

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

DIPLOMOVÁ PRÁCA

**Možnosti ovplyvňovania problémového správania detí
postihnutých autizmom**

Praha 2012

Bc. Ingrid Vajkunyová

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

magisterské kombinované štúdium
2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Bc. Ingrid Vajkunyová

Možnosti ovplyvňovania problémového správania detí
postihnutých autizmom

Praha 2012

Vedúci diplomovej práce: Mgr. Denisa Štefková Ph.D.

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined / Full-Time Studies
2010 - 2012

DIPLOMA THESIS

Bc. Ingrid Vajkunyová

Possibilities of influencing problem behavior of children with
autism

Prague 2012

**The diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Denisa Štefková
Ph.D.**

Čestné vyhlásenie

Čestne vyhlasujem, že predložená diplomová práca je mojim pôvodným autorským dielom, ktoré som vypracovala samostatne. Použitú literatúru a ďalšie zdroje, z ktorých som pri spracovaní čerpala, v práci citujem a sú uvedené v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

Praha, 15. marec 2012

Bc. Ingrid Vajkunyová

Pod'akovanie

Týmto by som chcela poďakovať mojej školiteľke diplomovej práce Mgr. Denise Štefkovej Ph.D., za jej trpezlivosť a metodickú pomoc, ktorú mi poskytla pri jej vypracovaní.

Anotácia

Hlavným cieľom diplomovej práce je predstaviť a poukázať na jednotlivé typy, formy problémového správania u detí s poruchou autistického spektra. A tiež poukázať na možnosti, spôsoby, metódy ako tomuto problémovému správaniu predchádzať, ako ho eliminovať a v neposlednom rade odstraňovať. V diplomovej práci je pozornosť sústredená na klasifikáciu a základné vymedzenie pojmu autizmus, ako aj na popísanie problémového správania u detí s poruchou autistického spektra. Zvolenou metódou v tejto práci je kazuistika, ktorá je zameraná na jednotlivé, podrobné prípady detí s autizmom, ktorých problémové správanie dennodenne narúša sociálny kontakt s rodinou i okolím.

Kľúčové pojmy

Autizmus

Diagnostika

Komunikácia

Porucha predstavivosti

Problémové správanie

Sociálna interakcia

Špeciálna pedagogika

Výchova

Vzdelávanie

Annotation

The main objective of this thesis is to introduce and demonstrate the different types and forms of problem behavior of children with autism spectrum disorder and also point at the possibilities, ways and methods of prevention of problem behavior, its elimination and removal. In this thesis attention is focused on the basic classification and definition of autism, as well as description of the problem behavior of children with autism spectrum disorder. The chosen method in this work is casework which focuses on individual, detailed cases of children with autism, whose behavior affects everyday social contact with the family and community.

Key words

Autism

Diagnostic

Communication

Failure of imagination

Problem behavior

Social interaction

Special education

Upbringing

Education

OBSAH

ÚVOD	9
1 AUTIZMUS	11
1. 1 Klasifikácia, vymedzenie pojmu autizmus.....	12
1. 2 Triáda problémových oblastí pri poruchách autistického spektra.....	15
1. 2. 1 Sociálna interakcia a sociálne správanie.....	17
1. 2. 2 Porucha komunikácie.....	19
1. 2. 3 Predstavivosť, opakujúci sa repertoár záujmov a aktivít.....	21
2 PROBLÉMOVÉ SPRÁVANIE	24
2. 1 Základné spúšťacie faktory problémového správania.....	24
2. 2 Citlivosť zmyslov a percepčné poruchy u detí s PAS.....	25
2. 3 Typy problémového správania.....	27
3 SCHÉMA PROBLÉMOVÉHO SPRÁVANIA	32
4 MOŽNOSTI OVPLYVŇOVANIA PROBLÉMOVÉHO SPRÁVANIA U DETÍ POSTIHNUTÝCH AUTIZMOM	33
4. 1 Metódy, elektický a celostný prístup.....	33
4. 1. 1 Behaviorálna intervencia.....	35
4. 1. 1. 1 Pozitívne posilňovanie.....	36
4. 1. 1. 2 Tresty.....	37
4. 1. 2 Aplikovaná behaviorálna analýza.....	40
4. 1. 3 Kognitívna a kognitívno-behaviorálna terapia.....	43
4. 1. 4 TEACCH program.....	45
4. 1. 5 Relaxácia.....	46
4. 1. 6 Zooterapia.....	47
4. 1. 6. 1 Delfinoterapia.....	47
4. 1. 6. 2 Canisterapia.....	48
4. 1. 6. 3 Hipoterapia.....	49
4. 1. 7 Muzikoterapia.....	49
5 KAZUISTKA	50
5. 1 Základné vymedzenie pojmu kazuistika.....	50
5. 1. 1 Ciele kazuistiky.....	51
5. 1. 2 Kazuistické metódy.....	51
5. 2 Kazuistika "Janko".....	52
5. 3 Kazuistika "Romanko".....	55
5. 4 Kazuistika "Stanko".....	59
5. 5 Kazuistika "Paľko".....	61
5. 6 Zhrnutie a odporúčanie pre prax.....	64
ZÁVER	66
ZOZNAM POUŽITEJ SLOVENSKEJ LITERATÚRY A PRAMEŇOV...	67
ZOZNAM POUŽITEJ ZAHRANIČNEJ LITERATÚRY A PRAMEŇOV.	68
ZOZNAM TABULIEK A SCHÉM	71
ZOZNAM SKRATIEK A ZNAČIEK	72
ZOZNAM PRÍLOH	73

ÚVOD

Našu spoločnosť tvorí zväčša zdravá, úspešná populácia, čo je nepochybne veľmi dobre. No napriek tomu aj v našej spoločnosti s nami žijú aj postihnutí a hendikepovaní jedinci. Povinnosťou každej humanistickej spoločnosti je postarať sa aj o postihnutých, či inak hendikepovaných spoluobyvateľov, ku ktorým patria aj deti s poruchou autistického spektra. Vychádzajúc z konkrétnych pedagogických skúseností a práce s deťmi s poruchou autistického spektra je nutné zaoberať sa aj touto problematikou. V edukačnom procese sa neustále hľadajú nové a zaujímavé formy, postupy a metódy ovplyvňovania problémového správania.

Autizmus je často definovaný ako druh „kognitívnej osamelosti“. Deti s poruchou autistického spektra majú problémy s empatiou, nevedia si predstaviť seba v koži iného človeka, nedokážu si predstaviť, čo ostatní ľudia cítia, ako vyzerá svet videný očami druhých.

Cieľom tejto práce bolo načrtnúť možnosti alternatívnych prístupov, foriem metód ktorými dokážeme zmierňovať problémové správanie u detí s autizmom. Využívanie týchto metód a prostriedkov vplýva na intelektuálne, psychické a sociálne potreby autizmom postihnutého žiaka. To bolo aj hlavným dôvodom zaoberania sa touto problematikou. Táto práca nepriamo nadväzuje na diela z oblasti špeciálnej pedagogiky, patopsychológie, psychológie o problémovom správaní detí s poruchou autistického spektra. Aj po rokoch intenzívneho výskumu je autizmus záhadou, veľmi málo sa vie o jeho príčinách, o možnostiach terapie, aj o nádeji integrácie sa detí s takouto diagnózou

Diplomová práca pozostáva z piatich kapitol. V prvej kapitole charakterizujeme a klasifikujeme autizmus, poukazujeme na poznávacie procesy a komunikáciu detí s poruchou autistického spektra. Druhá kapitola je zameraná na problémové správanie detí s autizmom. Treťou kapitolou vymedzujeme typy problémového správania prostredníctvom schémy. Formami, metódami, postupmi, ktoré sa používajú na zamedzenie výskytu problémového správania a ich členením sa zaoberá štvrtá kapitola. Ťažiskom

tejto práce je piata kapitola, ktorej pozornosť sa sústreďuje na formu metódy , ktorú sme si zvolili v tejto práci a je ňou kazuistika. Tu ozrejmujeme históriu, obsah a ciele, ako aj princípy, metódy kazuistiky.

Diplomovou prácou chceme poukázať na možnosti hľadania nových alternatívnych prístupov v predchádzaní, eliminovaní a odstraňovaní problémového správania u detí s poruchou autistického spektra.

1. AUTIZMUS

Nie je tomu tak dávno keď autizmus bol v kruhoch špeciálnych a liečebných pedagógov takmer neznámym pojmom. Skoro vždy bol spájaný s predstavou záhadného človeka, ktorého správanie je nevysvetliteľné, ale hlavne neznesiteľné, rušivé a ktorého komunikácia nie je vlastne komunikáciou, pretože väčšinou donekonečna opakuje stále to isté, alebo nehovorí vôbec, ktorého záujmy sú prinajlepšom podivné a v praktickom živote nepoužiteľné (Šedibová, 1998).

Podľa Jelínkovej (2000), spoločnosť zvykne hodnotiť človeka podľa toho, ako rozpráva, ako vyzerá a ako sa chová. Nie je to iba snaha vyhnúť sa sociálnym kontaktom, väčšinou ide hlavne o kvalitu týchto vzťahov, ktorá predstavuje najväčší problém. Deti s poruchou autistického spektra majú problém porozumieť komunikácii medzi ľuďmi, nerozumejú sociálnemu chovaniu a tiež majú veľký problém s rozvojom predstavivosti. Deti s PAS sú schopné dať len malý zmysel tomu, čo cítíme, aké máme úmysly, či prania. Nedokážu čítať z očí, gest, ani z výrazu tváre.

V psychiatrickej terminológii patrí autizmus medzi pervazívne vývinové poruchy. Pojem pervazívny (všadeprenikajúci) znamená, že „vývin dieťaťa je kvalitatívne odlišný od normálneho a preniká viacerými psychickými funkciami.“ (Thorová, 2006, s. 58)

Ľudia s autizmom majú takzvané hyperrealistické mentálne vybavenie, práve preto majú najväčšie problémy v tých oblastiach, kde je potrebné domýšľať si význam slov. Človek s autizmom má problémy s metafyzickým rozmerom reality, je vlastne hyperrealistom vo svete surrealistov (Gillberg, Peeters, 2003).

Podľa autorov Gillberga a Peetersa (2003) sa abnormalita objavuje už pred 3. rokom života dieťaťa.

1.1 Klasifikácia, vymedzenie pojmu autizmus

Obtiažnosť a zaradovanie detí do určitej kategórie pervazívnych vývinových porúch a ich vzájomné prekrývanie vyvolalo v praxi potrebu všeobecného termínu, ktorý by zastrešoval deti s čo najširšou škálou symptómov. Vo svete sa rozšíril pojem „poruchy autistického spektra, ktorý zhruba zodpovedá pervazívnym vývinovým poruchám.“ (Thorová, 2006, s. 60)

Kategória pervazívnych vývinových porúch v medzinárodnej klasifikácii chorôb zahŕňa:

- Detský autizmus,
- Atypický autizmus,
- Rettov syndróm,
- Iná dezintegratívna porucha v detstve,
- Hyperaktívna porucha spojená s mentálnou retardáciou a stereotypnými pohybmi,
- Aspergerov syndróm,
- Iné pervazívne vývinové poruchy. (Thorová, 2006, s. 60)

Tab. 1: Porovnanie terminologických rozdielov svetového kvalifikačného systému MKCH-10 s americkým DSM-IV

MKCH-10 (1992)	DSM-IV (1994)
Detský autizmus (F84,0)	Autistická porucha
Atypický autizmus (F84,1)	Pervazívna vývinová porucha inak nešpecifikovaná
Aspergerov syndróm (F84,5)	Aspergerová porucha
Iná dezintegračná porucha v detstve (84,3)	Dezintegračná porucha v detstve
Rettov syndróm (84,2)	Rettová porucha
Hyperaktívna porucha s mentálnou retardáciou a stereotypnými pohybmi (84,4)	-
Iné pervazívne vývinové poruchy (84,8)	Pervazívna vývinová porucha inak nešpecifikovaná
Pervazívna vývinová porucha nešpecifikovaná (84,9)	Pervazívna vývinová porucha inak nešpecifikovaná

Zdroj: Hrdlička, 2004

Detský autizmus ide o typ vývojovej poruchy s prítomnosťou abnormálneho, alebo porušeného vývoja, manifestuje sa pred vekom troch rokov charakteristickým typom abnormálnej funkcie všetkých troch oblastí psychopatológie, ktorými sú recipročné sociálne interakcie, komunikácie a opakujúce sa obmedzené stereotypné chovanie. K špecifickým diagnostickým rysom ďalej pristupuje škála ďalších nešpecifikovaných problémov, ako je fóbia, poruchy spánku, poruchy jedla, návaly zlosti a agresia namierená proti svojej osobe.

Atypický autizmus je typ pervazívnej poruchy, ktorá sa odlišuje od detského autizmu vekom začiatku, alebo tým, že nespĺňa všetky skupiny požiadaviek pre diagnostické kritéria. Ide o abnormálny a porušený vývoj až po treťom roku veku a zároveň nie je preukázaná abnormalita v jednej alebo v dvoch z troch oblastí požadovaných pre diagnózu autizmu. Atypický autizmus väčšinou vzniká pri výrazne retardovaných jedincov a tiež u ľudí s ťažkou vývojovou receptívnou poruchou reči.

Rettov syndróm. Stav doteraz zistený len u dievčat so začiatkom vo veku 7-24 mesiacov. Po období normálne prebiehajúceho vývoja sa objavuje čiastočná, alebo pomalá strata reči a porucha osobnosti pri chôdzi a pri používaní rúk, a tiež zastavenie rastu hlavy. Charakteristické sú strata pohybu rúk, stereotypné krúživé pohyby rúk a tiež spontánna hypervantílácia. Je úplne zastavený sociálny vývoj a vývoj hry. Ataxia trupu a apraxia sa vyvíjajú od štyroch rokov a následne nastupujú choreoatoidné pohyby. Výsledkom je skoro vždy mentálna retardácia.

Iná detská dezintegračná porucha. Typ pervazívnej vývojovej poruchy, pre ktorú je charakteristické, že po období normálneho vývoja nasleduje trvalá strata skôr získaných schopností v rôznych oblastiach vývoja a to v priebehu niekoľkých mesiacov. Taktiež dochádza k strate záujmu o okolie, stereotypné motorické manýrovanie a tiež o narušenú sociálnu interakciu a komunikáciu. V niektorých prípadoch môže byť porucha v určitom spojení s encefalopatiou, ale diagnóza musí byť založená na prejavoch chovania.

Hyperaktívna porucha združená s mentálnou retardáciou a stereotypnými pohybmi ide o ťažko definovateľnú poruchu s neistou

nozologickou validitou. Kategória označuje skupinu detí s ťažkou mentálnou retardáciou (IQ pod 34), u ktorých hlavným problémom je hyperaktivita, porucha pozornosti a stereotypné chovanie. Stav sa po stimuláciách nezlepšuje (na rozdiel od detí s normálnou inteligenciou) často dochádza k ťažkým dysforickým reakciám. K tejto poruche je často pridružený rad globálnych, alebo špecifických vývojových oneskorení. Nie je známe do akej miery je tento typ príznakov spôsobený nízkym IQ, alebo nejakou organickou chorobou mozgu

Aspergerov syndróm je porucha neistej nozologickej validity, charakterizovaná kvalitatívnym porušením recipročnej sociálnej interakcie napodobujúcej autizmus a súčasne opakujúcim sa obmedzeným, stereotypným repertoárom záujmov a aktivít. Od autizmu sa odlišuje tým, že nie je omeškaný vývoj reči a ani kognitívne schopnosti. Často je pridružená značná nemotornosť. Abnormality majú tendenciu pretrvávať do dospelosti. Občas sa v dospelosti vyskytujú psychotické epizódy. <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F80-F89.html>

Thorová (2006) hovorí, že intelekt u detí s Aspergerovým syndrómom je v pásme normy, má vplyv na úroveň dosiahnutého vzdelania a tiež úroveň sebaobslužných schopností, ale nie je zaručeným predindikátorom plne samostatného života v dospelosti. Štúdium zaoberajúce sa prognózou ľudí s Aspergerovým syndrómom uvádzajú, že väčšina ľudí s Aspergerovým syndrómom žije doma s rodičmi a nepracuje. Zo skúseností vyplýva, že niektorí ľudia s Aspergerovým syndrómom sú pasívni a nemajú výrazné problémy v správaní. S pomocou rôznych nácvikov a individuálneho prístupu zvládnu bežnú dochádzku do školy.

Iné pervazívne vývojové poruchy podľa Gillberga a Peetersa (2003) by do tejto kategórie mali patriť tí jedinci, ktorý spĺňajú päť, alebo viac symptómov, ale nespĺňajú všetky kritéria pre autizmus. Zaraďujú sa sem aj detí s poruchou pozornosti, detí s ťažkou motorickou neobratnosťou a tiež ostatné postihnutia s mentálnou retardáciou nespĺňajúce kritéria pre autizmus.

