednáva	1	1	1
Neposmívá sa druhému, neublízuje mu	3	3	3
Ublížovanie druhého dieťaťa sa bráni	4	4	4

**Tabulka 8**

<b>Oblast sociálna kultúrna</b>	<b>11/11</b>	<b>6/12</b>	<b>11/12</b>
Príjima autoritu, je zdvoľčený	1	2	2
Zdraví známe deti i dospelých	1	3	3
Vyslechne sťaženie	1	3	3
Uposlechne pokyn	3	3	3
Poprosí, podkuje	1	3	3

<b>Oblast sociáln kulturaln</b>	<b>11/11</b>	<b>6/12</b>	<b>11/12</b>
Dodrzuje pravidla skupiny	1	1	1
Dodrzuje herní pravidla	1	1	1
Spolupracuje s ostatními d tmi ve skupin	1	1	1

**Tabulka 9**

<b>Oblast enviromentaln</b>	<b>11/11</b>	<b>6/12</b>	<b>11/12</b>
Orientuje se bezpe n v b žném život	3	3	3
V b žných situacích a známém prost edí se chová p im en	3	3	3
Uv domuje si nebezpe í, chová se bezpe n	3	3	4
Má své zájmy, projevuje je	1	2	2
Je aktivní a podnikavé	2	2	2
Umí p ijmout zm nu	1	1	1
Chová se ohledupln a šetrn k v cem i k p írod	3	4	4



## 3.2 Kazuistika II

Šestiletý chlapec je p edškoln vzdáván v mate ské škole, tíd pro d ti se speciálními vzdávacími pot ebami. Ve ty ech letech byl u n ho diagnostikován Atypický autismus.

### Rodinná anamnéza

Matka 34 let, vysokoškolské vzdání. Zdravotní stav: lé ena Letroxem pro zv tšení štítné žlázy, rodi e matky zdravý.

Otec 35 let, st edoškolské vzdání. Je zdrav. Rodi e otce: matka hypertenze, otec žalude ní potíže.

Má starší osmiletou sestru. Sestra dochází na logopedii pro dyslalii. V rodinné anamnéze se poruchy autistického spektra nevyskytují.

### Osobní anamnéza

Dít je z druhé gravidity, gravidita riziková, vzhledem k p edcházejícímu t hotenství, stav po Wernickeov encefalopatii v 1. gravidit . V k matky p i porodu 28 let, porod ve 37 týdnu záhlaví spontánn , alterace ozev plodu ke konci II. doby porodní. Plodová voda irá, AS 10 – 10 – 10. Hyperbilirubinemie. Poporodní hmotnost 2850g/46 cm. V porodnici provedena frenoplastika pro ankyloglossii horní uzdí ky. UV toleroval dob e, ky le v po ádku. Kojen nebyl. O kován podle o kovacího kalendá e. Alergie 0, st. po operaci ing. hernie 1. dx.

Dít v pé i D tské psychiatrie od 3/2010 pro projevy pervazivní vývojové poruchy – podez ení na atypický autismus F 84.1, F 90.0 ADHD. V roce 2011 prob hla hospitalizace na d tské psychiatrii, kde byl potvrzen atypický autismus a pozm n na medikace. Ritalin na projevy ADHD netoleroval, nahrazen Encephabol (dávkování 2,5 – 2,5 ml), Rosperdal sol. 0,2 ml. Od 6/ 2010 v pé i speciáln pedagogického centra. V roce 2011 byl geneticky a neurologicky vyšet en – bez nálezu.

Matka má prodlouženou mate skou dovolenou do 7 let v ku dít te.

### **Psychomotorický vývoj**

Jeho motorický vývoj i vývoj řeči probíhal bez abnormalit (tvoří slova od 13. měsíce, chodí od 12 měsíců). Matka udává velkou pohybovou aktivitu dítěte, chlapec si téměř nehraje, pouze hračky rozhazuje, celý den poskakuje nebo běhá po místnosti. V raném věku chyběla nápodoba dospělých, ukazování na zajímavé předměty.

### **Sociální anamnéza**

Chlapec žije v harmonické rodině s oběma rodiči a starší sestrou. Rodina bydlí v panelákovém bytě 2+1, rodiče nekouří, zvířete nemají.