Pervazívna vývojová porucha NS

Tab. 2: Rozdiely medzi jednotlivými pervazívnymi vývinovými poruchami

Znak	Detský autizmus	Aspergerov syndróm	Rettov syndróm	Iná dezintegračná porucha
Vek pri odhalení	0-3	nad 3	0,5-2,5	do 2
Pohlavie	M/Ž	M/Ž	Ž	M/Ž
Inteligencia	MR, norma	podpriemer, norma	závažnejšie MR	závažnejšie MR
Regres	niekedy	nie	áno	áno
Komunikačné schopnosti	Prevažne obmedzené	dobré	veľmi zlé	veľmi zlé
Sociálne schopnosti	veľmi zlé	zlé	závisí od veku	veľmi zlé
Obmedzené záujmy	rôzne	áno	nevalidný rys	nevalidný rys
Rodinná anamnéza	málokedy	často	nie	nie
Výskyt epilepsie	bežný	nie	veľmi častý	bežný
Prognóza	rôzna	väčšinou dobrá	veľmi zlá	veľmi zlá

Zdroj: Hrdlička, Komárek 2004

Poznámka:

M – muži

Ž – ženy

MR – mentálna retardácia

1.2 Triáda problémových oblastí pri poruchách autistického spektra

Podľa Šedibovej (2009) výskumy, ktoré prebiehajú v posledných rokoch, majú veľký prínos pre pochopenie poruchy autistického spektra, ktorá je v dnešnej dobe vo všeobecnosti považovaná za poruchu vývinu.

Poruchy autistického spektra sa diagnostikujú na základe určitých súborov symptómov v špecifických oblastiach. V sedemdesiatych rokoch v Anglicku psychiatrička Lorna Wingová vymedzila tri problémové oblasti,

ktoré sú kľúčové pre určenie diagnózy a nazvala ich triádou poškodení. K nim zaradila problémy „v sociálnom správaní, komunikácii, predstavivosti.“ (Thorová, 2006, s. 58)

Triáda je vždy spojená s obmedzeným, úzkym repetitívnym vzorcom aktivít. Výskum (DACH – Detské autistické chovanie, v rokoch 1996 - 2003, Thorová, 2003) dokazuje, že schopnosti sociálnej interakcie, komunikácie a imaginácie sú rovnako ako aj ďalšie vývinové schopnosti, závislé od funkcií mozgu. Triáda má veľa obmien, ktorými sa poruchy autistického spektra navonok manifestujú:

- základné poškodenie sa môže vyskytovať v rôznych stupňoch závažnosti,
- počas vývinu jedinca dochádza ku zmenám prejavov, určité aspekty vzorca správania sú v určitom veku výraznejšie než iné,
- ľahký a stredný stupeň mentálnej retardácie sa vyskytuje u štvrtiny detí s poruchami autistického spektra, ťažký stupeň až u polovice detí,
- poruchy autistického spektra môžu byť spojené s ďalšími poruchami: zmyslovými, telesnými, epilepsiou,
- výchova a sociálne prostredie zanechávajú výrazný vplyv v správaní,
- všetky deti majú svoje osobnostné špecifiká, ktoré ovplyvňujú ich reakcie vzhľadom na vlastné postihnutie.

Kikušová, Králiková (2004) uvádzajú, že postihnutie sa prejaví práve v tých oblastiach, ktoré sú pre život jedinca v akejkoľvek komunite kľúčové.

Deti s poruchou autistického spektra sprevádzajú problémy s obmedzeným okruhom záujmov, neúčelným repetitívnym správaním, rôznymi bizarnými rituálmi. Okrem toho majú problém porozumieť podnetom, ktoré vnímajú a správne reagovať na situácie, ktoré pozorujú, alebo v ktorých sa nachádzajú. Z dôvodu svojho postihnutia nemajú schopnosť vnímať svoje okolie spôsobom, ktorý by im umožnil komplexné pochopenie skutočnosti. Tieto kognitívne problémy sú dôsledkom vývinového oneskorenia a nerovnomerného vývinu, ktorý sa kvalitatívne líši od vývinu zdravých detí (Jelínková, Netušil, 2001).

1.2.1 Sociálna interakcia a sociálne správanie

Sociálne chovanie môžeme u detí pozorovať už od prvých dní života. Sociálny úsmev, pomrkvávanie, očný kontakt sa každým mesiacom upevňujú. Sociálne chovanie dieťaťa sa stále viac diferencuje. Porucha sociálnej interakcie sa hĺbkou postihnutia u detí s PAS výrazne líši. Niektoré deti majú problémy so základnými sociálnymi schopnosťami, ktoré sú vlastné deťom v dojčeneckom veku, u niektorých sociálne chovanie odpovedá chovaniu trojročného dieťaťa a niektorí ľudia s miernejšou variantou handicapu chápu sociálne problémy na úrovni šesťročných (Thorová, 2006).

Hrdlička, Komárek (2004) chápu poruchu sociálnych vzťahov ako kvalitatívne poškodenie v sociálnych vzťahoch a to sociálna indiferentnosť, sociálna vyhybavosť, sociálna nešikovnosť. Deťom s poruchami autistického spektra chýba očný kontakt, dieťa nejaví záujem o ľudské tváre, hlasy. Nevytvárajú sa typické väzby k matke. Málokedy prejavujú strach z odlúčenia od blízkej osoby, alebo strach z cudzích ľudí. Neskôr sa stáva charakteristickým nezáujem o kontakt s ľuďmi a slabá, alebo žiadna odpoveď na podnety okolia. Nápadným sa stáva nesprávne používanie sociálnych signálov, nedostatočná integrácia sociálneho, emočného a komunikačného správania.

Šedibová (2009) rozlišuje rôzne formy sociálnej interakcie:

- najťažšia forma je úplne vyhybanie sa a ľahostajnosť k ostatným ľuďom, najmä deťom, hoci niektorí majú radi niektoré formy fyzického kontaktu. Väčšina detí s triádou poškodenia prejavuje prítulnosť k iným ľuďom na jednoduchšej fyzickej úrovni, ale ostávajú ľahostajné k rovesníkom,
- v niektorých prípadoch dieťa pasívne akceptuje sociálny kontakt, prejavuje z neho potešenie, ale samo spontánne kontakty nenadväzuje,
- niektoré deti s poruchami autistického spektra kontaktujú iných ľudí spontánne, ale veľmi zvláštnym, neprimeraným spôsobom,

- medzi najschopnejšími adolescentmi a dospelými sa nájdu takí, ktorí sa správajú k rodine, ale aj cudzím ľuďom veľmi neprimeraným, štylizovaným spôsobom.

Richman (2006) uvádza nasledovné symptómy:

- jedinci môžu mať problémy s porozumením výrazom tváre a gest ako mávanie a ukazovanie,
- nie sú schopní nadväzovať a rozvíjať primerané sociálne kontakty s rovesníkmi,
- dávajú prednosť samote a neprejavujú záujem o ostatných ľudí,
- používajú ruku inej osoby, keď chcú dotiahnuť na nejakú vec,
- prejavujú minimálnu iniciatívu, majú minimálne, alebo žiadne hrove schopnosti.

Diagnostické kritéria podľa Švarcovej (2003):

- zreteľná neschopnosť používať bežné formy vystupovania, ako pohľad do očí, výraz tváre, gestá a pohyby tela, k sociálnej interakcii,
- zlyhanie pri vytváraní vzťahov s rovesníkmi,
- nedostatok spontánnej snahy zdieľať záujmy a poznatky s ostatnými. Neschopnosť zdieľať radosť, smútok a iné pocity druhých ľudí,
- nedostatok sociálnej a emocionálnej vzájomnosti: neschopnosť aktívne sa zúčastniť hier, preferovanie samotárstva, používanie ostatných osôb ako „nástroja“ k mechanickej manipulácii.

Podľa Beyera a Gammeltofta (2006) sa deti s autizmom často snažia pochopiť sociálny svet pomocou logického vzťahu príčina – dôsledok.

U detí s PAS sa stretávame s celou škálou sociálneho správania, ktorá má dva protichodné póly. Pól osamelý, kedy dieťa pri každej snahe o sociálny kontakt protestuje a každý pokus ignoruje. Protikladom toho je pól extrémny, pri ktorom sú neprimerané sociálne aktivity a nerešpektovanie sociálnych noriem. (Thorová, 2006).

1.2.2 Porucha komunikácie

Podľa Balášovej (2003) ľudská reč nie je vrodená, ale sa vyvíja na podklade zdedených biologických faktorov ako zložitý komplex podmienených reflexov vo vzájomnej interakcii adekvátnych sociálnych činiteľov. Preto je reč prostriedkom medziľudskej komunikácie. Tento informačný kolobeh môže byť u postihnutých osôb sťažený alebo z časti znemožnený kvôli senzorickým či kognitívnym bariéram, ale aj pre nedostatky v oblasti motoriky a oblasti emočne-vôľovej.

Poruchy autistického spektra sú primárne poruchami komunikácie. Narušenie komunikácie sa u detí s PAS prejavuje na receptívnej (porozumenie) a expresívnej (vyjadrovacej) úrovni, tiež verbálnej a neverbálnej. Deficity v komunikácii u detí s autizmom a ich kombináciami sú veľmi rôznorodé. Líšia sa rôznorodosťou prejavov a celkovou mierou komunikačného handicapu. Reč detí s PAS nemusí byť poškodená, ale v komplexnom rečovom vývoji vždy nájdeme určité abnormality (Thórová, 2006).

Hrdlička a Komárek (2004), pod poruchou komunikácie rozumejú neschopnosť využiť reč na sociálnu výmenu informácií. Je preukázané, že u detí s poruchami autistického spektra je vývin reči oneskorený alebo úplne chýba. V reči sú nápadné echolálie, zamieňanie, nesprávne používanie zámen, vetná skladba je narušená a reč má veľmi malý komunikatívny význam. Mimika a gestikulácia sú potlačené.

Asi u štyridsať percent detí s poruchami autistického spektra sa reč vôbec nevyvinie, alebo nikdy nedosiahne takú úroveň aby slúžila komunikačným účelom. V ranom veku sa dieťa môže správať neobvykle ticho, neplače, nedžavoce. Môžu sa objaviť náznaky gest, či verbálnych prejavov, nedokáže však napodobniť slová ani zvuky (Richman, 2006).

Najtypickejšie príznaky porúch autistického spektra sa prejavujú v oblasti sociálneho správania a neverbálnej komunikácie. Podľa Vosmika a Bělohávkovej (2010) ide o tieto príznaky:

- neschopnosť, alebo obmedzená schopnosť interakcie s vrstovníkmi,
- nízky záujem nadväzovať kontakty s vrstovníkmi čo často vyplýva z neistoty a neschopnosti nadväzovať kontakty,
- neodpovedajúce interpretácie sociálnych podnetov,

- sociálne i emočne neprimerané chovanie,
- problémy s adaptabilitou,
- zvláštne prejavy neverbálnej komunikácie a to: obmedzené využívanie gest, nezrozumiteľná reč tela, nízka výpovedná hodnota výrazu tváre – strnutý pohľad, nedodržiavanie dostatočného fyzického odstupu.

Richman (2006) uvádza ďalšie symptómy:

- monotónna reč bez intonácie,
- nedostatky v napodobňovaní, spontánnosti a variáciách v používaní jazyka,
- rozdiel v receptívnom a expresívnom jazyku, neschopnosť v chápaní abstraktných pojmov

Ako uvádza Thórová (2006), vzhľadom k tomu, že s vyjadrovaním svojich pocitov majú ľudia s poruchou autistického spektra problémy už v základe, je pre nich veľmi ťažké zvoliť vhodné slová tak, aby spadali do hraníc bežnej spoločenskej komunikácie. To je dôvodom, prečo ľudia s poruchou autistického spektra často používajú knižné, hanlivé, nevhodné alebo príliš expresívne slová, čo ich reči dodáva rás podivnosti.

De Clercq (2007) uvádza, že dieťa s poruchou autistického spektra myslí po svojom, robí, čo môže, snaží sa zo všetkých síl pochopiť, ako veci fungujú, vytvára si konkrétne myšlienkové spojenia, aby porozumelo svetu, a snaží sa priradiť veciam a udalostiam zmysel. Ak sa spojenie naruší, vedie to k neúmernému napätiu alebo k výbuchom bláznivého smiechu.

Šedibová (2009) upozorňuje na nasledovné nedostatky a príklady na poškodenie sociálnej komunikácie:

- nedostatky uvedomovania si sociálneho významu používania reči a potešenia z komunikovania,
- nedostatky v uvedomovaní si, že reč je prostriedok vyjadrovania sociálnych a emocionálnych informácií medzi ľuďmi. Môžu byť schopní vyjadrovať vlastné potreby, ale majú problémy vo vyjadrovaní vlastných pocitov a myšlienok, ako aj v chápaní pocitov a myšlienok iných ľudí,

- slabé porozumenie informácií vyjadrených gestami, mimikou, výrazmi tváre, postojom tela, intonáciou hlasu,
- nedostatky v používaní gest, mimiky, výrazov tváre, postojov celého tela na vyjadrovanie informácií. Niektoré deti s poruchami autistického spektra používajú gesta, ale zvláštne a neprimerane,
- deti s poruchami autistického spektra s dobrou slovnou zásobou rozumejú slovám doslovne a tak ich aj používajú.

1.2.3 Predstavivosť, opakujúci sa repertoár záujmov a aktivít

Podľa Thorovej (2006) do tretej z triád problémových oblastí patrí narušená schopnosť *predstavivosti*. Podstatnou súčasťou vývinu predstavivosti je vývoj napodobňovania. Narušená predstavivosť má na mentálny vývin dieťaťa negatívny vplyv v niekoľkých smeroch. Narušená schopnosť imitácie a symbolického myslenia spôsobuje, že u dieťaťa sa nedokáže rozvíjať hra, ktorá je jedným zo stavebných kameňov učenia a celého vývinu. Nedostatočná predstavivosť u dieťaťa spôsobuje, že sú uprednostňované činnosti a aktivity, ktoré obvykle preferujú podstatne mladšie deti, vyhľadávajú pravidelnosť v činnostiach a upínajú sa tak na jednoduchý stereotyp.

Richman (2006) hovorí, že vzorce správania sa môžu obmedziť na niektorý zmysel. Abnormálne zmyslové reakcie sa môžu prejavovať rôzne a to :

- prehnaným záujmom o taktilné podnety, alebo naopak jeho odmietaním,
- čuchovou a chuťovou precitlivosťou,
- abnormálnou zrakovou stimuláciou, ktorá sa môže prejavovať vyrovnávaním predmetov do radu, nutkavou obľubou určitých konfigurácií čísiel či písmen, hľadením do svetla,
- extrémne reakcie na zvuky, dieťa nie je schopné ignorovať nepodstatné zvuky, reaguje prehnane na určité zvukové podnety, alebo na nich vôbec nereaguje.

Hrdlička, Komárek (2004), pod poruchou *predstavivosti* zahŕňajú fakt, že deti nezachádzajú s vecami podľa ich určenia. Hračky používajú neobvyklým spôsobom, časté je sústredenie na detail, alebo na ich nefunkčné aspekty. Narušená je fantázia, tvorivosť, schopnosť imitácie a symbolického myslenia.

Znaky a symptómy pri narušení aktivity a záujmov sa podľa Richmanna (2006) prejavujú týmito spôsobmi:

- stereotypné a repetitívne vzorce správania, ako je plácanie rukami, tleskanie, pozorovanie trepotajúcich rúk, kolísanie a otáčanie tela, robenie grimás, poklepkávanie, verbálne stereotypy,
- abnormálne zameranie sa na určitý vzorec správania, alebo rutinnú činnosť a snaha o jej nemennosť,
- neobvyklé zachádzanie s hračkami, zameraním sa na časť predmetu.

Podľa Šedibovej (2009) repetitívne stereotypné aktivity môžu mať jednoduché až zložité formy. Deti s vyššou úrovňou schopnosti si obvykle vytvárajú zložitejšie rutiny. Medzi jednoduché stereotypné aktivity zaradujeme: trepotanie prstami, predmetmi, otáčanie predmetmi, alebo pozorovanie krútiacich sa predmetov, klopanie alebo škrabanie po povrchu predmetov, skúmanie a ohmatávanie určitých materiálov, chôdza pozdĺž určitých línií, kolísanie, klepanie po určitých častiach tela, repetitívne búchanie hlavou alebo sebaoškozovanie, škrípanie zubami, alebo vydávanie iných zvukov. K zložitejším stereotypným aktivitám patria: intenzívne dotýkanie sa určitých predmetov, bez zrejmeho účelu, fascinácia pravidelne sa opakujúcimi vzormi predmetov, zvukov, zoradovanie predmetov do línií, či vzorcov, zbieranie veľkého množstva určitých predmetov bez zrejmeho účelu. Zložité stereotypné aktivity zahŕňajú rutiny a naliehanie na presnom rituáli.

Thorová (2006) uvádza, že u detí s poruchou autistického spektra sa často objavujú aj ďalšie symptómy a zvláštne prejavy, ktoré sa netýkajú triády poškodení. Medzi tieto variabilné nešpecifické rysy patria: percepčné poruchy, odlišnosti v motorickom vývine, poruchy adaptability a poruchy správania. Odlišnosti vo vnímaní možno pozorovať v niekoľkých smeroch: zvláštny spôsob vnímania, hypersenzitivita alebo hyposenzitivita na zmyslové podnety

a tiež výrazný záujem o určité sensorické vnemy. Medzi abnormálne prejavy v motorike patria stereotypné pohyby rúk, prstov, celého tela, špičkovanie, motorické tiky a mnoho ďalších. Emočná labilita sa prejavuje hlavne striedaním nálad i bez vonkajšieho podnetu, emočnými výbuchmi i pri banálnych situáciách. Problémy s adaptáciou sú manifestované hlavne pri prechode z jednej činnosti do druhej, pri zmenách prostredia, pri zmenách osôb a pri požiadavkách na spoluprácu. Medzi časté poruchy správania patria aj vyššie spomínané stereotypné činnosti a rituály ako napr. sebapoškodzovanie, deštrukčná činnosť, agresivita, afektívne záchvaty a iné. Tiež sa vyskytujú problémy s jedlom, spánkom a problémy v sexuálnom správaní.

2. PROBLÉMOVÉ SPRÁVANIE

Problémové správanie Emerson (2008) definuje ako správanie, ktoré sa svojou intenzitou, frekvenciou alebo trvaním natoľko odlišuje od bežnej spoločenskej normy, že môže vážne ohroziť fyzickú bezpečnosť danej osoby alebo druhých. K problémovému správaniu patrí aj správanie, ktoré môže vážne obmedziť používanie bežných komunitných zariadení alebo môže viesť k tomu, že danej osobe bude zamedzený vstup do týchto zariadení.

2.1 Základné spúšťacie faktory problémového správania

Podľa Čadilovej, Hyneka a Thorovej (2007) agresívne chovanie u ľudí s PAS má dva základné spúšťacie faktory:

- Prvým faktorom je organické a funkčné poškodenie mozgu. Tento tzv. *vnútorný faktor* prevažne spočíva v nedostatočnej myšlienkovvej kontrole vlastných emócií. Tento vnútorný faktor môžeme čiastočne korigovať farmakoterapiou a kognitívno-behaviorálnou terapiou.
- Druhým faktorom je prostredie, v ktorom človek s PAS každodenne žije. Tento tzv. *vonkajší faktor* zahŕňa nepohodlnosť prostredia (teplo, svetlo, odev užívateľa, nábytok) a zmätenosť (veľké skupiny, príliš voľného času bez možnosti jeho adekvátneho využitia, klient presne nepochopil, čo sa od neho očakáva).

Ako uvádzajú Hrdlička a Komárek (2004) celkový obraz problémového správania závisí na celkovej záťaži symptomatiky, osobnostných predispozíciach dieťaťa, vo výchovnom a terapeutickom prístupe v minulosti aj súčasnosti. Autizmus dieťa neochráni ani od problémového správania, ktoré je bežné u ostatnej populácie. Rad problémov so správaním je dôsledkom primárnych problémov, ktoré deti s PAS majú:

- *Percepčný a kognitívny deficit* – ide o iný spôsob vnímania a spracovania informácií. Ktorý vedie k opakujúcim sa vzorcom niekedy až veľmi bizarného správania.
- *Komunikačný deficit* – nedostatok funkčnej komunikácie u dieťaťa spôsobuje frustráciu, ktorá odštartuje problémové správanie alebo sa sociálne nevhodné správanie stane komunikačným prostriedkom, ktorý funguje a je opakovane využívaný.
- *Nevhodné prostredie a prístup* – bežné prostredie nie je prispôbené špecifikám poruchy a mnohé situácie, s ktorými sa dieťa denne stretáva, vyvolávajú tenziu a následne problémové chovanie.

Aby sme sa vyhli problémom v správaní, je nutné, aby sme brali do úvahy celkové prostredie, v ktorom dieťa s poruchami autistického spektra funguje. Väčšina mladších detí sa cíti istejšie v prostredí, ktoré je usporiadané, v prostredí so známymi rutinami a očakávaniami. U autistických detí je to jeden aspekt ich správania, na ktorom je potrebné stavať. Často sa u detí s PAS vyvinú malé rituály, ktoré sa neskôr môžu stať obsesívnymi (Šedibová, 1997).

2.2 Citlivosť zmyslov a percepčné poruchy u detí s PAS

Deti s poruchou autistického spektra majú odlišné vnímanie, a to v zmysle *hypersenzitivity* – precitlivelosti, alebo naopak *hyposenzitivity* – malej citlivosti na zmyslové podnety. Približne 40% detí s PAS trpí precitlivosťou niektorých zmyslov. Dieťa môže bežné podnety vnímať ako veľmi silné, navyše už len očakávanie, že sa určitý podnet objaví, dokáže vyvolať úzkosť až paniku. Precitlivosť behom detstva ustupuje, ale bohužiaľ nie u všetkých, niektorí s ňou musia žiť celý život (Vosmik, Bělohávková, 2010).

Ako tvrdí Thórová (2006), u detí s PAS je veľmi častá prehnaná reakcia na hluk, Dieťa si zakrýva uši rukami, je vidieť, že prežíva úzkosť. Precitlivosť na určité materiály spôsobuje, že sa často krát vyzlieka z oblečenia a neznáša určité typy oblečenia napríklad čiapku, pančuchy, rolák. Taktiež na strihanie vlasov, nechťov reaguje afektívnymi záchvatmi. Kvalita

pozornosti je znížená, dieťa nie je schopné venovať sa určitej aktivite určitý čas, odbieha od jednej činnosti k činnosti druhej, zadanú aktivitu hneď opúšťa, nesleduje ju zrakom.

Vosmik a Bělohlávková (2010) uvádzajú, najbežnejšie typy citlivosti u detí s poruchou autistického spektra:

- *Zvýšená citlivosť na zvuky* sa týka predovšetkým náhlych, nečakaných zvukov ako sú štekot psa, zvonenie telefónu, kašľanie, vysokých tónov s dlhším trvaním - zvuky kuchynských prístrojov, vysávača, fénu a kombinovaných zvukov hlavne tam, kde je zhromaždené veľké množstvo ľudí.
- *Zvýšená citlivosť na dotyk* – niekedy sa objavuje citlivosť na špecifickú intenzitu dotyku, alebo na dotyk na určitých častiach tela ako sú hlava, nadlaktie a dlane. Autostimulačná činnosť spojená s hmatom sa môže prejavovať v podobe nutkavého dotýkania sa predmetov rukami, bradou, čelom.
- *Zvýšená citlivosť na chuť a zloženie jedál* – „vyberavosť“ je trápením predovšetkým pre rodičov, pretože zaistiť deťom pestrú stravu je ich prioritou. Autostimulačná činnosť sa môže prejavovať oblizovaním predmetov a vkladáním ich do úst.
- *Zvýšená citlivosť na zrkové podnety* ide o poruchy zrkového vnímania, hlavne na zvýšenú citlivosť na silné svetlo. Niekedy ide o tunelové videnie, kedy dieťa vníma iba to, čo sa nachádza v jeho zornom poli. Extrémnu formu predstavuje fascinovanie zrkovými podnetmi, ktoré sa prejaví strnulým pozeraním.
- *Zvýšená citlivosť na pachy* – niektoré pachy sú pre deti s poruchou autistického spektra tak nepríjemné, že u nich dokážu vyvolať pocit zvracania. Iný zase čuch vôbec nepoužívajú a tu potom nastáva problém s hygienou. Fascinovanie čuchovými vnemami sa môže prejavovať až kompulzívnym ovoniavaním najrôznejších predmetov.
- *Znížená citlivosť na bolesť a teplotu* na bolestivé podnety a teplotné výkyvy majú niektorí jedinci s PAS citlivosť zníženú. Chýbajúce reakcie na bolesť a narušená termoregulácia bohužiaľ spôsobujú, že sa

nedokážu vyhýbať nebezpečným situáciám, bolesť síce vnímajú, ale nehovoria o nej.

- *Citlivosť na čistotu* ide o zvýšenú citlivosť na poriadok a čistotu, alebo o úplný opak.
- *Synestezia* vyskytuje sa vzácnne medzi deťmi s PAS. Prejavuje sa tak, že človek príma vnem jedným zmyslom, ale zážitok sa odohráva v inom napríklad farebné počúvanie.

2.3 Typy problémového správania

Ľudia s poruchou autistického spektra sú skôr samotárski. Snaha začleniť ich do kolektívu prispôbiť režimu, požiadavkám a daným zvyklostiam u týchto ľudí často vyvoláva problémové chovanie. Toto chovanie sa vyskytuje väčšinou vo chvíli, keď sa zo svojho pohľadu dostávajú do zložitej situácie, ktorú nezvládajú, nerozumejú jej a nemajú žiadne iné prostriedky k tomu, ako by o svojich pocitoch hovorili, a už vôbec nie aby v takejto situácii dokázali požiadať o pomoc. Na verbálne pokyny často vôbec nereagujú, niekedy reagujú chybné a my si ich chovanie vyhodnocujeme ako tvrdohlavosť a neochotu zapojiť sa do činnosti. Pravdou je, že verbálnym pokynom nerozumejú vôbec, alebo len čiastočne, čo sa odráža v ich nie celkom správnych reakciách (Čadilová, Hynek, Thorová, 2007).

Emerson (2008) uvádza rôzne formy problémového chovania:

- *agresívne správanie*, definované ako jedna alebo viac násilných epizód spôsobujúcich závažné fyzické zranenie, vyžadujúce okamžitú lekársku pomoc,
- *časté a závažné sebapoškodzujúce správanie*, definované ako chovanie spôsobujúce sebapoškodzovanie a vyžadujúce okamžitý zásah lekára aspoň jedenkrát v mesiaci, alebo chovanie spôsobujúce menšie sebapoškodzovanie vyžadujúce prvú pomoc aspoň jedenkrát v týždni,
- *časté sebapoškodzovanie*, vyskytujúce sa aspoň jedenkrát v týždni,
- *ničenie majetku*, definované ako závažné ničenie majetku.

Rituály, stereotypné činnosti – kategória podľa intenzity podľa Thorovej (2006):

- a) *Mierne poruchy správania:* dieťa s poruchou autistického spektra lipne na určitých činnostiach, správanie je posudzované ako zvláštne, ale nie výrazne ovplyvňujúce kvalitu života dieťaťa. Stereotypné správanie je prerušiteľné. Dieťa môže mať vytvorené niekoľko rituálov, ktoré ale nezasahujú priamo do chodu rodiny. Dieťa s PAS ich síce vyžaduje, ale pri ich nedodržaní sa u neho neobjavuje úzkosť. Dieťa len s miernou odmietavosťou reaguje na zmeny, dokáže si ich nechať vysvetliť a je schopné sa prispôbiť každodennému rytmu činností. Preventívne dieťaťu prospieva zavedenie štruktúry a režimu a tým sa zvyšuje jeho samostatnosť.
- b) *Stredne ťažké poruchy správania:* Dieťa veľmi negatívne reaguje na zmeny, väčšinou úzkosťou, sebapoškodzovaním, alebo agresívnym chovaním. Vyžaduje si dodržiavanie rituálov od seba a aj od druhých. Stereotypné správanie je veľmi ťažko prerušiteľné, prechody z jednej činnosti do druhej sú problematické. Schopnosť fungovať sa výrazne lepší v zavedenej štruktúre a jednoznačne zaistenej predvídateľnosti programu. Dieťa veľmi dobre reaguje na metódy behaviorálnej terapie.
- c) *Ťažké poruchy správania:* Obsesívno-kompulzívne správanie ktoré nie je odkloniteľné a je vôľou neovplyvniteľné. Silne narušuje kvalitu života dieťaťa a celej rodiny. Rituály sú zamerané na vlastnú osobu i na ostatných členov rodiny. Môže dochádzať aj k zraneniam napríklad pri obsesívnom vkladaní predmetov do úst. Reakciou na nedodržanie rituálov, nemožnosť dokončenia činnosti či prerušenia aktivity je väčšinou ťažká afektívna reakcia spojená s deštrukciou (ako napríklad vykopnutie okna, rozbitie nábytku), agresívnym výpadom (bitie ostatných členov rodiny pri zamedzení dotknutia sa zubu, zrovnávaní hračiek, pri odmietaní nejakého rituálu). Dieťa je závislé na predvídateľnosti a štruktúre, dosť obmedzene reaguje na metódy behaviorálnej terapie, je nutná aj podporná farmakoterapeutická liečba.

Podľa Howlinovej (2005) najčastejšie a najhoršie obsedantné správanie sa obyčajne objavuje tam, kde postihnutý nemá žiadnu inú možnosť ako zmysluplne využiť svoj voľný čas. Všetky pokusy modifikovať nevhodné správanie obyčajne nemajú nádej na úspech, ak obsesie a rituály nenahradíme iným, vhodnejším správaním. Naopak sa väčšinou stáva to, že sa vytvorí nová obsesia, ktorá bude ešte obtiažnejšia ako pôvodné správanie.

Medzi časté formy problémového správania patrí sebapoškodzovanie, deštrukčná činnosť, agresivita, afektívne záchvaty, výrazné stereotypné správanie a rituály (Thorová, 2006).

Šedibová (1997) informuje o prejavoch správania, ktoré sa nevyskytujú súčasne, ale počas vývinu dieťaťa sa s nimi stretneme skoro u každého:

- *záchvaty zlosti* – plač, krik, kopanie, bitie môžu trvať niekoľko sekúnd, alebo aj niekoľko hodín,
- *hyperaktivita* – behanie po triede hore-dole, prechádzanie od jednej činnosti k druhej, motorický neklud,
- *deštruktívnosť* – hádzanie a trieskanie predmetmi, hračkami,
- *neochota, neústupčivosť* – dieťa ignoruje, alebo odmieta požiadavky,
- *agresivita* – strkanie, bitie, hryzenie namierené voči dospelým, alebo iným deťom,
- *repetitívne správanie* – opakovanie určitých pohybov, hranie sa s hračkou len jedným tým istým spôsobom, Deti s PAS majú sklony opakovať isté správanie oveľa dlhšie ako by sme očakávali. Je nepravdepodobné, že by z vlastného popudu prestali.
- *Dotieravé otázky* – verbálne schopné deti často kladú dookola rovnaké otázky. Môže sa to vzťahovať na činnosť, ktorú práve robia, alebo na činnosť vykonávanú v minulosti,
- *Úzkosť, strach* – dieťa sa prehnane bojí niektorých situácií, vecí. Niekedy má strach z rozumových dôvodov (napr. motoricky zle koordinované dieťa sa bojí lezenia), inokedy ide o iracionálny strach (bojí sa tečúcej vody),
- *Zbavovanie sa oblečenia* – vyzúvanie topánok, vyzliekanie odevu neprimeraným spôsobom v neprimeraných situáciách,

- *Sebapoškodzovanie* – hryzenie rúk, búchanie hlavy, vytrhávajúce vlasy, <http://kppbb.svsbb.sk/material/szs/autizmus/23.html>

Podľa Thorovej (2006), rad problémov so správaním je dôsledkom primárnych problémov, ktoré deti s poruchou autistického spektra majú. Ide o:

- *percepčný a kognitívny deficit* ide o iný spôsob vnímania a spracovania informácií, ktorý vedie k opakujúcim, niekedy až bizarným vzorcom správania,
- *komunikačný deficit* nedostatok funkčnej komunikácie u dieťaťa spôsobuje frustráciu, ktorá odštartuje problémové správanie, alebo sa sociálne nevhodné správanie stane komunikačným prostriedkom, ktorý funguje a pri tom je opakovane využívaný.
- *sociálno-emočný deficit* je znížená schopnosť chápania pravidiel sociálnej interakcie, neschopnosť orientovať sa vo vzťahoch, neschopnosť predvídať reakcie druhých ľudí, obmedzená schopnosť vyjadrovať a rozumieť emóciám ostatných ľudí vedie k veľkej rôznorodosti prejavov problémového správania.
- *nevhodné prostredie a prístup* keď bežné prostredie nie je prispôbené špecifikám poruchy a mnohé situácie, s ktorými sa dieťa S PAS stretáva, vyvolávajú tenziu a následné problémové správanie.

Hlavným cieľom usmerňovania správania podľa Schoplera, Reichlera, Lansingovej (2011) je vytvorenie a realizácia individuálneho programu, ktorý by optimalizoval adaptáciu dieťaťa v čo najlepších a čo najmenej obmedzujúcich podmienkach. Pre určitú nápravu správania sa rozhodujeme podľa toho, či správanie predstavuje mierne alebo závažnejšie nebezpečenstvo. Rozdelíme ho na štyri hlavné kategórie. Prvé dve kategórie sa týkajú mierne rizikového správania a to:

- a) *Riziko pre výučbu dieťaťa* niektoré prejavy správania môžu nepriaznivo ovplyvňovať proces učenia. Napríklad keď dieťa bez prestania búcha prstami o stôl a nemôže používať prsty, aby držalo ceruzu. Musíme ho

odnaučiť búchaniu, alebo je potrebné aktivitu spojenú s držaním ceruzy odložiť.