### **Školní anamnéza**

Ve školním roce 2010/2011 byl vzdáván v mateřské škole běžného typu. Vzhledem k symptomatice poruchy projevující se zejména v chování chlapce byla doporučena integrace za podpory asistenta pedagoga do speciální mateřské školy.

Od 9/2011 vzdáván v mateřské škole, třídu pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami.

Chlapec je vzdáván podle individuálního vzdělávacího plánu, který vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné mateřské školy. Individuální vzdělávací plán vypracovávají pedagogové na základě doporučení speciálního pedagogického centra. Je integrován za podpory asistenta pedagoga. Vzhledem k jeho zdravotnímu postižení byl doporučen pro školní rok 2012/2013 odklad zahájení povinné školní docházky.

### **Popis konkrétního případu**

Chlapec se na prostředí běžné mateřské školy obtížně adaptoval, trpěl zvýšenou úzkostí. Pro rodiče byla tato situace velmi náročná. Podle rozhovoru s matkou, prostředí běžné mateřské školy nebylo vhodné pro izop sobeno individuálním potřebám dítěte s autismem. Rodiče ostatních dětí si denně stěžovali na chlapcovo nevhodné chování a hodnotili ho jako nevychovaného.

Rodiče trpěli pocitem selhání. Problémové chování se zmírnilo až po péči dítěte do speciální mateřské školy. Na prostředí této mateřské školy se lépe adaptoval a výrazně se zlepšilo jeho problémové chování. V MŠ pracuje podle prvků TEACCH programu, které mu dodávají pocit jistoty a bezpečí, lépe mu umožní reagovat na změny. Pro chlapce jsou jednotlivé úkoly vytvářeny individuálně.

Čtení je gramaticky správné. Obsahově a stylisticky vyspělé. Výslovnost je mírně dyslalická (l, r, ...). Slovní zásoba je bohatá. V komunikaci používá poměrně složité věty. Dobře rozumí slova a výrazy, ale potěbuje se opírat o vizuální podporu. Orientuje se pomocí pracovních a denních schémat. Opakování slyšeného textu zvládá s obtížemi (nutno po kratších úsecích).

Pomatuje si básně, umí přečíst své jméno. Potíže má v neverbální komunikaci, kde téměř nepoužívá gesta a emoce k vyjádření, nenavazuje oční kontakt při komunikaci. Nepříjemně komunikuje s učitelkami a dětmi. Při komunikaci se vyjadřuje nevhodnými slovy a nerespektuje autoritu dospělých. Při špatné náladě je na ostatní děti verbálně agresivní. Je často negativistický, úzkostný, nedůvěřivý a vztahovaný.

Má bohaté poznatky o železniční dopravě. Celý den u sebe nosí malý plechový vláček. Fascinace železniční dopravou se promítají do komunikačního projevu.

Špatně manipuluje s drobnými předměty. Při zapínání knoflíků, navlékání korálků, vystřihování je neobratný, má problémy s jejich uchopováním. Vyhýbá se mírovým hrám, u kterých výrazně selhává. Jeho pohyby jsou nekoordinované a nepřesné, neumí napodobit pohyb podle vzoru. Nerad se zapojuje do společného cvičení, spíše se před ostatními předvádí.

V současně době se u dítěte nevyskytují stereotypní pohyby prstů, točeni se a jiné manévrování.

Je příjemně samostatný při stolování a hygieně, potěbuje pomoc při oblékání (zapínání zipu, knoflíků, zavazování tkaniček). Je poádny, udržuje istotu.

Hraje si často sám, ídí se svými zájmy. Do společných inností se spontánně nezapojuje. Pokud se zapojuje, tak jen s pomocí paní asistentky.

Potřebuje motivaci a povzbudit. Symbolická hra se u chlapce objevuje minimálně, nevyjadřuje svou fantazii a představitost v činnostech. Rád si hraje s mašinkami, staví kolejnice a pozoruje vlaky při jízdě. Ostatní hry používá zvláštním způsobem (hází, ocucává).