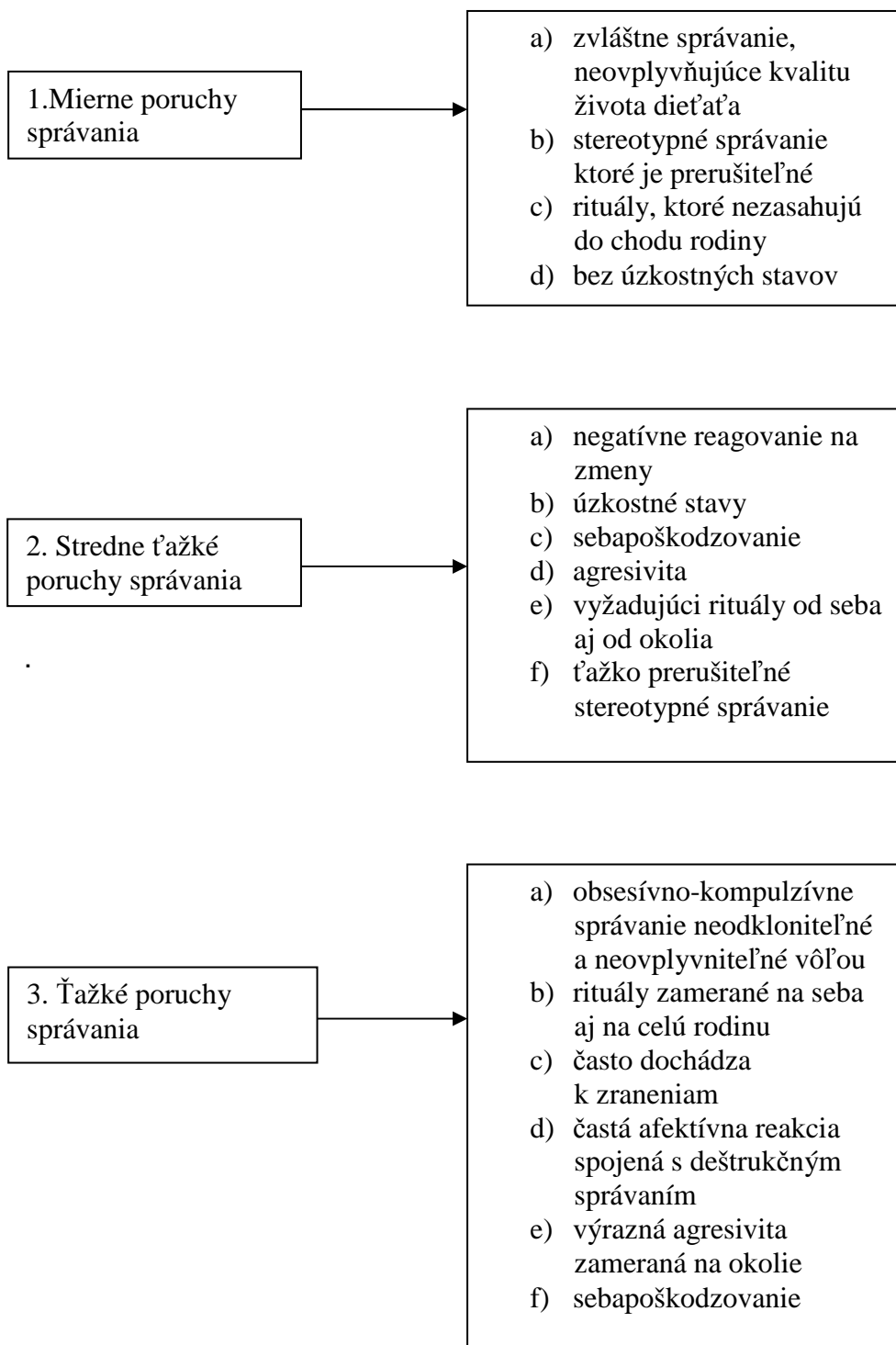
- b) *Riziko pre domáce súžitie.* Existuje veľmi veľká škála problémového správania, ktoré sú pre rodinu s dieťaťom s PAS veľmi stresujúce. Niektoré matky ťažko znášajú, keď dieťa so stále zvyšujúcou frekvenciou vytrvalo krochká. Nie je jasné, prečo to robí, a ani nevieme či bude reagovať na bežné postupy, ktorými sa dá tento zlovyk odnaučiť.

Ďalšie dve kategórie sa týkajú správania, ktoré je oveľa nebezpečnejšie pre dieťa aj jeho okolie:

- a) Ohrozovanie vlastného zdravia alebo života. U väčšiny detí s PAS sa toto správanie vyskytuje iba príležitostne. Môže sa prejavovať vybiehaním na cestu, alebo jedením jedovatých látok, pričom si neuvedomuje ich nebezpečenstvo. Taktiež sa prejavuje ako sebapoškodzovanie, napríklad hryzenie, bitie, či búchanie hlavou o stenu. Veľmi nebezpečné správanie vyžaduje okamžité riešenie a je potrebné ho riešiť bez ohľadu na vzdelávacie programy.
- b) Ohrozenie života alebo zdravia iných. V tejto kategórii je zahrnuté správanie, ktoré ohrozuje zdravie súrodencov, vrstovníkov, rodičov a učiteľov. Môže sa prejavovať rôznymi prejavmi agresie, ktorá ohrozuje zdravie druhých: patrí sem napríklad opakovateľné bitie, rozbíjanie vecí, okien, nábytku. Niekedy sa môže tento typ správania prejavovať iba miernou formou, napriek tomu má jeho riešenie prednosť pred výukovými programami.

Akýkoľvek postup, ktorý vyberieme pre nápravu ktoréhokoľvek typu problémového správania, môže byť za určitých okolností neúčinný a môže pre dieťa s PAS predstavovať určité riziko. Táto možnosť je u každého postupu preberaná zvlášť.

3. SCHÉMA PROBLÉMOVÉHO SPRÁVANIA PODĽA INTENZITY



4. MOŽNOSTI OVPLYVNĚOVANIA PROBLÉMOVÉHO SPRÁVANIA U DETÍ POSTIHNUTÝCH AUTIZMOM

Celkový obraz problémového správania vidí Thorová (2006, s. 171) v závislosti na celkovej „záťaži symptomatiky, osobnostných predispozíciách dieťaťa, výchovnom a terapeutickom prístupe v minulosti i súčasnosti. Niektoré problémové chovanie je naučené, iné ma biologický základ a behaviorálnou terapiou nie je odstrániteľné.“

Procesy, ovplyvňujúce správanie sú vlastne postupy zamerané na dosiahnutie zmien v správaní dieťaťa. Je veľmi jednoduché označiť dieťa za nekludné, hyperaktívne až nezvládnuteľné. Je však oveľa ťažšie rozhodnúť, kde a ako začať toto správanie napravnovať. Techniky zamerané na ovplyvňovanie správania sú najúčinnnejšie vtedy, keď si vyberieme jeden alebo dva problémy, ktoré krok za krokom napravujeme (Schopler, Reichler, Lansing, 2011).

Deti s PAS majú problémy s emočnou reaktivitou na oboch póloch senzitivity. Hypersenzitivita sa u detí s poruchou autistického spektra prejavuje silnými reakciami, ktoré nebývajú primerané situáciám ani podnetom. Zvyčajne majú silné reakcie podobu záchvatov smiechu, plaču, zlosti, strachu, úzkosti a paniky. Naopak pri hyposenzitivite je schopnosť reagovať na emočné podnety veľmi malá (Vosmik, Bělohávková, 2010).

4.1 Metódy, elektický a celostný prístup

Každé dieťa s autizmom sa od druhého dieťaťa nejakým spôsobom líši. Rozdiely sú v mentálnej úrovni, v rôznorodosti výskytu autistických symptómov, v rozdielnych perцепčných schopnostiach, v odlišnej schopnosti koncentrácie, komunikácie, v osobnej charakteristike, v miere problémového správania. Z hľadiska individuálneho prístupu je potrebné zabezpečiť, aby

psychológ či špeciálny pedagóg zistil úroveň schopností dieťaťa a následne určil vhodný typ vzdelávania, systému komunikácie. Spôsob aplikácie rôznych metód sa musí riadiť pedagogickou empatiou. Nesmieme zabudnúť, že dieťa potrebuje lásku, bezpečie, prijatie. Potrebuje hru, interakciu, odpočinok, voľný čas a tiež možnosť voľby. Dôležitá je odmena a pochvala (Thorová, 2006).

Schopler, Reichler a Lansing (2011) sa zhodujú v tom, že ak sa nám páči čo dieťa robí, tak ho objímeme, pohladíme, prikývneme, odmeníme, alebo vyšleme signál, ktorý dieťa dokáže vnímať ako súhlas. Keď dieťa s PAS robí niečo, čo sa nám nepáči, tak ho opravíme a dáme mu najavo negatívne pocity, ktoré dokážu dieťa správne nasmerovať. Vzdelávanie a výchova dieťaťa sú oveľa účinnejšie, ak prevažujú pozitívne signály nad signálmi negatívnymi. Samozrejmosťou ostáva, že pre výchovu a vzdelávanie sú obe rovnako dôležité.

Diagnostika a diferenciálna diagnostika musí byť tímovou prácou. Nie je možné vymedzovať dominantné miesto jedného odboru na úkor iného. Bohužiaľ v praxi sa stretávame i takýmito tendenciami. Poznatok z každej oblasti, pedopsychiatrickej, psychologickkej a špeciálno-pedagogickej, prispeje k vytvoreniu komplexného obrazu. Tiež by sa malo dbať na včasné zachytenie jedincov s PAS najmä z pohľadu vytvorenia a zabezpečenia adekvátneho, kvalitného životného priestoru z dôvodu predchádzania rizikám psychickej dekompenzácie.

<http://francesco-1.webnode.sk/co-je-autizmus/autizmus-a-diferencialno-diagnosticke-nahlady/>

Včasná diagnostika podľa Thorovej (2006) vedie aj k zahájeniu včasnej interakcie, ktorá beží v troch navzájom súvisiacich líniách.

- *Adaptívna intervencia:* Cieľom adaptívnej intervencie je zlepšovanie adaptability dieťaťa s poruchou autistického spektra vytváraním žiaducich schopností, o ktorých vieme, že minimalizujú riziko vzniku problémového správania. Patria sem rôzne nácviky ako rozvoj komunikácie, sociálna interakcia, nácvik sebaobsluhy a samostatnosti. Rozvojom schopností zabraňujeme kognitívnej deprivácii.

- *Preventívna intervencia:* Prispôsobujeme prostredie dieťaťu, aby vyhovovalo jeho kognitívnemu štýlu, dyskoncentracii, perцепčným a komunikačným problémom. Dieťa sa v tomto prostredí cíti bezpečne a zároveň klesá pravdepodobnosť vzniku problémového správania.
- *Následná intervencia:* Spojenie adaptívnej a preventívnej intervencie. Zameriava sa na problémové správanie, ako je agresivita, rigidné rituály narúšajúce bežnú aktivitu, sebapoškodzovanie, senzorická hypersenzivita, afektívne záchvaty a odmietavý postoj k sociálnym kontaktom(Thorová, 2006).

Navzdory veľkým rozdielom v správaní zápasia všetky deti s autizmom s výbušným správaním a frustráciou. Problémy so sociálnou interakciou, rečou, úzkosťou a s potrebou stereotypov sú stále prítomné a rodičom to niekedy pripadá, že žijú s tikajúcou časovanou bombou. Nie je možné zabrániť úplne všetkým záchvatom zlosti autistického dieťaťa, ale môžeme pre dieťa vytvoriť prostredie, v ktorom sa frekvencia záchvatov podstatne zníži (Moor, 2010).

Ako uvádza Thorová (2006) vo všeobecnosti platí, že najlepšie výsledky prináša štruktúrované učenie, kombinácia rôznych behaviorálnych techník, využívanie vizualizovaných informácií a tiež kvalitná spolupráca s rodinou, dobrá znalosť vývojovej psychológie a špecifík autistického spektra. Uplatňovanie teórie učenia behaviorálnych techník, pedagogická a terapeutická empatia tvoria najlepší základ pre kvalitnú pomoc dieťaťu s poruchou autistického spektra.

4.1.1 Behaviorálna intervencia

U detí s poruchou autistického spektra sa s úspechom využívajú rôzne typy behaviorálnej intervencie. Výber konkrétnej intervencie pre konkrétny prípad závisí hlavne na tom, či je dieťa schopné pochopiť vzťah medzi správaním a odmenou, či je zvolený spôsob nápravy dostupný a od závažnosti daného problému. Neodmeňujeme dieťa dobrotou ihneď, ak je schopné sa z odmeny tešiť aj po dlhšej dobe. Nenaplácame dieťaťu, ktoré môžeme

ovplyvniť napríklad tak, že nesúhlas vyjadríme tým, že ho na chvíľu dáme „schladiť“ do bezpodnetovej miestnosti (Schopler, Reichler, Lansing, 2011).

Podľa Emersona (2008) nie je obvyklé, aby problémové správanie bolo vždy reakciou na konkrétnu situáciu. Oveľa bežnejšie je, že sa dané správanie vyskytuje v istých situáciách napríklad v priebehu plnenia určitého vzdelávacieho procesu, ale zakaždým môže mať rozdielnu intenzitu a početnosť. Každý z nás máva dobré aj zlé dni. Nájdenie súvislosti, ktoré sú „zodpovedné“ za túto variabilitu, a zároveň ich obmieňanie umožňujú vyvinúť veľmi účinné a nenásilné prístupy k intervencii, ktoré prakticky odbúravajú motivačný základ problémového správania.

Schopler, Reichler a Lansingová (2011) delia intervenciu do troch skupín:

- pozitívne posilňovanie,
- mierne tresty,
- prísne tresty.

4.1.1.1 Pozitívne posilňovanie

Pozitívne reakcie používame priebežne a mali by byť hlavným typom správania dospelého voči dieťaťu. Najmenšie dieťa alebo dieťa s najväčším postihnutím potrebuje okamžitú odmenu, aby pochopilo pozitívnu reakciu dospelého, zatiaľ čo staršie deti pochopia súhlas a odmenu, ktorá bude nasledovať neskôr. Dieťa sa bude ovládať, aby mohlo túto odmenu získať. Odmena formou dobroty je najúčinnnejšia ak dieťa nechápe alebo len veľmi málo chápe vzťah medzi vhodným a nevhodným správaním. Môžu to byť hrozienka, sladkosti a iné pochutiny, ktoré ma dieťa rado. Na začiatku dieťa odmeňujeme po požadovanom správaní okamžite, napríklad keď sa pozrie, príde, sadne si. Pokiaľ dieťa s PAS porozumie spoločenskej pochvale a je schopné tolerovať odloženie odmeny, redukuje odmeňovanie. Musíme dávať pozor aby odmena vo forme dobroty nebola v rozpore so špeciálnou diétou dieťaťa a mohla by mu poškodiť. Dobrota prestáva byť pre dieťa s poruchou autistického spektra odmenou, ak ho nechce, alebo ho neje

s viditeľným potešením. Každú odmenu kombinujeme aj so spoločenskou pochvalou. Odmenou môžu byť aj žetóny, obrázky, predmety ktoré vyjadrujú splnenie úlohy a spokojnosť dospelého. Pri úlohách, ktoré dieťa rado plní, môžeme posilňovanie formou odmeny postupne nahradiť pozitívnym posilňovaním, ktoré dieťa získava z vedomia, že zadané úlohy dokáže splniť. Radosť dieťaťa z toho, že sa presvedčí o vlastných schopnostiach, je vnútornou odmenou a zároveň najúčinnjším spôsobom posilňovania.

4.1.1.2 Tresty

Schopler, Reichler a Lansingová (2011) hovoria o najmiernejších formách trestov, že sa používajú spontánne a sú nenahraditeľné pre rozvoj správneho chovania. Ide o reakcie typu: zavrtenie hlavou, slovné odmietnutie „nie“, zamračenie tváre, odobratie hračky, odvedenie dieťaťa preč z miestnosti. Tieto najmiernejšie formy trestov predstavujú minimálne riziko pre zdravie dieťaťa. Hranica medzi miernym a silným trestom nie je vždy jednoznačná.

Postupy mierne obmedzujúce:

- a) *Vyhasínanie* je ignorovanie nežiaduceho správania. Ak tento postup použijeme na mierne problémové správanie, ktoré nie je nebezpečné, proces neprináša žiadne riziko. Vyhasínanie nie je účinné ak nie je používané sústavne. Veľmi dôležitá je spolupráca rodičov a učiteľov. Je veľmi dôležité, aby sme dieťa neignorovali i mimo cieleného nežiaduceho správania.