Rád chodí s maminkou na vlakové nádraží, kde dokáže dlouhé hodiny pozorovat lokomotivy. Fascinace železniční dopravou se promítají i do kresběného projevu. Má odpor k předem zadaným tématům.

Tužku drží správně, ale klesá. Pevně drží tužku v pravé ruce. Pracovní úkoly vypracovává s asistentkou. Při plnění úkolů je pomalejší, nedokáže se soustředit a udržet pozornost. Úkoly a činnosti, které vyžadují delší soustředění, nedokáže dokončit. Pedagogové zaznamenali při plnění úkolů místy negativistické projevy. Špatně snáší změny činností, pokud má pocit, že je ještě nedokončil. Nemá rád hlučnější prostředí, agresivně reaguje na ostré nečekané zvuky.

Dobře se orientuje v číselné ose (do čísla 10), chápe základní matematické pojmy (tvary, velikosti, váhy). V časoprostorové orientaci se orientuje s obtížemi, má problémy v pojmosloví charakterizující základní směry v prostoru (nad, pod, nízko, vysoko), a určení základních časových údajů (ráno, odpoledne, večer). Barvy zná a rozlišuje.

Základní společenská pravidla a špatné náladě neplatí. Není schopen odpovědět na pozdrav, požádat o hru, poprosit. Mezi dětmi je dominantní, vyvolává konflikty mezi dětmi, rád na sebe strhává pozornost, předvádí se.

## Individuální hodnocení dítěte v MŠ

Pedagogové využívají pro individuální hodnocení chlapce záznamové archy. Intervaly mezi jednotlivými hodnoceními záznamu se provádí minimálně dvakrát za školní rok.

Dítě se hodnotí ze tří okruhů znalostí:

- rozvoj osobnosti a samostatnosti dítěte,
- přírodní a sociální prostředí,
- komunikace a osobní projev.

Stupnice hodnocení:

- A. vždy
- B. často
- C. někdy
- D. nikdy

**Tabulka 10**

<b>Rozvoj osobnosti dítěte a proces jeho zrání</b>	<b>10/11</b>	<b>1/12</b>	<b>11/12</b>
Vypadá spokojen	A	B	B
Je komunikativní	B	C	B
Je si jistý sám sebou	A	A	A
Je klidný	D	C	C
Je samostatný	B	B	B
Rád se zapojuje do kolektivních činností	D	D	D
Je soustředěný	D	C	C

**Tabulka 11**

<b>Chování a odpovědnost</b>	<b>10/11</b>	<b>1/12</b>	<b>11/12</b>
Dodržuje pravidla	D	D	D
Chová se slušně	C	C	C

<b>Chování a odpovědnost</b>	<b>10/11</b>	<b>1/12</b>	<b>11/12</b>
Respektuje napomenutí	C	D	C
Snaží se překonat potíže	B	C	B
Zodpovědně plní své úkoly	D	C	D
Je klidný a poctivý	B	B	A
Je samostatný	C	B	B
Požádá o pomoc učitelky	B	C	C
Dává pozor při všech činnostech	C	C	C
V práci je vytrvalý	B	C	C

**Tabulka 12**

<b>Znalosti o lidském těle</b>	<b>10/11</b>	<b>1/12</b>	<b>11/12</b>
Hlava	A	A	A
Trup	A	A	A
Končetiny	A	A	A

**Tabulka 13**

<b>Pochopení obsahu komunikace a slovní projev</b>	<b>10/11</b>	<b>1/12</b>	<b>11/12</b>
Správně vyslovuje hlásky	A	A	A
Dobře tvoří věty	B	B	B
Umí se zapamatovat a recituje správně rytmicky a intonačně písně, básničky a přísloví	C	D	C
Zapojuje se do dialogu s ostatními dětmi	C	C	C
Popisuje obrázky a ilustrace	C	D	D
Správně používá základní slovní zásobu	C	C	C
Rozumí pohádkám a krátkým příběhům	C	C	C
Tvoří věty z daných slov	A	A	A
Umí vyprávět známou pohádku	D	D	D
Pozná věc podle popisu	B	B	A
Určuje zvuky, hluky a rytmy	C	C	D