Metóda vyhasínanie podľa Emersona s. 108 (2008) „je podobná liečbe strachu a fóbie, ktorá spočíva v postupnej „desinzibilizácii“ voči konkrétnemu podnetu postupným vystavovaním tomuto podnetu.“

- b) *Trestný čas (time-out)* znamená dočasné prerušenie akejkoľvek pozitívnej stimulácie dieťaťa, aby sa dosiahli jeho požadovanej reakcie. Dieťaťu môžeme odobrať odmenu, otočiť sa od neho, odviesť dieťa z miestnosti. Táto metóda je účinná len v prípade, keď je dieťa pozornosťou ostatných pozitívne stimulované. Typická situácia nastáva behom vzdelávacieho procesu, kde učiteľ venuje dieťaťu pozornosť.

Nevhodné správanie dieťaťa vyvolá, že učiteľ dieťaťu dočasne nevenuje svoju pozornosť. Ak dieťa prerušenie pozornosti uvíta, tak sa schválne správa tak, aby toto prerušenie zakaždým dosiahlo.

- c) *Spoločenský nesúhlas* je bežná metóda, kedy dávame dieťaťu najavo, že z jeho správaním nesúhlasíme. Nesúhlas vyjadrujeme formou, ktorú dieťa vie pochopiť od zavrtenia hlavy až po hlasne vyslovené „nie“. Je dôležité dbať na to, aby takto vyjadrený nesúhlas nežiaduceho správania, skôr neposilňoval.
- d) *Deprivácia* zahŕňa postupy, kedy dieťaťu vezmeme jeho obľúbenú vec, keď mu odmietneme zúčastniť sa jeho obľúbenej činnosti. Je to metóda ktorá sa používa u starších detí, ktoré sú schopné účel takéhoto trestu pochopiť.
- e) *Presýtenie* ide o postup, ktorým znižujeme frekvenciu špecifického správania. Zvyčajne máva formu pozitívnej činnosti alebo intenzívneho nácviku alternatívneho správania počas doby (15 – 30) minút. Dieťa, ktoré trhá papier, požiadame, aby ho trhala na malé kúsky a následne ho strkalo malým otvorom do nádoby.

Čadilová, Jun a Thorová (2007) sa zhodujú na tom, že dieťaťu sa zo začiatku trhanie môže páčiť, avšak po nejakom čase sa začne chovať mrzuto a bude chcieť trhanie papiera ukončiť. My však nesmieme poľaviť a budeme trvať, aby aj cez svoj odpor k tejto činnosti, ďalej pokračovalo. Týmto u dieťaťa vytvárame podmienenú averzivnú reakciu na trhanie papiera. Takéto presýtenie musíme opakovať vždy, keď sa činnosť objaví, aby sa u dieťaťa vytvorilo spojenie medzi touto činnosťou a následným trestom.

Podľa Schoplera, Reichlera a Lansingovej (2011) sa presýtenie používa pri veľmi rušivom správaní. Nemali by sme ho používať spontánne, ale mali by sme ho plánovať a zaznamenávať. Nesmie byť prevádzané hrubým spôsobom, lebo práve to by mohlo posilniť nežiaduce správanie.

- f) *Odobratie jedla* môže byť mierne ale aj silno obmedzujúce. Za silne obmedzujúce ho považujeme vtedy keď dieťaťu odoberieme jedlo v čase stolovania. Pod mierne obmedzujúcim chápeme krátke prerušenie, ktoré slúži k nácviku správneho stolovania. Každé

systematické odobratie jedla nesmie byť spontánne, ale dopredu pripravené.

- g) *Fyzický kontakt* môže ísť o plácanie po zadku, alebo po rúčke, ktoré rodičia zdravých detí spontánne a hlavne často používajú. So súhlasom rodiča a v rámci školského poriadku sa dá použiť a j v škole. Tento postup zvolíme iba vtedy, ak medzi dospelým a dieťaťom prevažuje pozitívne posilňovanie. Plácnutie by sa nemalo používať bez predchádzajúceho varovania. Dieťa nikdy nesmieme udrieť po tvári, alebo veľkou silou, pretože je veľmi ťažké odhadnúť jeho účinok.

Silne obmedzujúce a rizikové postupy by sme mali používať iba vtedy, ak dieťa svojím správaním ohrozuje seba alebo svoje okolie, ako sme uvádzali v schéme v 3 kapitole v 3 bode. Najskôr je potrebné vyskúšať miernejšie postupy. Ak tie nezaberajú, a je potrebné použiť postupy silne obmedzujúce, musia byť dopredu naplánované a je potrebná účasť všetkých osôb, ktoré sú za dieťa zodpovedné. Plán modifikácie správania musí byť časovo obmedzený a musí sa brať v úvahu účinnosť postupu a tiež všetky riziká, ktoré by mohli vzniknúť bez jeho použitia.

- a) *Odlúčenie alebo izolácia* sa týka umiestnenia dieťaťa do zamknutej bezpodnetovej miestnosti. Táto metóda sa používa iba vtedy, ak dieťa svojím správaním ohrozuje seba alebo ostatné osoby. Nesmie sa používať pri sebapoškodzovaní dieťaťa, hlavne vtedy ak by pokračovalo v svojom konaní aj pri uzavretí do tejto miestnosti. Izolácia môže nasledovať len po dobre definovanom správaní napríklad hryzenie, vrešťanie, a malo by trvať len vymedzenú dobu napríklad jednu až päť minút, podľa schopnosti dieťaťa zapamätať si dôvod potrestania. Priestor bezpodnetovej miestnosti by mal byť bez rizika, dobre vetraný, osvetlený a s regulovateľnou teplotou. Je dôležité dieťa stále pozorovať. Pre väčšinu detí znamená izolácia redukciu podnetov a možnosť zmeny správania. Niektorým deťom spôsobuje strach, pre iné je to príjemná doba pre voľný priebeh sebastimulujúceho správania. Po ukončení izolácie, dieťa musí dokončiť zadanú prerušenú aktivitu.

- b) *Rizikové vyhasínanie* ide o vyhasínanie, ktoré používame v prípade potencionálne nebezpečného správania, akým je napríklad agresia, sebapoškodzovanie, alebo úteky. Rizikové vyhasínanie môže byť veľmi nebezpečné, pretože správanie, ktoré chceme vyhasínaním napravnovať, môže pred poklesom naopak sa ešte viac zintenzívniť.

Emerson (2008) dodáva, že vzhľadom k tomu, že na udržiavanie stavu sebopoškodzovania a agresie môže mať vplyv aj rozrušenie vyvolané určitým podnetom, vieme účinok procesu vyhasínania stimulu zvýšiť spojením s takými postupmi, ktoré klienta nerozrušujú a to napríklad s relaxáciou, masážou a jedlom.

- c) *Averzívna stimulácia* je aplikácia fyzicky nepríjemného alebo bolestivého stimulu podmieneného reakciou ako býva napríklad elektrický šok, studená sprcha. O averzívnej stimulácii uvažujeme len v prípade ak ide o obzvlášť nebezpečné správanie, ktoré sme nedokázali ovplyvniť miernejšími postupmi. Opatrenie zabezpečuje dospelý, ktorý je špeciálne vyškolený, stimul, ktorý používame musí byť špecifický a kvantifikovateľný, správanie, ktoré chceme ovplyvniť musí byť jasne zadefinované. Averzívna stimulácia väčšinou prináša tak zvaný špecifický situačný efekt. Väčšinou sa dieťa naučí obmedziť svoje správanie iba v určitých situáciách, pri ktorých sa používa zvolený postup.
- d) *Psychoaktívne lieky*. Terapia, ktorá vychádza z psychoaktívnych liekov, je a ostáva stále veľmi riskantnou metódou, pretože dlhodobé užívanie liekov vedie k závažným vedľajším účinkom, ktoré nedokážeme dopredu odhadnúť. Terapia je veľmi účinná pri hyperaktívnych stavoch a aplikácia liekov je možná iba pod dohľadom lekára (Schopler, Reichler, Lansing, 2011).

4.1.2 Aplikovaná behaviorálna analýza

Prvé dôkazy pozitívnych účinkov jednoduchých behaviorálnych metód zohrali dôležitú úlohu v názoroch, že ľudia s ťažkým postihnutím majú určité

predpoklady ku zmene. V roku 1968 bol nástup odboru aplikovanej behaviorálnej analýzy v začiatkoch pri vydávaní časopisu *Journal of Applied Behaviour Analysis*.

Podľa Baera, Wolfa, Risleya, 1987 in Emerson (2008), by aplikované behaviorálne analýzy mali byť:

- *aplikované* – pretože skúmanie problémového správania by malo mať význam pre spoločnosť;
- *behaviorálne* – pretože výskum by mal byť zameraný na to, čo ľudia skutočne robia;
- *analytické* – výskumy by mali poskytnúť vierohodnú demonštráciu, väčšinou predvedením experimentálnej kontroly, že zmeny v správaní sú spojené s environmentálnymi udalosťami;
- *opatrené podrobným popisom postupu* – techniky použité k zmene správania sú identifikované a popísané spôsobom, ktorý umožňuje ich opakovanie,
- *pojmovovo systematické* – pretože sa použité postupy vzťahujú k základným behaviorálnym prístupom;
- *efektívne* – pretože sú dosiahnuté sociálne významné zmeny v problémovom správaní;
- *obecné* – pretože pri dosiahnutej behaviorálnej zmene, je preukázané, že zmena je trvalá v čase, rozširuje sa do palety príbuzných druhov správania.

Podľa Thorovej (2006) ide o prepracovaný, štruktúrovaný, systematický intervenčný program, používaný u ľudí s poruchou autistického spektra. Cieľom ABA je úprava rôzneho problémového správania. Program sa tvorí individuálne pre každé dieťa, práca a pokroky sú zaznamenávané do podrobného inventára. Behaviorálne techniky sú do určitej miery úspešné a v intervencii hrajú hlavnú rolu. Efektívne ich môžeme využívať k zlepšovaniu deficitov a k redukcii problémového správania, ktoré pervazívne vývojové poruchy so sebou prinášajú.

Emerson (2008) definuje význam funkcie ABA, ako proces, ktorým sa formuje správanie dieťaťa a zameriava sa na objavovanie funkčných vzťahov

medzi udalosťami. Dokladá to definíciou posilujúcich a trestajúcich podnetov, skupinami reakcií a spoľahlivých dôkazov v rámci analýzy chovania. V rámci ABA prevažoval pohľad, ktorý problémové správanie vnímal ako príklad operantného správania, správania, ktoré je vytvárané a udržiavané dôsledkami v prostredí. Je to správanie, ktoré si jednotliviec *zvolil* alebo vyvinul interakciou so svojím fyzickým, a hlavne sociálnym svetom.

Ako uvádza Čadilová, Jun, Thorová (2007) z behaviorálnej analýzy zistíme dobu alebo miesto, kde sa problémové správanie vyskytuje častejšie, alebo sa naopak vôbec nevyskytuje. Potom sa môžeme pýtať na jasné spúšťače problémového správania. Ak na také spúšťače narazíme, tak sa im snažíme vyhnúť. Z funkčnej analýzy je možné vysvetliť, prečo sa niektoré správanie vyskytuje. Táto analýza je dôležitá najmä pri agresívnom správaní, ktoré aj keď vyzerá stále rovnako napríklad iba hryzenie si rúk, môže mať zakaždým inú funkčnosť.

Agresívne chovanie môže byť:

- pre pripútanie sociálnej pozornosti, pri niektorých deťoch s PAS je aj negatívna pozornosť lepšia ako žiadna,
- obranná agresia, ak kladieme na dieťa neprimerané nároky, môže sa začať správať agresívne, aby sme z nárokov poľavili,
- hranicotvorná pri nástupe dieťaťa do nového zariadenia, alebo pri zmene personálu dieťa skúša kam až môže zájsť, kde sú hranice správania,
- autostimulačné sa vyskytujú keď sa dieťa s PAS nudí a nedokáže si z dôvodu svojho postihnutia dodávať podnety iným spôsobom ako agresivitou (bitie sa do hlavy, hryzenie si rúk),
- analgetická pokiaľ klienta niečo bolí, má snahu o lokálne umŕtvenie boľavého miesta autoagresiou (podobné, ako keď náš poštiepe komár a my si následne boľavé miesto rozškrabeme),
- pre získanie, alebo pre návrat veci alebo aktivity vzniká vtedy, keď sa dieťa s poruchou autistického spektra nevie dostať k nejakej aktivite alebo veci, alebo sú mu v dobrej viere tieto aktivity, alebo veci odopierané,

- kompulzívne, dieťa prejavuje nutkavé nevhodné správanie ako búchanie, štipanie, hryzenie.

Pri autoagresii Durand (in Čadilová, Jun, Thorová, 2007) odporúča v terapii dve po sebe nasledujúce kroky. Najprv musíme rozpoznať spevňujúci podnet, ktorý autoagresiu odmeňuje, a až potom sa musíme snažiť o jeho eliminovanie. Zároveň pri druhom kroku by sme mali dieťa učiť takému vhodnému sociálnemu správaniu, ktorým dosiahne podobný, alebo identický úžitok.

4.1.3 Kognitívna a kognitívno-behaviorálna terapia

Kognitívna terapia podľa Čadilovej, Juna a Thorovej (2007) je, terapia rozprávania, na rozdiel od behaviorálnej terapie ktorá je skôr terapiou konajúcou. Zakladateľom kognitívnej terapie bol A. T. Beck, ktorý došiel k záveru, že podnet je človekom kognitívne vyhodnocovaný a na základe tohto vyhodnotenia sa vyskytne odpoveď vo forme emočnej reakcie. Dochádza tak ku kognitívnemu modelu a to je *podnet, vyhodnotenie podnetu a emočná reakcia*. Na základe tohto modelu sa vysvetľuje výskyt troch základných negatívnych emócií v ľudskom správaní a to: *hnevu, smútku a úzkosti*.

Zameranie pozornosti na seba samého a na svoje myslenie a tiež zložitejšie postupy sebaovládania vrátane tréningu zvládania hnevu môžu výrazne pomôcť pri redukovaní agresivity, stereotypného správania a sebapoškodzovania (Emerson, 2008).

Každý človek disponuje svojou jedinečnou osobnou doménou, ktorá je zložená z hmotných a nehmotných objektov, ktoré sú pre každého človeka dôležité. Povaha emočnej reakcie jedinca závisí na tom, či človek vníma určité udalosti ako obohacujúce, alebo ohrozujúce jeho osobnú doménu. Ak sú situácie ktoré človek prežíva obohacujúce pre jeho osobnú doménu, reagujeme na ňu radosťou, potešením, alebo uspokojením. Pokiaľ je situácia pre jeho osobnú doménu nepriaznivá, človek na ňu reaguje smútkom, hnevom alebo úzkosťou. Ľudia s PAS sa často nevhodne správajú preto, že nedokážu správne

rozpoznať sociálnu informáciu, ktorú nám sociálna situácia poskytuje. Z pohľadu kognitívnej terapie emócie nie sú zodpovedné za priame spúšťanie situácie, v ktorej sa nachádzame, ale naše domnienky o tejto situácii. O intenzite emócií rozhodujú dva naše spúšťáče:

- primárne, kde hodnotíme pravdepodobnosť a stupeň ohrozenia našej osobnej domény a
- sekundárne, tu odhadujeme intenzitu a možnosti obrany voči ohrozeniu.

Jedna situácia môže u niekoho vyvolať úzkosť, u druhého smútok a v niekom môže dokonca vyvolať hnev. Primárny a sekundárny odhad človeka, rozhoduje o tom aká emócia sa u človeka objaví. Môže dôjsť k tomu, že pri jednej situácii jedinec cíti striedavo hnev a úzkosť, alebo smútok. V terapii sa u klienta snažíme primárne aj sekundárne odhady meniť. Zároveň je potrebné čo najdetailnejšie poznať klientovu osobnú doménu, pretože iba tak sa dokážeme v konkrétnych situáciách správať ako „sprievodca“ daným incidentom, a nie ako jeho „pôvodca“ (Čadilová, Jun, Thorová, 2007).

Tab. 3: Využitie KBT- terapie u dospievajúcich a dospelých podľa postihnutia

Handicap z PAS	Mentálny handicap	Terapia
Detský autizmus a atypický autizmus	Hlboká a ťažká MR	Behaviorálna terapia
	Stredne ťažká MR	Behaviorálna terapia s možnými prvkami kognitívnej terapie
	Ľahká MR s podpriemerným pásmom intelektu	Behaviorálna aj kognitívna terapia
Aspergerov syndróm	Bez handicapu	Kognitívna terapia alebo kognitívna terapia aj s prvkami behaviorálnej terapie

Zdroj: (Čadilová, Jun, Thorová, 2007)

4.1.4 TEACCH program

Program vznikol za spolupráce rodičov a profesionálov ako reakcia na tvrdenie, že deti s poruchou autistického spektra sú nevzdelávateľné a ich porucha je zapríčinená zlou výchovou rodičov. Dôraz je kladený na včasnú a správnu diagnostiku a následnú špeciálno-pedagogickú opateru, ktorá vychádza zo špecifik poruchy autizmu. Pri TEACCH programe bola zistená veľká spokojnosť rodičov, zlepšenie správania, zlepšenie možnosti vzdelávania, dôraz na rozvoj komunikácie a venovanie pozornosti prevencii problémového správania (Thorová, 2006).

Základné princípy TEACCH programu:

- Individuálny prístup k deťom.
- Aktívna generalizácia schopností.
- Úzka spolupráca s rodinou.
- Integrácia detí s poruchou autistického spektra do spoločnosti.
- Priamy vzťah medzi ohodnotením a intervenciou.
- Pozitívny prístup k deťom s problémovým správaním, aktívna snaha o pedagogickú intervenciu vedúcu k zlepšeniu správaniu (Thorová, 2006)

Výhody TEACCH programu

- metodika akceptuje zvláštnosti autistického myslenia a prispôsobuje sa špecifikám dieťaťa;
- svet ktorý dieťa vďaka svojmu postihnutia vníma ako chaos sa stáva predvídateľný v priestore i čase, znižuje sa stresová záťaž, dieťa je schopné nasávať nové informácie;
- vďaka pocitu sebestačnosti môžeme rozvíjať sebavedomie dieťaťa;
- nácvik samostatnosti, ktorá je v dospelosti veľmi potrebná;
- redukcia problémového správania akou je agresivita, záchvaty hnevu, negativizmus;
- zmierňuje až eliminuje sa kognitívna deprivácia, ktorá je daná prítomnosťou poruchy, rozvíjajú sa schopnosti dieťaťa;
- medikáciu liekmi je možné znížiť, po dohode s lekármi úplne vysadiť.

<http://www.autismus.cz/strukturovane-uceni/strukturovane-uceni-2.html>

TEACCH program je dobre použiteľný pre deti s miernym problémovým správaním ako je to uvedené v 3. kapitole v schéme pod číslom 1.

4.1.5 Relaxácia

Nervový systém dieťaťa s poruchou autistického spektra je veľmi krehký, často a ľahko podlieha preťaženiu. Naučiť sa správne relaxovať je pre dieťa s PAS veľmi dôležité. Relaxáciou zabezpečujeme redukovanie úzkosti a tenzii. U dieťaťa zvyšuje schopnosť odolávať frustrácii, a tiež prijímať nové informácie. Odpočinok a relaxácia by mali byť pevným denným bodom domáceho a školského prostredia. Každé dieťa preferuje iný typ relaxácie.

Thorová (2006) uvádza tieto typy relaxácie:

- zrakové autostimulačné aktivity prevádzané v špeciálnych relaxačných miestnostiach,
- dotykové - masáže, kúpele, zábaly, sexuálne autostimulácie, rôzne alternatívy objímajúceho vankúša,
- čuchová aromaterapia,
- sluchové - počúvanie hudby, meditačná hudba, obľúbené sluchové autostimulačné aktivity,
- vestibulo-kochleárne – závesné siete, hojdačky,
- fyzický pohyb akým je skákanie na trampolíne, skákanie na FIT lopte, prechádzky, jazda na bicykli,
- „senzorická diéta“ znamená možnosť poležať si v úplnom klude bez vyrušovania, napríklad so slúchadlami na ušiach, niektorým deťom vyhovuje vtiesnanie sa do úplne tesného otvoru, prikrytie sa dekou, veľa detí si potrebuje oddýchnuť od ľudí, tieto nerušené chvíľky v súkromí môžu výrazne znížiť výskyt problémového správania.

Podľa Emersona (2008), vzhľadom na to, že na udržovanie sebapoškodzovania a agresie môže vplývať aj rozrušenie vyvolané určitým podnetom, môžeme účinnosť procesu vyhasínania stimulu zvýšiť spojením

s postupmi, ktoré klientov nerozrušujú a to napríklad relaxáciou, masážou, jedlom. Niekoľko prípadových štúdií zaznamenalo kladné účinky začlenenia relaxačného cvičenia alebo masáže do zložitejších terapeutických postupov.

4.1.6 Zooterapia

Každý človek sa určite stretol s tým, aký príjemný pocit v nás dokáže vyvolať priamy kontakt so zvieratám. Deti s poruchou autistického spektra reagujú na rôzne zvieratá rôznym spôsobom. Stretávame sa s váhavým, ustráchaným, ale ja radostným kontaktom, medzi dieťaťom a zvieratám.

4.1.6.1 Delfinoterapia

Do liečebnej rehabilitácie detí s poruchou autistického spektra zaraďujeme aj aktivity, terapeutické metódy, ktoré majú výrazne interdisciplinárny charakter. U týchto detí tieto metódy dosahujú veľmi výrazné pozitívne výsledky. Ich úlohou nie je len predchádzanie vzniku morfológických deformít alebo psychosociálnych patológií a následných porúch, ale aj navodenie psychickej pohody, relaxácie, ale zároveň aj motivácie a stimulácie. A. G. Smolianinov v svojej populárno-náučnej knihe „Delfinoterapia pre deti“ nás upozorňuje, že pri delfinoterapii nejde o bezmyšlienkovité hranie sa, či plávanie s delfínom. Napriek tomu, že táto metóda je ešte iba „v štádiu vývinu“ a výskumu, tak ako každá iná metóda aj táto metóda formou terapie má svoje etapy a metodiku, ktorú v tomto prípade Smolianinov na podklade dlhoročných skúseností sám vedecky vypracoval a prakticky overil, a to v delfináriu v Partenite a v Sevastopole. Zrak delfína ako jeden zo zmyslových orgánov nie je prvoradým analyzátorom prostredia, v ktorom žije. V priehľadnej vode je ich viditeľnosť 15-50 metrov. Preto sa podľa vedcov svet delfínov rovná svetu zvukov. Aj keď, delfíny patria medzi cicavcov, ich spôsob vysielania a prijímania zvukov je absolútne odlišný. Hlas

delfína má veľký repertoár tónov s vysokou frekvenciou. Vysielanie ultrazvukového vlnenia do prostredia zabezpečuje echolátor. Rozoznáva nielen vzdialenosť od predmetu, jeho tvar, veľkosť, ale dokonca aj materiál a jeho hustotu. Vie, či sa vo vode nachádza ryba, lopta, alebo choré dieťa. Blahodarne pôsobenie delfína na človeka je dnes všeobecne známe. Diagnostika ultrazvukom a jeho terapeutické využitie je v dnešnej dobe bežnou záležitosťou. Pôsobenie delfínieho ultrazvuku sa využíva aj v rámci delfinoterapie.

Z hľadiska vplyvu na deti s autizmom ide najmä o nasledujúce:

- pozitívne emócie,
- kinestetické vnímanie harmónie pohybov,
- harmonizácia prejavov správania,
- tlmenie prejavov agresie,
- zlepšovanie pozornosti, koncentrácie, vnímania,
- podpora lepšieho rozvíjania procesov učenia,
- podpora a rozvíjanie komunikačných prejavov,
- pôsobenie na reflexné zóny - už pri prvých stretnutiach delfín deťom, bez akéhokoľvek pôsobenia trénera, jemne pyskom stláča nôžky, dlane, ťuká im do brady, do oblasti bránice,
- motivácia hrou deti sa vo vode hrajú s delfínom, plávajú s ním, hádžu mu loptu,
- rozvíjanie pohybových schopností dieťaťa s PAS a priestorovej orientácie,
- podpora budovania kontaktu s rodičmi, inými deťmi a personálom.

<http://www.rojko.sk/clanok.php?id=395>

4.1.6.2 Canisterapia

Thórová (2006) o canisterapii hovorí ako o interaktívnej metóde, ktorá využíva kladný vzťah dieťaťa a psa a jeho záujem o prípadnú interakciu. Stretnutie prebieha pod dohľadom vyškoleného psovoda – canisterapeuta, dieťaťa a pedagóga. Pod vedením pedagóga dieťa napreduje v interakcii so psom a k najrôznejším schopnostiam.

Deťom s PAS, hlavne pri problémovom správaní sa pes stane nie len spoločníkom v ich hrách, ale s jeho pomocou sa naučia zodpovednosti a ohľaduplnosti. Ochotne prírma emocionálne potreby dieťaťa, hlavne telesný kontakt. U agresívneho dieťaťa sa zlepšuje jeho postoj k okoliu. Hyperaktívne dieťa sa dokáže uvoľniť a upokojiť.

<http://www.canisterapiazv.sk/>

4.1.6.3 Hipoterapia

Jazda na koni má na dieťa okrem interakcie s koňom aj fyzioterapeutické účinky. Dochádza tu k pozitívnemu ovplyvneniu svalového napätia. Dôležitosť sa prikladá aj radosti dieťaťa z aktivity(Thorová, 2006).

4.1.7 Muzikoterapia

Muzikoterapia podľa Thorovej (2006) počíta s faktom, že hudba ako taká dokáže, uľahčovať prejavy emócií, otvárať komunikačné kanály, uľahčuje sociálnu interakciu a umožňuje relaxáciu. Tak aktívna ako aj pasívna hudba má priaznivý dopad na vývoj dieťaťa. Aj tu však existujú výnimky, preto že niektorým deťom s poruchou autistického spektra hudba vadí. Veľa detí s PAS majú hudbu a určité zvuky radi, pre túto skupinu detí je muzikoterapia veľmi efektívnou podpornou metódou.

5. KAZUISTIKA

Objektívny pohľad na osobnosť dieťaťa môže vzniknúť ako výsledok komplexného prístupu. Ak ide o dieťa vyžadujúce pomoc, komplexný pohľad na skutočnosť, aký bol, je a hlavne prognózu, o tom aký by mohol v budúcnosti byť, to nám dokáže poskytnúť popis prípadu „*kazuistika*“.

5.1 Základné vymedzenie pojmu kazuistika

Podľa Zeleiovej (2007, s. 2) je „kazuistika (lat. casus-prípád) ako štúdium istého prípadu, udalosti či príbehu kvalitatívne orientovaná metóda, ktorá je už od antických čias imanentne prítomná v medicíne, až neskôr sa analogicky využívala aj v iných humanitných a ekonomicko-právnych odboroch.“

Kazuistika je vlastne vedeckým spracovaním konkrétneho prípadu. Väčšinou sa spracováva až po ukončení riešenia prípadu. Ide o metódu vedeckého poznania reality, ktorej hlavným cieľom je vedecké zovšeobecnenie informácií získaných systematickou analýzou jednotlivých štúdií. Z hľadiska množstva spracovávaných jednotlivých prípadov hovoríme o kazuistike jedného prípadu, ktorej cieľom je vedecké spracovanie konkrétneho prípadu alebo o kauzálnej vyhládavanej určitých faktov, čiže o sledovaní vopred stanovených skutočností na štatisticky významnom počte sledovaných prípadov (Hučík, Hučíková, 2009).

Dokážeme sa stotožniť s názorom Vančovej (2005, s. 91), že „kazuistika umožňuje hĺbkovú analýzu a interpretáciu fenoménov týkajúcich sa daného prípadu, vyslovenie diagnostických a prognostických záverov, poznaním diagnostických záverov iných odborníkov umožňuje relatívne odpúťanie sa od subjektivity posudzovania prípadu, pomáha hľadať riešenia či intervencie vďaka odkazom na iné podobné prípady, pomáha určiť špecifické, jedinečné znaky, vlastnosti skúmaného jednotlivca. Kazuistická metóda má v diagnostike významné postavenie“.

V edukácii, ale i osobitne v špeciálnopedagogickej má kazuistika nezastupiteľné miesto na dokreslenie rozhodovania v rámci individuálnej starostlivosti a to v oblasti výchovy ako aj v oblasti vzdelávania jednotlivcov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami.

Vašek (2002) vidí využitie špeciálnopedagogickej kazuistiky aj v oblasti psychológie – pedagogickej, poradenskej, klinickej, ako aj v medicíne, sociológii i pedagogike. V týchto oblastiach ide o posúdenie aktuálneho stavu skúmaného jednotlivca, pri ktorom je veľmi dôležité získať údaje o všetkých skutočnostiach v jeho predchádzajúcom živote, ktoré mali vplyv aj na jeho súčasný stav. Najdôležitejšie je zamerať sa v kazuistike na dôkladné štúdium všetkých dostupných písomných a iných materiálov o jednotlivcoch s postihnutím či narušením, na správne diagnostikovanie a sformulovanie záverov.

5.1.1 Ciele kazuistiky

Kazuistické štúdie sa v praxi využívajú na to, aby sa na konkrétnom špecifickom prípade rozpoznalo to, čo je vo všeobecnej rovine už známe. Sledovaním jednotlivého prípadu spoznáваме špecifický, jedinečný prípad odlišný od ostatných, ale zároveň pozorujeme znaky, ktoré sú typické pre istý druh problému. Nachádzať všeobecné rysy v individuálnom vyžaduje poznanie všeobecných znakov i veľkú citlivosť pri ich objavovaní. Súčasťou rozboru prípadu je okrem záveru aj náčrt všetkých možných spôsobov intervencie, edukácie a tiež korekcie (Hadj Moussová, Duplinský, 2002).

5.1.2 Kazuistická metóda

Podľa Vančovej (2005) v sebe kazuistická metóda zahŕňa komplexné využívanie viacerých metód: anamnestických, metód pozorovania, interview či naratívneho rozhovoru alebo dotazníka, rozboru výsledkov činností, ako ja

výsledky ostatných nie iba špeciálnopedagogických diagnostických metód. V podstate ide o zber všetkých dostupných údajov o jednotlivcovi, tieto údaje triedi, analyzuje, porovnáva, chronologicky zoraduje a vyhľadáva vzťahy, súvislosti, charakter a podstatu znakov alebo vlastností.

5.2 Kazuistika „Janko“

Meno a priezvisko žiaka: Janko Ž.

Dátum narodenia: 16.4.1996

Typ školy, ktorú žiak navštevuje, ročník: Spojená škola, 9. D

Rok školskej dochádzky: 9

Rodinná anamnéza: Rodina je úplná. Matka 46 ročná, stredoškolský vzdelaná. Otec 48 ročný stredoškolské vzdelanie. Jeden súrodeneц: sestra 23 ročná toho času študentka VŠ v Košiciach.

Osobná anamnéza: Dieťa narodené fyziologicky. Prekonaloby bežné detské ochorenia. Do veku dvoch rokov normálny vývin. Vo veku dvoch rokov dieťa prekonaloby zápal priedušiek, dostaloby febrilné kŕče, následne na ORL v Bratislave diagnostikovaná ťažká porucha sluchu. Dieťa vo veku dvoch rokov prestaloby plne rozprávať aj do vtedy naučené slová.

Psychologická diagnostika: Janko je 15 ročný chlapec s primárnou diagnózou pervazívna vývinová porucha - autizmus s ťažkou poruchou sluchu. Spolupráca a kontakt s Jankom veľmi sťažená, verbálne nekomunikuje, oblasť pozornosti a pracovnej motivácie výrazne znížená. Počas psychologického vyšetrenia je Janko pozitívne emocionálne ladený, aktívne pobehuje po miestnosti aj po chodbe. V celkovom prejave Janka nie sú prítomné výraznejšie známky úzkosti zo situácie vyšetrenia. Janko sa na situácia adaptoval dobre. Dokáže čiastočne spolupracovať podľa inštrukcií, vo veľmi krátkom časovom intervale. Pri hre preferuje zvieratá z umelej hmoty, dokáže sa na nich veľmi dlhý čas pozeráť.

V rodine od malička preferuje hladkanie a maznanie od rodinných príslušníkov. Hlad a smäd signalizuje tým, že donesie tanier, príbor a pohár. Väčšinu vecí ovoniava a strká si ich do úst. Rád sa hojdá na hojdačke. Janko dáva radosť, alebo rozrušenie najavo poskakovaním. Janko býva na dedine vo veľkom rodinnom dome, kde má dostatok osobného priestoru. Doma aj v triede sa často stáva, že sa Janko správa *autoagresívne* udiere si pritom hlavu do steny, hryzie si zápästie. Časté je deštruktívne správanie pri ktorom dochádza k hádzaniu stoličiek, ničeniu okolitých predmetov a rozbíjaniu vecí.

Mentálne schopnosti žiaka je toho času možné hodnotiť len orientačne, vzhľadom k primárnej diagnóze a vzhľadom k tomu, že Janko verbálne nekomunikuje s komunikačným zámerom (neartikulované zvuky) – neverbálna komunikácia je v rovine používania ruky iného človeka, prípadne pritiahnutia jeho pozornosti iným spôsobom. Z celkovej testovej batérie bolo možné administrovať len 1 subtest – analýza vzorov. V tejto oblasti vizuomotorike dosahuje Janko orientačne úroveň 4 ročného priemerného dieťaťa. V oblasti napodobňovania, triedenia, párovania pracuje na predmetovej úrovni, nedokáže a aktívne odmieta pracovať na obrázkovej úrovni. Úroveň *sebaobsluhy* dosahuje u Janka najlepšie výsledky. Janko dokáže samostatne jesť, samostatne sa obliecť, odložiť po sebe veci (po jedle alebo dokončení úlohy). Hygienické návyky má osvojené – je veľmi háklivý na dodržiavanie čistoty.