**Tabulka 14**

<b>Propedeutika kreslení a psaní</b>	<b>10/11</b>	<b>1/12</b>	<b>11/13</b>
řadí obrázky podle časové posloupnosti a popisuje je	C	B	B
Zvládá základy grafomotoriky	C	C	B

**Tabulka 15**

<b>Hudební výchova</b>	<b>10/11</b>	<b>1/12</b>	<b>11/13</b>
Správně intonuje podle poslechu	D	C	D
Tempo a rytmus	D	D	D

## **Záv re né shrnutí**

Jedná se o d ti se speciálními vzd lávacími pot ebami – zdravotním postižením (chlapce s d tským autismem a chlapce s atypickým autismem s hyperkinetickým syndromem odpovídajícím ADHD). Vzhledem k pedagogické náro nosti a k sociáln komunika nímu handicapu jsou chlapci vzd láváni podle individuálního vzd lávacího plánu, který vychází ze školního vzd lávacího programu p íslušné mate ské školy. Chlapec s d tským autismem je integrován do b žné mate ské školy bez podpory asistenta pedagoga. Chlapec s atypickým autismem je integrován do mate ské školy, speciální t ídy za podpory asistenta pedagoga.

D ti pravideln dochází do výše uvedených mate ských škol. V mate ských školách je dodržován pevný režim dne, který p íspívá k tomu, že si i ostatní d ti zvyknou na jistý asový rozvrh. V úvahu jsou brány individuální pot eby chlapc i ostatních d tí. Pedagogové respektují zvýšenou emo ní reaktivitu – snaží se chlapce pozitivn motivovat, nabízet tvo ivé innosti odpovídající výši schopností. Podle asových možností je nechávají dokon ovat zapo atou hru. Dostate n s nimi komunikují, naslouchají, zodpovídají otázky, vysv tlují konfliktní situace (až po zklidn ní). Dle možností chlapce zbyte n nevystavují stresovým situacím. Na zm nu inností je s p edstihem upozor ují, snaží se tak p edcházet propuknutí vnit ní tenze a pak následné impulzivní reakci.

Po celou dobu vzd lávání výše uvedených d tí jsou uplat ovány zásady práce s d tmi s poruchami autistického spektra. Vzd lávání je zam eno na podporu rozvoje grafomotoriky, fixaci správného úchopu tužky, procvi ování zrakových a sluchových rozlišovacích schopností, pravolevé orientace, nácviku sociálního a pracovního chování. Pedagogové úzce spolupracují s rodi i, pracovníci speciáln pedagogického centra, vzájemn se informují, sjednocují p ístupy.



## ZÁV R

Práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je rozdělena do dvou kapitol. V první kapitole jsou popsány jednotlivé poruchy autistického spektra, jejich definice, triáda problémových oblastí u dětí s poruchami autistického spektra. Druhá kapitola se zabývá především diagnostikou, problematikou rodin s autistickým dítětem a je zde přiblížen pohled souasně péče o děti s poruchami autistického spektra.

Praktická část, obsahuje příklady dvou dětí předškolního věku s poruchami autistického spektra. V první kazuistice je uveden příklad chlapce s diagnostickým autismem, který je druhým rokem vzdáván v mateřské škole běžného typu. V druhé kazuistice je uveden příklad chlapce s atypickým autismem, který je posledním rokem vzdáván v mateřské škole, která pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami.

Na základě výsledků uvedených kazuistik se mi zdá vhodné umístit dítě chlapce s atypickým autismem v mateřské škole se speciální třídou (podpora asistenta, menší kolektiv, individuálnější přístup). U dítěte s diagnostickým autismem bych spíše upřednostnila jeho umístění do mateřské školy se speciální třídou, která by lépe splňovala podmínky pro jeho rozvoj (individuálnější přístup, asistent pedagoga, menší kolektiv, což není v klasické mateřské škole vzhledem k věku dítěte možné).

Z výše uvedených kazuistik také vyplývá, že pervazivní vývojové poruchy zasahují všechny psychické složky ve vývoji dítěte: emoce, myšlení, chování, jednání, atd. Děti nechápu sociální kontext situací, což je znejistuje a úzkostuje, proto se potom uklidují rituály. Jejich chování je nepředvídatelné, závisí na náladě dítěte a musí být pod neustálou kontrolou dospělé osoby. Jedná se o vrozené psychické postižení s rizikem ztrátou poruchou komunikace a orientace. Léčba psychofarmaky je pouze symptomatická.

Charakter poruchy je trvalý a vyžaduje od rodiny, pedagoga i okolí zvýšenou péči, která je náročná. Proto je vhodná podpora ze stran všech institucí, které se o děti starají.

Vzhledem ke stále rostoucímu podílu dětí s diagnostikovým autismem je nutné, aby stát (nebo kraje), jakožto organizátor mateřských škol, zajistil v tís rozvoj klasických mateřských škol a mateřských škol se speciálními třídami.

S tím je nutné zajistit lepší vzdělávání pedagogů v této oblasti (případně dosazení speciálního pedagoga i do běžných mateřských škol). Bude tak možné u dětí příznaky autismu dříve odhalit a započít s individuální výukou.

Cílem této práce bylo popsat vývojová specifika u dětí předškolního věku s poruchami autistického spektra. Cíl práce byl naplněn. Toto téma je velmi rozsáhlé, protože možnosti diagnostiky a péče o tyto děti se neustále zlepšují.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BEYER, Jannik. *Autismus a hra: Příprava herních aktivit pro děti s autismem*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-157-3.

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

EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.

FÜRST, Maria. *Psychologie. V etn. vývojové psychologie a teorie výchovy*. 1. vyd. Olomouc : Votobia, 1997. ISBN 80-7198-199-0.

GILLBERG, Christopher, PEETERS, Theo. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. 2. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-856-2.

HAVLÍK, Radomír, KOPECKÝ, Jaroslav. *Sociologie výchovy a školy*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-327-7.

HOUŠTĚK, Josef. *Pediatric : učebnice pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1986. 08-057-086.

HRDLIČKA, Michal, KOMÁREK, Vladimír. *Dětský autismus*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.

HYNIE, Sixtus. *Farmakologie v kostce*. 2. vyd. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-181-1.

JANOUŠOVÁ, Miroslava. *Šimon, Toník a jejich kamarádi ve školce : program všestranného rozvoje dětí od 4 do 5 let*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-161-4.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.

NOVOTNÁ, Lenka, HÁČKOVÁ, Miloslava, MIŠKOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Plzeň : ZČU Plzeň, Fakulta Pedagogická, 2004. ISBN 80-7043-281-0.

NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha : Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2010. ISBN 978-80-86723-85-3.

OPEKAROVÁ, Olga. *Kapitoly z výchovného poradenství. Školní poradenské služby*. 2. vyd. Praha : Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2010. ISBN 978-80-86723-96-9.

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

RENDLOVÁ, Hana. *Šimon p jde do školy : program všestranného rozvoje p edškolního dít te*. Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-243-2.

SMOLÍKOVÁ, Kate ina: *Rámcový vzd lávací program pro p edškolní vzd lávání*. Praha : Výzkumný ústav pedagogický, 2004. ISBN 80-87000-00-5.

THOROVÁ, Kate ina. *Poruchy autistického spektra*. 1.vyd. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

ŽÁ KOVÁ, Hana, JUCOVI OVÁ, Drahomíra. *Metody práce s d tmi s LMD (ADHD, ADD) p edevším pro rodi e a vychovatele*. 6. vyd. Praha : Nakladatelství D+H, 2005. ISBN 80-903579-1-1.

*Autismus*. Ob anské sdružení AUTISTIK, 1996.

*Pedagogické hodnocení v pojetí RVP PV. Metodika pro podporu individualizace vzd lávání v podmínkách mate ské školy*. Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2007. ISBN 80-87000-10-2.

*Školní vzd lávací program: „Život je všude kolem nás“*. 17. MŠ Plze , 2010.

*Rámcový vzd lávací program pro p edškolní vzd lávání*. Praha: VÚP PRAHA, 2004

*APLA : Asociace pomáhající lidem s autismem* [online]. Praha : Apla Praha o. s., 2011 [cit. 2012]. Dostupné na WWW: < <http://www.apla.cz/>>.