Grafomotorický prejav je toho času naďalej v štádiu čmárania. Janko dokáže vyfarbovať obrázky, čiastočne vychádza za líniu. Nie je možné zodpovedne určiť, či je zaostávanie grafomotorického prejavu výrazom celkovej mentálnej úrovne, alebo je spôsobené nezáujmom o danú oblasť vyplývajúceho z primárnej diagnózy. Úroveň *hry* zodpovedá orientačne hre konštrukčnej – radenie predmetov, ukladanie kociek (nie podľa predlohy).

Špeciálno-pedagogická diagnostika:

Sociálna interakcia, správanie: Janko reaguje na svoje meno. Príjme blízkosť dospelých osôb aj detí, aj keď ide o neznámych ľudí, ale zvyčajne ich prehliada. Kontakt nadväzovanému dospelými osobami venuje krátkodobú pozornosť. Spontánne vzťahy nenadväzuje za účelom interakcie, ale osobu berie ako objekt, využíva ju ako prompt. Funkčná hra absentuje, rád manipuluje s drobnými hračkami – zvieratkami, prítomné stereotypie. V správaní hyperaktivita, prítomná automutilácia.

Reč, porozumenie reči, verbálna usmerniteľnosť: Očný kontakt nadväzuje iba krátkodobo, pohľad je vyhýbavý, pozerá bokom. Verbálna komunikácia absentuje. Na verbálny kontakt reaguje, porozumie záporu, súhlasu a veľmi jednoduchým impresiám, prítomná porucha sluchu. Neverbálnej komunikácii nerozumie.

Mentálne schopnosti, záujmy: U Janka sa prejavujú repetitívne, stereotypné vzorce správania. Deficit v oblasti jemnomotorických zručností. S pomocou priraduje predmet k predmetu, podľa farby, tvaru veľkosti. Nasúva predmety na tyč. Nepostaví vežu z kociek, iba ich prekladá. Základné matematické predstavy a predpoklady pre čítanie doposiaľ absentujú.

Orientácia: V známom prostredí sa orientuje veľmi dobre. Nemá problémy prijať zmeny v známom prostredí. Nechápe pojmy súvisiace s priestorovou a časovou orientáciou.

Záver: Janko je žiakom 9. D triedy. V diagnóze sa uvádza pervazívna vývinová porucha - autizmus. Zaostáva úroveň kognitívnych schopností. Schopnosti jemnej motoriky, hrubej motoriky a vizuomotorickej koordinácie nezodpovedajú vekovej norme žiaka. Úroveň porozumenia symbolov je predmetová. U Janka pretrváva psychomotorický nepokoj, nerozpráva – vydáva zvuky, nadviazanie kontaktu žiadne alebo krátkodobé, nereaguje ani na

dôrazné „áno – nie“. Ťažká obojstranná porucha sluchu. Verbálne nekomunikuje, je na úrovni jednoduchých motorických stereotypií, základné sebaobslužné návyky má osvojené. U žiaka sa opakovane prejavujú známky sebapoškodzovania pri čom si Janko udiera hlavu do steny a hryzie si zápästie. Veľmi často dochádza k deštruktívnemu správaniu pri ktorom Janko ničí nábytok, hádže stoličky, rôzne predmety. Vo vyučovacom procese sa postupuje štruktúrovaným a organizovaným prístupom metódou TEACCH programu, aby sa v čo najväčšej miere dарило dosahovať žiadané ciele u žiaka a tiež predchádzať problémovému správaniu. Postupuje sa podľa vypracovaného individuálneho vzdelávacieho plánu a učebných osnov Spojenej školy pre žiakov s autizmom s mentálnym postihnutím. V triede je prítomný aj asistent učiteľa. Na eliminovanie pretrvávajúceho problémového správania je používaná behaviorálna intervencia.

5. 4 Kazuistika „ Romanko“

Meno a priezvisko žiaka: Romanko M.

Dátum narodenia: 23.11.2002

Typ školy, ktorú žiak navštevuje, ročník: Spojená škola, 3. D

Rok školskej dochádzky: 3

Rodinná anamnéza: Rodina je úplná. Matka 36 ročná, vysokoškolsky vzdelaná. Otec 40 ročný vysokoškolské vzdelanie. Jeden súrodenec: brat dvojča žiak tretieho ročníka ZŠ v Košiciach.

Osobná anamnéza: Dieťa narodené fyziologicky, ako jedno z dvojčiat. Pôrod pred termínom. Romanko prekonal bežné detské ochorenia. Raný psychomotorický vývin v norme; správanie autistického charakteru sa začalo objavovať po bežnej detskej operácii, pri ktorej bol Romanko v narkóze – matka udáva zmenu v správaní, v celkových prejavoch (špičkovanie, odťažitosť, odmietavé správanie, neudržanie očného kontaktu a iné). Od

daného času vedený v ambulancii pedopsychiatra s diagnózou Infantilný autizmus.

Psychologická diagnostika: Romanko je 9 ročný chlapec s primárnou diagnózou pervazívna vývinová porucha – autizmus. Spolupráca a kontakt s Romankom sa podarilo nadviazať bez väčších ťažkostí. Dieťa verbálne komunikuje na úrovni neartikulovaných zvukov. V poslednom období opakuje na výzvu jednoduché slová, spontánne ich ale nerozpráva, nepoužíva s komunikačným zámerom. Spontánne taktiež nejaví záujem o interakciu s novou osobou. V mimike je prítomné grimasovanie, výraz tváre je zväčša neutrálny, s výnimkou stavu nepohody – ak odmieta robiť zadávané činnosti alebo mu nie je vyhovené. Mimika je v danom čase adekvátna emocionálnemu rozladeniu. Romanko je usmerniteľný k práci podľa inštrukcií, ale len po opakovaných výzvach, s výraznou podporou asistentky. Psychomotorické tempo pri práci je pomalšie, pozornosť pomerne dobre sústredená v čase plnenia úlohy, avšak výrazne krátkodobá – po čase Romanko v správaní prejavuje nechúť a odmietanie, vyžaduje časté prestávky. Časté sú agresívne prejavy namierené na učiteľa alebo iné osoby nachádzajúce sa v triede.

Mentálne schopnosti žiaka je možné hodnotiť len v neverbálnej oblasti, pretože Romanko nerozpráva. U žiaka je vzhľadom k celkovej úrovni schopností veľmi dobre rozvinuté zrkové vnímanie – aktuálne dosahuje pásmo podpriemeru, ostatné zložky sú však naďalej výrazne oslabené a výrazne zaostávajú za vekovou normou. Hygienické návyky má osvojené. Úroveň sebaobsluhy je na veľmi dobrej úrovni. Celková úroveň mentálnych schopností dosahuje pásmo ľahkej mentálnej retardácie.

Grafomotorický prejav je lepšie zvládnutý po obsahovej než formálnej stránke, obkresľovanie podľa predlohy zodpovedá orientačne úrovni približne 4 ročného priemerného dieťaťa.

Rečový prejav prevažne absentuje. Romanko vydáva neartikulované zvuky, opakuje jednoduché slová na výzvu. Neverbálne dokáže vyjadriť svoje potreby – pritiahnutím pozornosti dospelaj osoby, prípadne chytením za ruku a vedením ruky dospelého.

Špeciálno-pedagogická diagnostika:

Sociálna interakcia, správanie: Romanko reaguje na svoje meno. Príjme blízkosť dospelých osôb aj detí, aj keď ide o neznámých ľudí, ale zvyčajne ich prehliada. Kontaktu nadväzovanému dospelými osobami venuje krátkodobú pozornosť. Má ťažkosti prispôbiť sa kolektívu, aj požiadavkám na neho kladeným, vtedy väčšinou reaguje podráždene, impulzívne, vrieska a má tendenciu udrieť.

Reč, porozumenie reči, verbálna usmerniteľnosť: Komunikuje verbálne len veľmi ťažko, spontánne nerozpráva, reaguje len na výzvu opakovaním, dokáže vysloviť samohlásky a perové spoluhlásky. Spolupracuje v rámci svojich schopností, pracuje podľa jednoduchých pokynov za pomoci učiteľky, pokyny je nutné zopakovať viackrát a dôrazne, upriamiť jeho pozornosť aj zvukovým signálom – poklopaním po stole, papieri, predmete, prípadne konkrétnym naznačením činnosti („napíš“ – podať pero, ukázať čo a kam má napísať). Vnímanie a porozumenie hovorenej reči dostatočné, avšak informácie a pokyny je nutné formulovať jednoducho a stručne. Slovná zásoba oslabená z 10 predložených predmetov dokáže správne identifikovať približne 5. Pozornosť je oslabená, ľahko odkloniteľná, rýchlo unaviteľná, koncentrácia pozornosti nedostatočná na samostatné vypracovanie úlohy, avšak pri sústavnom usmerňovaní a upriamovaní pozornosti na vykonanú úlohu je Romanko schopný úlohu dokončiť.

Zrakové vnímanie: Farby rozlišuje, avšak neidentifikuje. Geometrické tvary rozlišuje, identifikuje. Čiastkové funkcie v oblasti zrakového vnímania_

zraková analýza, syntéza, diferenciacia, rozlišovanie figúry a pozadia bez vyznačených oslabení. Zrakovú pamäť nie je možné objektívne posúdiť.

Sluchové vnímanie: Diferencuje a lokalizuje zvuky. Čiastkové funkcie v oblasti sluchového vnímania: sluchová analýza a syntéza čiastočne rozvinuté (otvorené a uzavreté slabiky, jednoslabičné slová a dvojslabičné slová s otvorenými slabikami), ako aj rozlišovanie dlhých/krátkych slabík. Sluchovú pamäť nie je možné objektívne posúdiť.

Orientácia: vertikálna, horizontálna a predozadná – čiastočne ovláda, pravo – ľavá na tele, v priestore a j v rovine nezvláda. V známom prostredí sa orientuje veľmi dobre.

Aktuálna úroveň školských vedomostí:

Čítanie: Číta veľké a malé tvary tlačeného písma, hlásky spája do slabík. Romanko využíva pomôcky na globálne čítanie, pracuje s komunikačnou knihou s množstvom priestorových a plošných predmetov, ktoré sú uložené v krabiciach. Pomocou nich sa učí vykonávať jednotlivé úlohy. Dôležitou pomôckou je PC ktorú Romanko využíva.

Písanie: Pravorukosť. Úroveň grafomotoriky na nízkej úrovni. Úchop písadla je nesprávny, pero drží vysoko, tlak na podložku primeraný. Píše veľkým tlačeným písmom. Písmo je neúhladné, kostrbaté, veľké, avšak čitateľné. Odpis textu zvláda, píše aj podľa diktátu jednotlivé písmená, otvorené a uzavreté slabiky, jednoslabičné slová a dvojslabičné slová s otvorenými slabikami.

Matematika: Predčíselné predstavy vytvorené. Pojmy vyjadrujúce množstvá chápe. Orientácia v obore do 100, sčítania a odčítania bez prechodu/s prechodom cez základ v obore do 100 zvláda pomocou názoru, používa

počítadlo, nácvik v obore do 1000 pomocou kalkulačky. Pri nácviku malej násobilky (nácvik spojov do 7) a riešení úloh používa počítadlo.

Záver: Romanko je žiakom 3. D triedy. V diagnóze sa uvádza pervazívna vývinová porucha - autizmus. Prítomné sú prejavy emočnej lability, výrazná rigidita a stereotypia v správaní. Výchovno-vzdelávací proces prebieha v blokovej výučbe. Je potrebné striedanie aktivít a oddychu v guľôčkovom bazéne. Uplatňované sú metódy programu TEACCH, aby sa v čo najväčšej miere darilo dosahovať žiadané ciele u žiaka a tiež predchádzať problémovému správaniu. Romanko má vlastný denný plán na obrázkovo – slovnej úrovni. Pracovné činnosti a aktivity sú štruktúrované. Postupuje sa podľa vypracovaného individuálneho vzdelávacieho plánu a učebných osnov Spojenej školy pre žiakov s autizmom s mentálnym postihnutím. V triede je prítomný aj asistent učiteľa.

5. 5 Kazuistika „Stanko“

Meno a priezvisko žiaka: Stanko H.

Dátum narodenia: 20.5.2001

Typ školy, ktorú žiak navštevuje, ročník: 4. D, Spojená škola

Rok školskej dochádzky: štvrtý

Osobná anamnéza: dieťa z 2. fyziologickej gravidity, pôrod v termíne, spontánny, záhlavím, nekriesené. V 8. mesiacoch prekonal prvý EPI záchvat. V troch rokoch diagnostikovaný autizmus. Neurologický nález – poruchy správania, psychomotorická retardácia.

Rodinná anamnéza: Rodina je úplná. Obaja rodičia majú učňovské vzdelanie. Jeden súrodeneц: sestra 14 rokov je žiačkou ZŠ v Trebišove.

Psychologická diagnóza: Dieťa s výrazným zaostávaním v psychomotorickom vývine, v reči, s poruchou autistického spektra. Mentálne schopnosti sú výrazne znížené – ťažká MR. Očný kontakt nadviazaný ale vedome ho neudržiava, usmievavý, prítulný. Emocionálne reakcie nerozlišuje, vlastné prejavuje obmedzene, málokedy plače, výskyt paradoxných reakcií. Nerozumie verbálnym inštrukciám, nereaguje na podnety, neplní pokyny k úlohám, odmieta spolupracovať, prítomný výrazný psychomotorický nepokoj. Pobehuje bezhlavo po triede, obzerá si rôzne predmety a udiera si nimi do hlavy. Verbálne nekomunikuje, iba vydáva zvuky, kričí aby na seba upriamil pozornosť. Odmieta sa hrať s kockami, nepriradí farby, odmieta kresliť. V správaní pozorované rituály, stereotypné pohyby, hyperaktivita. Hra nie je funkčná, bežné hračky odmieta, rád sa hrá s vysávačom. Používa ruku dospelého na dosiahnutie cieľa alebo ukázanie. Pozornosť krátkodobá, prítomné svalové napätie v horných končatinách. Má ťažkosti v pochopení symbolov na kartičkách. V sebaobslužných aktivitách je viac samostatný, vypýta sa na WC posunkom ruky na tele. Rovnako je to pri jedle a pití. Buď si vezme sám alebo s pomocou inej dospelšej osoby. Vie sa vyzliecť, obliecť nie, priradí oblečenie k telu. Rád si pozerá akciové letáky. Predmety na fotografiách rozlíši.

Verbálna komunikácia: verbálne nekomunikuje, na zadávané otázky neodpovedá, nereaguje. Príkazom – zákazom rozumie, ako jednoduchým, jednoznačným inštrukciám.

Neverbálna komunikácia: očný kontakt nadviaže, ale vedome ho neudržiava, ak niečo chce, chytí ruku dospelého a prostredníctvom nej ukáže na to, čo chce, naznačí svoju požiadavku.

Nadväzovanie kontaktu: Sociálna komunikácia a interakcia s rovesníkmi absentuje. Má ťažkosti prispôbiť sa kolektívu a požiadavkám na neho kladeným, vtedy dokáže reagovať podráždene, impulzívne, má tendenciu udrieť, kopnúť, zničiť okolité predmety. Zvykne si búchať predmety o hlavu.

Špeciálno-pedagogická diagnostika:

Grafomotorika: Grafomotorický prejav potvrdzuje už zistenú úroveň mentálnych schopností. Odmieta kresliť. Hrubá a jemná motorika výrazne zaostáva. Dominantnou sa javí ľavá ruka. Vie chytiť a hádzať loptu.

Poznávacie schopnosti: Akustická pamäť silne podpriemerná, pozornosť a koncentrácia oslabená. Symbolické funkcie ako sú základné farby a geometrické tvary nepozná. Grafickým prejavom je čmáranie. Koráliky obtiažne navlieka. Vežu z kociek nepostaví. Predmatematické predstavy neosvojené. U Stanka sa prejavujú repetitívne, stereotypné vzorce správania.

Záver: Stanko je žiakom štvrtého ročníka v autistickej triede, s diagnózou autizmus, ťažká mentálna retardácia. S pridruženou parciálnou epilepsiou. Zaostávanie vo vývine sa prejavilo aj v oblasti percepcie, grafomotoriky, v akademických schopnostiach, v sebaobslužných činnostiach a hygienických návykoch. Stanko je ľahko unaviteľný, pozornosť je rozptýlená, nedokáže sa dlho sústrediť, často mení miesto, bezhlavo pobehuje po triede, kričí, udiera si predmetmi do hlavy. Má ťažkosti s nadviazaním očného kontaktu, nerozpráva. Komunikácia je na predmetovej úrovni. Vo vyučovacom procese sa postupuje štruktúrovaným a organizovaným prístupom – metódou programu TEACCH, aby sa v čo najväčšej miere darilo dosahovať žiadané ciele u dieťaťa a zároveň minimalizovať problémové správanie. Postupuje sa podľa vypracovaného IVP. U Stanka je dôležité sa prvotne zamerať na odstraňovanie nežiaduceho a rušivého správania. Pri nácvikoch nových činností využívať už osvojené vzorce správania. Je veľmi dôležité pri odstraňovaní problémového správania sa zamerať na možnosti metód: TEACCH programu, ABA, a relaxáciu.