*Katalog sociálních a souvisejících služeb* [online]. Aitom CMS, 2012 [cit. 11. 2. 2013]. Dostupné na WWW: < <http://www.socialnisluzby-uo.cz/>>.

*MŠ DALMATINKA* [online]. Plzeň [cit. 11. 2. 2013]. Dostupné na WWW: < <http://www.msplzendalmatinka.w1.cz/>>.

*Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* [online]. Praha : VÚP PRAHA, 2007 [cit. 11. 2. 2013]. Dostupné na WWW: <[http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVPZV\\_2007-07.pdf](http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVPZV_2007-07.pdf)>.

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Terminologické rozdíly .....	11
Tabulka 2 Schéma syndromologického ovlivňování .....	55
Tabulka 3 .....	69
Tabulka 4 .....	69
Tabulka 5 .....	70
Tabulka 6 .....	71
Tabulka 7 .....	71
Tabulka 8 .....	71
Tabulka 9 .....	72
Tabulka 10 .....	77
Tabulka 11 .....	77
Tabulka 12 .....	78
Tabulka 13 .....	78
Tabulka 14 .....	79
Tabulka 15 .....	79

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Vývojový graf osmiletého dítěte s Rettovým syndromem .....	19
--	----

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Pedagogické hodnocení v pojetí RVP PV: Orientační poznámky o rozvoji a učeních dítěte .....	I
---	---

## **P ÍLOHY**

## Příloha A – Pedagogické hodnocení v pojetí RVP PV: Orientační poznámky o rozvoji a učení dítěte.

Příloha 3 - Orientační poznámky o rozvoji a učení dítěte

### Orientační poznámky o rozvoji a učení dítěte

Jméno dítěte: .....

Datum narození: ..... Datum nástupu do MŠ: .....

Školní rok/třída: .....

Jméno učitelky: .....

#### Kdy a jak záznamový arch používat

Tento záznamový arch může poskytnout **orientační přehled** o rozvoji dítěte a výsledcích jeho vzdělávání. Lze jej využít pro **vstupní diagnostiku**, kdy nás informuje o tom, na jaké úrovni se v jednotlivých dovednostech dítě nalázá. Umožňuje provádět **průběžnou diagnostiku** a sledovat, jak postupuje rozvoj a učení dítěte v průběhu jeho docházky do mateřské školy. Stejně tak lze záznamový arch využít v případech, kdy chceme zjistit dovednosti dítěte v době, kdy předškolní vzdělávání ukončuje (**výstupní diagnostika**). Záznam tak může být k dispozici po celou dobu, kdy předškolní vzdělávání dítěte probíhá. Intervaly mezi jednotlivými etapami hodnocení a četnost záznamů lze volit u jednotlivých dětí různě, dle aktuální potřeby. Zcela postačuje v průměru dvakrát během roku, častější záznamy již posun a vzdělávací pokroky dítěte dobře nezachytí.

Tento arch je vhodný k využití zejména u dítěte, kde vývoj i vzdělávání probíhá bez vážnějších problémů. Pokud se objeví ve vzdělávání dítěte obtíže, na které je třeba se více zaměřit, je lepší doplnit tento orientační přehled v problematické oblasti tak, aby sledování dítěte a jeho pokroků bylo důkladnější (lze využít jiných archů či vývojových řad).

Samotný arch nám v první řadě řekne, **jakých konkrétních projevů dítěte si všimát**. Začneme tedy pozorováním dítěte, a to jak průběžným, tak také cíleným. Poté přistoupíme k zápisu toho, co u dítěte pozorujeme. Budeme pracovat se **sloupci a řádky**. Sloupce jsou určeny pro jednotlivé etapy sledování dítěte (šest sloupců je tedy maximálně pro šest záznamů). Při vlastním zápisu postupujeme tak, že zapíšeme **nad sloupec datum**, popř. **časový interval**, v jehož průběhu sledování a záznam provádíme (např. druhá polovina 2007, leden – březen) a postupně označujeme u jednotlivých dovedností v tomto sloupci políčka dle toho, na jaké úrovni dítě dovednost zvládá. Pokud provádíme pozorování i záznam průběžně, popř. zpozorujeme-li u dítěte významný projev či posun, můžeme **do okénka** vpisovat toto datum.