5. 6 Kazuistika „Paľko“

Meno a priezvisko žiaka: Paľko S.

Dátum narodenia: 11.5.2000

Typ školy, ktorú žiak navštevuje, ročník: 5. D, Spojená škola

Rok školskej dochádzky: piaty

Osobná anamnéza: dieťa z 2. fyziologickej gravidity, pôrod v termíne, spontánny, záhlavím, nekriesené.

Rodinná anamnéza: Rodina je úplná. Matka 42 ročná stredoškolsky vzdelaná. Otec 45 ročný, učňovské vzdelanie. Jeden súrodenec: starší brat Jakub 20 ročný stredoškolsky vzdelaný.

Psychologická diagnóza: Paľko je dieťa s intelektovými schopnosťami nerovnomerne rozloženými: verbálna zložka – pásmo ľahkej mentálnej retardácie, názorová zložka – hraničné pásmo mentálnej retardácie s poruchou autistického spektra. Reč dyslalická, fufňavá, neprimerane hlasná, miestami sťažene zrozumiteľná. Slovná zásoba znížená, často používané vulgarizmy. Paľko v triede pracuje za pomoci asistenta učiteľa, je ťažko zvládnuteľný, ovplyvniteľný. Často sa nedokáže dostatočne sústrediť na prácu, je impulzívny, s hyperaktívnymi prejavmi a tiež s prejavmi autistického spektra, s nepredvídateľnými reakciami a správaním ohrozujúceho charakteru, z toho dôvodu nemôže ostať bez dozoru dospeléj osoby. Prechováva odmietavý postoj voči autorite učiteľa, ale aj iných osôb. Kontakt nadväzuje s miernymi ťažkosťami v dôsledku výraznej instability žiaka, hyperaktivity a zníženej schopnosti nadviazať primeranú sociálnu interakciu. Prevažne nepracuje podľa požiadavky a zadania, striedavo spolupracuje alebo vzápätí absolútne nereaguje na výzvu (reaguje len to čo sa mu zdá zaujímavé, pri požiadavke splniť úlohu zavrie oči ľahne si na posteľ, prikryje sa, zapchá si uši, kýve sa a spieva hymnu v tom čase ignoruje dianie okolo seba), adekvátny rozhovor neudržiava. Výskyt tikov. V správaní agresívne prejavy, instabilita, impulzivita, nedostatočná vôľová regulácia. Pre pretrvávajúce problémové správanie bol Paľko októbri roku 2011 umiestnený v psychiatrickej liečebni v Hrani. Doba pobytu bola tri mesiace. Po návrate u Paľka stav bez zmeny.

Jeho nálada kolíše, prítomná afektívna labilita, výbuchy zlosti už pri minimálnom podnete. Paľko toho času navštevuje školský klub detí. Koncentrácia pozornosti je veľmi narušená, ľahko odkloniteľná, krátkodobá, nedostatočná na vypracovanie úlohy, často nepostačujúca ani na jej začatie. Potrebuje povzbudenie, usmernenie a pozitívnu motiváciu, aby vykonal činnosť podľa inštrukcie. Aktuálna úroveň intelektových schopností je nerovnomerne rozložená konkrétne sa vo verbálnej zložke nachádza v pásme ľahkej mentálnej retardácie, v názorovej zložke intelektu v hraničnom pásme mentálnej retardácie – ľahká zaostalosť. Zo štruktúry verbálnej inteligencie je výrazne oslabené abstraktno-logické myslenie, schopnosť slovného zovšeobecňovania, sociálneho úsudku. Koncentrácia pozornosti je narušená vo všetkých zložkách: rozsah, intenzita, stálosť, rozdeľovanie, prepojovanie, fluktuácia, koncentrácia. Výrazne narúša celý proces osvojovania si školských zručností a vedomostí. Pravo-ľavá orientácia je narušená, Paľko určuje strany naopak.

Špeciálno-pedagogická diagnostika:

Čítanie: Tempo čítania pomalšie, miestami slabikované, s ťažkopádnou dešifráciou slov, s neprimerane silnou hlasitosťou čítania. Porozumenie čítaného je čiastočné, vie sa však zorientovať v hlavných črtách obsahu. Zrakové vnímanie je správne rozvinuté v procese analýzy/syntézy – sám poskladá aj zložitejší obrázok, správne vyčleňuje figúru z pozadia, pri dostatočnej koncentrácii pozornosti správne odlíši rovnaké a odlišné obrázky. Vnímanie reverzných tvarov je však znížené, výkon veľmi závisí od aktuálneho vnútorného rozpoloženia, ale aj od miery koncentrácie pozornosti.

Písanie: Uchopenie pera v pravej ruke správne, tempo zápisu pomalšie. Kvalita písania a úpravy zošita je kolísavá (závisí aj od aktuálneho vnútorného rozpoloženia žiaka), pohybuje sa od zníženej čitateľnosti až po relatívne pekný, úhľadný zápis s malým počtom chýb.

Matematika: Učivo daného ročníka zvláda s ťažkosťami, v mnohých témach podáva neadekvátny výkon v dôsledku nezájmu a neučenia sa, aj napriek potencionálnym možnostiam a schopnostiam.

Záver: Paľko je žiakom piateho ročníka v autistickej triede Spojenej školy. Jeho diagnózou je hyperkinetická porucha správania, ľahká duševná zaostalosť, autistický syndróm. Na odstránenie problémového správania u Paľka je v triede používaný program TEACCH, tiež prvky aplikovanej behaviorálnej terapie. U Paľka sa osvedčila tiež canisterapia. Svoje miesto zohráva relaxácia. Pre dobro Paľka je zároveň veľmi potrebné určenie presných hraníc v správaní, ktoré by mali byť rovnako vyžadované a dôsledne uplatňované v škole ako aj doma. Pre upevnenie prijateľného spôsobu správania je potrebné vytvárať rovnaké situácie a ich niekoľkonásobné opakovanie za rovnakého priebehu, aby sa žiaduce správanie upevnilo. Je potrebné sa zamerať vždy len na jeden konkrétny nežiaduci prejav a jeho odstraňovanie, po jeho upevnení si určiť ďalší prejav, ktorý bude potrebné korigovať. Pre dosahovanie pozitívnych zmien v správaní Paľka je potrebné neponechávať ho bez vedenia, v každom momente mu štruktúrovať priebeh činností, mať ho pod zvýšeným dohľadom, poskytovať mu pozitívnu spätnú väzbu, neponechávať ho v živej situácii, aspoň podľa aktuálnych možností organizácie činností a dozoru. Vhodné by bolo rozvíjať čiastkové oblasti výkonu (sluchová a zraková pamäť, koncentrácia pozornosti, priestorové vnímanie, grafomotorické zručnosti) pomocou dostupných reedukačných cvičení, prípadne podľa nápravného programu B. Sindelar.

5.6 Zhrnutie a odporúčania pre pedagogickú prax

Cieľom danej témy bolo, vymedziť pojem autizmus a z neho vyplývajúce problémové správanie u detí s autizmom a pervazívnymi vývojovými poruchami. Popísať najdôležitejšie metódy ovplyvňovania problémového správania a poukázať na to ako sa jednotlivé metódy dajú

využiť vo vyučovacom procese i v bežnom živote, aby sa deti, čo najefektívnejšie začlenili do spoločnosti. V diplomovej práci upozorňujeme na to, aké je dôležité vybrať vhodnú metódu nápravy správania žiaka s autizmom, aby dieťa bolo schopné zvládať požiadavky kladené na neho v škole aj v spoločnosti. Výber metódy musí byť prísne individuálny, pretože samotné dieťa s autizmom vyžaduje individuálny prístup nie len vo vzdelávaní ale aj vo výchove. Dodnes neexistuje žiadna univerzálna metóda, či stratégia, ktorá by vyhovovala všetkým deťom s týmto postihnutím.

V kapitole Možnosti ovplyvňovania problémového správania u detí s autizmom sme pozornosť sústredili na jednotlivé metódy používané na modifikáciu problémového správania. Zároveň každá z uvedených metód bola odborníkmi navrhnutá tak, že vyhovuje požiadavke individuálneho prístupu k deťom s autizmom, čo znamená, že poskytuje dostatočnú variabilitu. V praxi to znamená, že po preštudovaní kazuistiky jedného žiaka s problémovým správaním, môžeme použiť jednu alebo aj viac metód tak, že rešpektujeme pravidlá dané metódou, ale súčasne využijeme možnosť prispôsobiť danú metódu k individuálnej výchove. Prispôsobiť danú metódu znamená, použiť ju na modifikáciu problémového správania a sledovaním spätnej väzby ju individualizovať tak, aby sme dosiahli čo najväčšiu efektivitu.

V piatej kapitole našej práce sme vypracovali kazuistiky štyroch autistických detí s problémovým správaním, ktoré navštevujú Spojenú školu. V týchto kazuistikách podrobne opisujeme aktuálny zdravotný a psychický stav jednotlivých detí a zároveň dávame odporúčania na použitie metód, ktorými dokážeme ovplyvňovať ich problémové správanie.

ZÁVER

Všetky snahy o úspešné používanie akýchkoľvek metód, ovplyvňujúcich a následne zlepšujúcich problémové správanie u detí s autizmom, budú len čiastočne úspešné, ak ich aj rodičia nebudú používať spoločne s pedagógmi. V záveroch a odporúčaniach pre prax uvádzame, že nami vymenované metódy sú účinné, praxou overené a skutočne ovplyvňujú problémové správanie dieťaťa s autizmom tak, že zlepšujú kvalitu jeho sociálneho prežívania a tiež schopnosť učiť sa v každej oblasti. To znamená, že sa používanie týchto metód nemôže obmedziť len na školskú pôdu, ale musí byť aplikované zároveň aj v rodinnom prostredí. Správne naštudovanie, využitie v edukácii a použitie skúseností z týchto metód znamená ich správne spoznanie. Záverom by malo byť oboznámenie rodičov dieťaťa s autizmom, ako pokračovať aj mimo školského prostredia, aby sa u dieťaťa s problémovým správaním dosiahli pozitívne výsledky. Odmenou za ich dôslednosť vo výchove im bude, zlepšenie alebo úplne vymiznutie problémového správania u dieťaťa a následné zlepšenie rodinnej atmosféry a postupná integrácia dieťaťa s autizmom do bežného sociálneho prostredia. Zlepšením problémového správania, zvyšujeme kvalitu ich života. Pozitívne sa to odrazí na ich nových možnostiach vo vzdelaní, spoločenskom živote, priateľstve a v ich nezávislosti.

ZOZNAM POUŽITEJ SLOVENSKEJ LITERATÚRY A PRAMEŇOV

HUČÍK, J. – Hučíková, A., *Kazuistika v sociálnej práci*. 1. vyd. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, n. o. 2009. ISBN 978-80-89271-66-5.

KIKUŠOVÁ, S., KRÁLIKOVÁ, M. 2004. *Dieťa a hra*. Bratislava : SOFA, 2004. 106 s. ISBN 80-89033-42-3.

ŠEDIBOVÁ, A. 1998. *ABC autistickej triedy*. Bratislava: MERKUR Print, 1998. ISBN 80-967754-1-3.

ŠEDIBOVÁ, A. 2009. *Moje učenie*. Bratislava : Expol Pedagogika, 2009. 208 s. ISBN 978-80-8091-168-3.

VANČOVÁ, A. 2005. *Základy pedagogiky mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapientia, 2005. ISBN 80-968797-6-6.

VAŠEK, Š. 2002. *Špeciálno-pedagogická diagnostika*. Bratislava: Sapientia, 2002. ISBN 80-968797-1-5.

ZELEIOVÁ, J. 2007. *Kazuistická metóda ako metóda vnímania a interpretácie procesu*. In. Efeta, 2007, roč. 17, č. 4, s. 2-6 ISSN 1335-1397.

ZOZNAM POUŽITEJ ZAHRANIČNEJ LITERATÚRY A PRAMEŇOV

BALÁŠOVÁ, J. 2003. Kapitoly z logopedie. Praha: UJAK, 2003. ISBN 80-86723-05-4.

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

CLERQ, H. D. 2007. *Mami, je to člověk, nebo zvíře?*. Praha: Portál, s. r. o., 2007. 104 s. ISBN 978-80-7367-235-5.

ČADILOVÁ, V., JUN, H., THOROVÁ, K. 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

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

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

HAJD MOUSSOVÁ, Z., DUPLINSKÝ, J. 2002. *Diagnostika Pedagogicko-psychologické poradenství II*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzita Karlova v Praze, 2002. ISBN 80-7290-101-X.

HOWLIN, P. 2005. *Autismus u dospívajících a dospělých*. Praha: Portál, s. r. o., 2005. 296 s. ISBN 80-7367-041-0.

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

JELÍNKOVÁ, M., NETUŠIL, R. 2001. *Hra a hračka v životě dítěte s autismem*. Praha : Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2001. 36 s.

MOOR, J. 2010. *Hry a zábavné činnosti pro děti s autismem*. Praha: Portál, s. r. o., 2010. ISBN 978-80-7367-787-9.

RICHMAN, S. 2006. *Výchova dětí s autismem*. Praha: Portál, s. r. o., 2006. 128 s. ISBN 80-7367-102-6.

SCHOPLER, E., REICHLER, R. J., LANSING, M. 2011. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami*. 2. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2011. ISBN 978-80-7367-898-2.

ŠVARCOVÁ, I. 2003. *Mentální retardace*. Praha: Portál, s. r. o., 2003. 200 s. ISBN 80-7178-821-X.

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

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

Internetové zdroje

CANISTERAPIAZV, *Canisterapia*. [online]. [cit.2012-02-15]. Dostupné na internete: <http://www.canisterapiazv.sk/>

Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie v Banskej Bystrici, [online]. [cit.2012-03-05]. Dostupné na internete: <http://kpppbbsvsbb.sk/material/szs/autizmus/23.html>

FRANCESCO, *Autizmus a diferenciálno-diagnostické náhľady*. [online]. [cit.2012-02-11]. Dostupné na internete:

<http://francesco-1.webnode.sk/co-je-autizmus/autizmus-a-diferencialno-diagnosticke-nahlady/>

ŠEDIBOVÁ, A., 2009. Delfinoterapia podľa metodiky A. G. Smolianinova. [online]. [cit.2009-05-05]. Dostupné na internete:

<http://www.rojko.sk/clanok.php?id=395>

THOROVÁ, K., SEMÍNOVÁ. M. 2007. *Strukturované učení – Základy metodiky práce u dítěte s autismem*. [online]. [cit.2007-04-17]. Dostupné na internete:

<http://www.autismus.cz/strukturovane-uceni/strukturovane-uceni-2.html>

UZIS, *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. [cit.2012-02-05]. Dostupné na internete:

<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F80-F89.html>

ZOZNAM TABULIEK A SCHÉM

Tab. 1	Porovnanie terminologických rozdielov svetového klasifikačného systému MKCH-10 s americkým DSM-IV	12
Tab. 2	Rozdiely medzi jednotlivými pervazívnymi vývinovými poruchami	15
Schéma. 1	Schéma problémového správania podľa intenzity	32

ZOZNAM SKRATIEK A ZNAČIEK

ABA	Aplikovaná behaviorálna analýza
DSM-IV	Diagnostický a štatistický manuál
IQ	Intelligenčný kvocient
MKCH	Medzinárodná klasifikácia chorôb
MR	Mentálna retardácia
PAS	Poruchy autistického spektra
Tab.	Tabuľka

Zoznam príloh:

- Príloha A** ilustračný záber: „Arteterapia“, autor: Ingrid Vajkunyová
- Príloha B** ilustračný záber: „bez názvu“, autor: Ingrid Vajkunyová
- Príloha C** ilustračný záber: „sociálna interakcia“, autor: Ingrid Vajkunyová

Príloha A **Arteterapia**



Autor: I. Vajkunyová

Príloha B **Bez názvu**



Autor: I. Vajkunyová

Príloha C **Sociálna interakcia**



Autor: I. Vajkunyová

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Ingrid Vajkunyová

Obor: Špeciálna pedagogika - učiteľstvo

Forma štúdia: kombinovaná

Názov práce: Možnosti ovplyvňovania problémového správania detí postihnutých autizmom

Rok: 2012

Počet strán: 75

Celkový počet strán príloh: 2

Počet titulov slovenskej literatúry a prameňov: 7

Počet titulov zahraničnej literatúry a prameňov: 16

Počet internetových zdrojov: 6

Vedúci práce: Mgr. Denisa Štefková, Ph.D.