Dítě využijeme hodnotící stupnici. Hodnotíme na jaké úrovni dítě dovednost zvládá. K tomu využijeme stupnici 1 – 4. Pokud v průběhu sledovaného období nezískáme dostatek podnětů k tomu, aby dítě mohlo být hodnoceno, zapíšeme N (např. dítě, které se dostatečně neprojevuje, protože je v adaptaci, dítě, které mluví špatně česky, které další dobu nedocházelo apod.)

Při vlastním zápisu postupujeme tak, že zapíšeme nahoře do sloupce datum a postupně pak zapisujeme do jednotlivých okének příslušný znak (1, 2, 3, 4, N). Při opakovaném hodnocení, resp. z opakovaného zápisu, tak můžeme poznat, zda k předpokládanému posunu v jednotlivých dovednostech u dítěte dochází či nedochází a podle toho pak plánovat vzdělávací nabídku.

Stupnice pro hodnocení dítěte v jednotlivých dovednostech (způsobilostech):

- 1 – dosud nevládá (má vážnější obtíže)
- 2 – zvládá s vynaložením maximálního úsilí
- 3 – přetrvávají problémy (občasné, dílčí)
- 4 – zvládá spolehlivě, bezpečně
- N – není hodnoceno (nežáří, neprojevuje se)

Při práci s tímto archem je třeba se řídit postupy a pokyny popsányými a doporučenými v Metodice na podporu individualizace vzdělávání v podmínkách mateřské školy. Výsledný záznam je **pracovním materiálem pedagoga**, který má dítě ve své péči a soudí výhradně k tomu, aby pedagog mohl citlivěji a spolehlivěji přizpůsobovat vzdělávání jeho individuálním potřebám a možnostem. Je **nutno zajistit, aby se záznam nedostal do nepovolaných rukou či nebyl zneužit v neprospěch dítěte**.



**Oblast biologická**Data jednotlivých záznamů<sup>1</sup>

- zachovává správné držení těla					
- správně dýchá					
- pohybuje se koordinovaně					
- hází a chytá míč, užívá různé náčiní					
- napodobuje pohyb podle vzoru					
- zachází s tužkou, barvami, nůžkami, papírem					
- používá běžné předměty, hračky a pomůcky odpovídajícím způsobem					
- zvládá stolování, oblékání, obouvání					
- postará se o sebe a o své věci					
- udržuje pořádek					
- pojmenovává části těla i některé vnitřní orgány					
- chová se opatrně a bezpečně					

**Oblast psychologická****Jazyk a řeč**

Data jednotlivých záznamů

- pojmenovává většinu věcí a dějů v okolí					
- správně vyslovuje, mluví jasně a zřetelně					
- mluví gramaticky správně					
- zachytí myšlenku příběhu a zopakuje ji ve správných větách					
- vede rozhovor, ptá se, slovně reaguje					
- reprodukuje říkanky a písničky					
- chápe slovní vtíp a humor					
- rozlišuje začáteční a koncové slabiky a hlásky					
- sleduje očima zleva doprava					
- pozná některá písmena a číslice					
- pozná napsané své jméno					

**Poznávací schopnosti a funkce, představivost a fantazie, myšlenkové operace**

Data jednotlivých záznamů

- dokáže se soustředit na činnost a udržet pozornost					
- postřehne, co je nové či změněné					
- rozlišuje tvary a další vlastnosti předmětů zrakem i hmatem					
- rozlišuje a zná barvy (černá, bílá, červená, zelená, modrá, žlutá, hnědá, oranžová, růžová, šedá atd.)					
- rozlišuje zvuky a tóny					
- vyjadřuje své představy, uplatňuje vlastní fantazii					
- je tvořivé a nápadité, vyjadřuje se prostřednictvím nejrůznějších tvořivých činností					
- chápe význam piktogramů a jiných obrazných značek					
- rozlišuje základní geometrické tvary					
- uvažuje a přemýšlí					
- kreslí s určitým záměrem					

<sup>1</sup> Záznam se provádí pravidelně, podle toho, jak je u kterého dítěte zapotřebí, minimálně každým rokem, který dítě v mateřské škole stráví, maximálně třikrát do roka

Příloha 3 - Orientační poznámky o rozvoji a učení dítěte

- chápe podstatné znaky a vlastnosti předmětů, jejich podobu či rozdíl									
- porovnává, uspořádává a třídí předměty podle určitého pravidla (pozná více, stejně, méně, první, poslední apod.)									
- orientuje se v elementárním počtu do rozsahu první desítky									
- chápe prostorové pojmy (vpravo, vlevo, dole, nahoře, uprostřed, za, pod, nad, u, vedle, mezi apod.)									
- chápe elementární časové pojmy (teď, dnes, včera, zítra, ráno, večer, jaro, léto, podzim, zima, rok)									
- učí se nazpaměť krátké texty, úmyslně si pamatuje a vybavuje									
- postupuje podle instrukcí a pokynů									
- odlišuje hru od systematické práce									
- kreslí, používá barvy, modeluje, konstruuje, tvoří z papíru, tvoří a vyrábí z různých jiných materiálů a přírodnin aj.									
- zpívá písně, zachází s jednoduchými hudebními nástroji, pohybuje se rytmicky podle hudby									

**Sebepojetí, city, vůle**

*Data jednotlivých záznamů*

- je samostatné									
- má svůj názor									
- aktivně se rozhoduje									
- ovládá se									
- umí souhlasit i odmítnout									
- uvědomuje si své silné i slabé stránky									
- vyrovnává se s neúspěchem									
- vyvine volní úsilí, soustředí se na činnost a její dokončení									
- respektuje daná pravidla v běžném chování i při hrách									
- zorganizuje činnost či hru									
- projevuje radost, soucit, náklonnost									
- projevuje nadšení									

**Oblast interpersonální**

*Data jednotlivých záznamů*

- přirozeně komunikuje s učitelkou									
- přirozeně komunikuje s druhým dítětem									
- je ohleduplné, respektuje druhé dítě, neprosazuje se na jeho úkor									
- společně pracuje, společně si hraje									
- dělí se o hračky, pomůcky									
- vyjednává, problémy řeší dohodou									
- neposmívá se druhému, neubližuje mu									
- ubližování a ponížení druhého dítěte se brání									

**Oblast sociálně-kulturní**

*Data jednotlivých záznamů*

- přijímá autoritu, je zdvořilý					
- zdraví známé děti i dospělé					
- vyslechne sdělení, neskáče do řeči					
- uposlechne pokyn					
- poprosí, poděkuje, požádá o pomoc					
- dodržuje pravidla skupiny					
- dodržuje herní pravidla, hraje a chová se spravedlivě a fair					
- podřídí se rozhodnutí skupiny a přizpůsobí se společnému programu					
- spolupracuje s ostatními dětmi ve skupině					
- vyjednává a domluví se na společném řešení					

**Oblast enviromentální**

*Data jednotlivých záznamů*

- má všestranné a bohaté poznatky o bezprostředním okolí a dění, o světě přírody, o životě lidí, o kultuře svého prostředí					
- orientuje se bezpečně v běžném životě					
- v běžných situacích a zřejmém prostředí se chová přiměřeně					
- v zásadě ví, co je dobře a co špatně (doma, v mateřské škole i na veřejnosti)					
- uvědomuje si běžná nebezpečí, chová se bezpečně					
- je zvědavý, má své zájmy a projevuje je					
- je aktivní a podnikavý					
- hovoří o tom, co jej zaujalo					
- všímá si změra a dění v nejbližším okolí					
- umí přijmout změnu a přizpůsobit se					
- chová se ohleduplně a šetrně k věcem i k přírodě					

**Další důležité poznatky o dovednostech dítěte, o jeho rozvoji a učení dítěte:**  
(místo pro volný zápis)

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Lucie Šechalová

**Obor:** Speciální pedagogika – vychovatelství

**Forma studia:** kombinovaná

**Název práce:** Vývojová specifika u dětí předškolního věku s poruchami autistického spektra

**Rok:** 2013

**Počet stran:** 82

**Celkový počet stran příloh:** 4

**Počet titulů české a zahraniční literatury a pramenů :** 25

**Počet internetových zdrojů :** 4

**Vedoucí práce:** Mgr. Iva Duksová